

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN
HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜĞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ayşe Burcu BABAÇ

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN
HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜĞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ayşe Burcu BABAÇ
150790021

Tez Danışmanı:
Dr. Öğretim Üyesi Selin Birgül Baran

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

31/5/2018

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 150790021 numaralı *Ayşe Burcu BABAÇ*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Dürtüsellik ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 29.05.2018 tarih ve 2018/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Selin Birgül BARAN
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Ali DAYI
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Atilla TEKİN
(Haliç Üniversitesi)

YEMİN METNİ

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi, Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına and içerim.

...../...../.....

Ayşe Burcu Babaç

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde, sevgili tez danıőmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi SELİN BİRGÜL BARAN'a, çok sevgili hocam Sayın Prof. Dr. AYTEN ERDOĞAN'a kelimelerle ifade edilemeyecek kadar değerli yardımları, destekleri, katkıları için çok teşekkür ederim.

İstanbul Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Klinikleri personeline, bulguları toplama dönemindeki kıymetli destekleri için çok teşekkür ederim.

Sevgili ailem ve dostlarıma bu süreçte, kıymeti ve değeri ölçülemeyecek kadar büyük destekleri, katkıları ve emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Ayşe Burcu BABAÇ

İstanbul, 2018

ÖZET

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tezi Hazırlayan: Ayşe Burcu BABAÇ

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İlişkilere dair değerlendirme, yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile psikolojik olarak sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklem evreni, İstanbul Balıklı Rum Hastanesinde yatarak tedavi gören 62 madde kullanım bozukluğu tanısı alan gönüllü katılımcı ile cinsiyet, yaş ve eğitim açısından eşleştirilmiş 62 sağlıklı gönüllü katılımcı ile oluşturulmuştur. Araştırmada elde edilen veriler öz bildirim ölçekleri olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t-test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher Freeman Halton test değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda madde kullanım bozukluğu ile dürtüsellik ile ilişki tespit edilmiştir. Duygu düzenleme güçlüğü olan bireylerin madde kullanım bozukluğu gösterme eğilimleri saptanmıştır. Dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasında da pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, dürtüsellik, dürtü kontrol bozukluğu, duygu düzenleme, duygu düzenleme gçlğ



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN IMPULSIVITY AND DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION IN PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT

Presented By: Ayşe Burcu Babaç

In this study, it was aimed to investigate and evaluate the relationship between impulsivity and difficulties in emotion regulation in patients with substance use disorder treatment. The assessment of the association was made by comparing the inpatient treated substance use disorder with the psychologically healthy control group.

The study was based on 62 volunteer participants who were hospitalized in İstanbul Balıklı Rum Hospital with substance use disorders and 62 psychologically healthy volunteers who were matched for sex, age and education. The data obtained in the research were collected using the Barratt Impulsivity Scale-11 and the Emotion Regulation Ability Scale.

To evaluate the data obtained from the research; In the comparison of the quantitative data, the Student's t-test was used for two group comparisons and the Mann-Whitney U test was used for two group comparisons of the variables without normal distribution as well as descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, ratio, minimum, maximum). Pearson Chi-square test comparison of qualitative data and Fisher Freeman Halton test Spearman correlation analysis in evaluating the inter-variable relationships were used.

As a result of the research, the relationship between substance use disorder and impulsivity is determined. Individuals with difficulties in emotion regulation have a tendency to

substance use disorder problem. Positive directional correlation is also found between impulsivity and difficulties in emotion regulation.

Key words: Substance use disorder, impulsivity, impulse control disorder, emotion regulation, difficulties in emotion regulation



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

JÜRİ SAYFASI

YEMİN METNİ

TEŞEKKÜR

ÖZET

ABSTRACT

TABLO LİSTESİiii

ŞEKİL LİSTESİ v

KISALTMALAR vi

GİRİŞ 1

1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR 4

1.1 Bağımlılık Kavramı 4

1.2 Madde Kullanım Bozukluğu 5

1.2.1 Tanım 5

1.2.2 Tarihçe 8

1.2.3 Etiyoloji 11

1.2.4 DSM V'e Göre Madde Kullanım Bozukluğu Sınıfına Giren Maddeler 14

1.3 Dürtüsellik 21

1.3.1 Tanım 21

1.3.2 Dürtü Kontrol Bozukluğu 24

1.3.3 Dürtüsellik ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi 26

1.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü 28

1.4.1 Tanım 28

1.4.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi 32

1.4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Dürtüsellik İlişkisi	34
2. YÖNTEM	36
2.1 Araştırmanın Modeli	36
2.2 Araştırmada Kullanılan Araçlar	37
2.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	37
2.2.2 Barratt Dürtüsellik �lçeği-11	37
2.2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü �lçeği	38
3. BULGULAR.....	40
3.1 İstatistiksel İncelemeler	71
4. TARTIŞMA	72
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKÇA	86
EKLER.....	98
EK 1. Etik Kurul Onayı	98
EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	99
EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu	102
EK 4. Barratt Dürtüsellik �lçeği-11	104
EK 5. Duygu Düzenleme Güçlüğü �lçeği	105
ÖZGEÇMİŞ.....	107

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımları	41
Tablo 2. Demografik Özelliklerin Karşılaştırmaları	44
Tablo 3. Gruplara Göre Madde Kullanımına İlişkin Değerlendirmeler	45
Tablo 4. Hasta Grubunda Kullanılan Maddelerin Dağılımı	46
Tablo 5. Hasta Grubunda BIS-11'e Verilen Cevapların Dağılımı	48
Tablo 6. Hasta Grubunda BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi	49
Tablo 7. Kontrol Grubunda BIS-11'e Verilen Cevapların Dağılımı	50
Tablo 8. Kontrol Grubunda BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 9. Gruplara Göre BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	52
Tablo 10. Hasta Grubunda DDGÖ Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı.....	54
Tablo 11. Hasta Grubunda DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi	56
Tablo 12. Kontrol Grubunda DDGÖ Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	57
Tablo 13. Kontrol Grubunda DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi.....	59
Tablo 14. Gruplara Göre DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	60
Tablo 15. Hasta Grubu Olguların BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanları ile DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	62

Tablo 16. Kontrol Grubu Olguların BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanları ile DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	66
Tablo 17. BIS-11 ve DDGÖ Alt Boyutları İlişkisinin Hasta ve Kontrol Grubu için Karşılaştırılması	68



ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Cinsiyet Dağılımı	40
Şekil 2. Olguların Genel Yaş Dağılımı	40
Şekil 3. Gruplara Göre Gelir Dağılımı	42
Şekil 4. Gruplara Göre Meslek Dağılımları	43
Şekil 5. Hasta Grupta Kullanılan Keyif Verici Maddelerin Dağılımları	47
Şekil 6. Hasta Grubu BIS-11 Sonuçları	49
Şekil 7. Kontrol grubu BIS-11 Puanları Dağılımı	51
Şekil 8. Grupların BIS-11 Puanları Dağılımı	53
Şekil 9. DDGÖ Puanlarının Gruplara göre Dağılımı	61
Şekil 10. Hasta Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı	64
Şekil 11. Hasta Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı	65
Şekil 12. Kontrol Grubunda BIS-11 Ölçeği Toplam Puanı ile DDGÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı	69
Şekil 13. Kontrol Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı	70

KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikoloji Birliği
BIS-11	Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
DDGÖ	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
HPA	Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
LSD	Liserjik Asit Dietilamid
MDMA	3,4-Methylenedioxyamphetamine
NAc	Nucleus Accumbens
THC	Tetrahydrocannabinol
VTA	Ventral Tegmental Bölge

GİRİŞ

Psikoaktif madde kullanımı dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hızla artmaktadır. Değişen ekonomik koşullar, madde çeşitliliğinin artması ve psikoaktif maddelere ulaşabilmenin kolaylaşması, madde kullanımını neredeyse özendirici hâle getiren sosyal bakış açıları madde kullanımının geniş tabanlara yayılmasına neden olmaktadır.

Son yıllarda yapılan araştırmalar, madde kullanım bozukluğunun ne kadar kritik bir konu olduğu konusunda ciddi bilgiler vermektedir ve bu sorun küresel toplumun önemli bir bölümünde ciddiyetini korumaktadır. Uzun yıllardır üzerinde pek çok akademik çalışma yapılan madde kullanım bozukluğu konusu, diğer ruhsal bozukluklarla olan eş tanıları, bağımlılığın oluşmasına dair ortaya atılan teori ve modellerle, nöropsikolojik bir fenomendir.

Dürtü kontrol bozuklukları kişinin kendisine ve çevresine zarar verebilecek içsel itkilere karşı koymada yaşadığı güçlüklerle karakterizedir. Yapılan akademik çalışmalar, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda dürtüselliğın ön planda olduğunu göstermektedir ve hatta geçmişlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gösteren bireylerin madde kullanımına yatkın olduğu saptanmıştır.

Duygu düzenleme güçlüğü ise bireyin bir hedefe yönelik duygusal yaklaşımlarını izleyip yönetebilmesi, doğru şekilde değerlendirip değiştirebilmesinde yaşadığı güçlüklerle karakterizedir. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan bireylerde kişilik bozukluklarına da sık rastlandığı için bu bireyler madde kullanım bozukluğuna yatkınlık göstermektedir.

Bu ruhsal bozukluğın dürtüsellik ve duygu düzenleme stratejileriyle bağlantılarına dair araştırmalarda sürekli yeni sonuçlara ulaşılmakta, yeni görüşler ortaya atılmaktadır. Burada

önemli sorular gündeme gelmektedir. Madde kullanımı, bireyin bir tür kendini iyileştirme stratejisi midir? Dürtüsellik madde kullanımı sonucunda mı artar yoksa yüksek dürtüsellik madde kullanımına mı yol açar? Duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik arasındaki ilişki psikopatoloji açısından ne ifade eder?

Bu araştırmanın amacı, yatarak madde kullanım bozukluğu tedavisi alan bireylerde dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Böylece madde kullanım bozukluğunun doğasını ve bu ruhsal bozukluğa yol açan nedenlerin altında yatan dinamikleri anlayarak bireyin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine yol gösterici olunabilir. Bundan sonra yapılacak akademik araştırmalarda da araştırmacı ve klinisyenlere yön verebilir.

Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki varsayımlar öne sürülmüştür:

1. Dürtüsellik ve madde kullanım arasında ilişki vardır.
2. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler, madde kullanım bozukluğu gösterme eğilimindedir.
3. Duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik arasında pozitif korelasyon vardır.

Bu araştırmadaki sınırlılıklar:

1. Kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olması sorulara verilen cevapları öznel kılmaktadır. Ölçeğe cevap veren olgunun o anki mevcut duygu durumundan etkilenmesi, soruları nasıl değerlendirdiği konusundaki algısı önemlidir.
2. Çalışmanın hasta grubu yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Bu bireyler tedavi amaçlı ilaç etkisi altında olmaları cevapların tutarlı olmasına dair aktif bir etken olabilir.
3. Çalışmanın örneklem evreni söz konusu psikopatoloji olduğu için kısıtlıdır.

4. Madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatan hastalar ağırlıklı olarak erkeklerden oluştuğu için çalışmaya katılan kadın katılımcı sayısı oldukça azdır.



1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR

1.1 Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık çok geniş bir kavramdır. Genel anlamı ile bağımlılık; bir olaya, bir varlığa, bir kişiye, bir nesneye duyulan karşı konulamaz istek veya başka birine ait iradenin emri altına girme durumu olarak tanımlanabilir. Bir bireyin ruhsal veya fiziksel sağlığına ya da sosyal çevresine zarar vermesini göze alarak belirli bir takıntılı durumu tekrar etmeye karşı yoğun bir istek duyması ve bunu sürdürmeye eğilimli olmaları hâlidir (Uzby, 2015, s. ix).

Bağımlılık, davranışın kontrolünde kompulsif olarak sorun yaşamak ve ciddi derecede olumsuz sonuçlara rağmen davranışa devam etme ile kendini gösteren, bireye zevk veren ve içsel sıkıntılarından kaçınmasına yardımcı olan bir örüntü olarak kendini gösterir (Goodman, 1990, s. 1403).

İnsanoğlunun, birtakım maddelerin kendi ruhsal durumunu değiştirdiğini ve kalıcı olmasa da kendini daha farklı hissetmesini sağladığını fark ettiği andan bu yana, madde kullanımında bağımlılık geliştirmesi önemli bir biyopsikososyal sorun olarak ortaya çıkmıştır (Yıldırım, Sütçü, 2016, s. 108).

Bağımlılık yapan maddeler, yaşamak için gerekli olmadığı kadar; hem beyin fonksiyonları hem fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen, zaman içinde kalıcı hasarlara yol açan, ruhsal sorunlara neden olan davranış bozukluklarına neden olan doğal ya da sentetik olarak üretilmiş maddeler olarak tanımlanabilir (Erdoğan, 2014, s. 4). Bağımlılık yapan maddelerin pek çoğu tıpta da ilaç işlevi görmeye devam etmektedir. Kötüye kullanma veya suiistimal, alışkanlık ile bağımlılık kavramlarının netleştirilmesi önemlidir. Bu kavramlara bakılacak olursa:

- Kötüye kullanma: Olumsuz sonuçlarına veya toplumsal kültüre aykırı olmasına rağmen bir maddeyi kullanmak.

- Alışkanlık: Maddenin kötüye kullanımının kompulsif bir biçimde devam ettirilmesi.

- Bağımlılık: Bir maddenin ısrarla tekrarlayan kullanımları ve bunun sonucunda yoksunluk sendromu oluşmaması için bireyin madde kullanımını zorunlu bırakan nöroadaptasyon durumu (Uzby, 2015, s. 2).

Bağımlılığın bir hastalık olarak ele alınışı alkolizm üzerinden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 1951'de, Amerikan Sağlık Birliği ise 1953 yılında alkolizmi hastalık olarak tanımıştır. Bu yaklaşım DSM'de resmileştirilmiştir. DSM 4'te bağımlılık mental sistemdeki davranış düzensizliği ile karakterize edilmiş bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM 4'teki en önemli özelliklerden biri madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığını birbirinden ayırmasıydı. Oysa DSM 5'te madde kötüye kullanma ölçüde ayrı olarak değerlendirilmemiş, madde kullanımı tek ve ölçülü olarak ele alınmıştır. Ayrıca ölçütlerin arasına maddeye şiddetli özlem duyma (craving) kavramını katmıştır (Uzby, 2015, s. 62).

1.2 Madde Kullanım Bozukluğu

1.2.1 Tanım

Madde kullanım bozukluğu, insanoğlunun en eski sorunlarından biridir. Beyin ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle de nöroloji, psikiyatri ve klinik psikolojinin ilgi alanına girmektedir. Madde kullanım bozukluğu sadece bir sağlık problemi değildir. Aynı zamanda sosyolojik, kültürel felsefe, hukuki boyutlar da içerir. Bundan dolayı bu sorunu anlamak için konuya multidisipliner bir bakış açısı getirmek gerekir (Uzby, 2015, s. iii).

Madde kullanımı ve kötüye kullanımı günümüzde büyük ölçekte devam etmektedir. Bu durumun sebeplerine bakıldığında bütün madde kullanımı ve kötüye kullanım kökeninde, motivasyon ve algı tarafından etkilenen olağanüstü karmaşık insan davranışları yatmakta olduğunu söylemek mümkündür (Rogers, 2011, s. 1-3).

Madde kullanım bozukluğu saplantılı kullanım ve kullanımda kontrol kaybı olumsuz duygu durumu ile tanımlanan kalıcı bir bozukluktur (Murphy, Eleanor ve Elliott, 2012, s. 2). Bir başka tanıma göre madde kullanım bozukluğu, maddelerin kötüye kullanımıyla, bu maddelerin keyif verici etkilerinin etkili olması nedeniyle beyni etkileyerek birçok davranış bozukluğunun ortaya çıkmasına yol açan ciddi bir beyin hastalığıdır (Uzday, 2015, s. 3).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi verilerine göre (2009), en az bir kez yasadışı madde kullanan insan sayısının -çoğunlukla kanabis, amfetamin, opiat ve kokain- 2007'de 172 milyon ile 250 milyon arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamsal veriler dünya sağlık sorunlarında artış olarak karşılığını bulmaktadır. Son zamanlarda dünya çapındaki ölümlerin tahminen %3,8'i ve yeti kaybına uyarlanmış yaşam yılları kaybının %4,6'sı alkol kullanımına dayandırılabilir. Nitekim genel psikoaktif madde kullanımı, ekonomik maliyetinin büyüklüğüne ek olarak toplumun sağlık sorunlarında da olumsuz bir etkiye sahiptir. Ne var ki bu veriler madde kullanımının yarattığı toplumsal zarar ve ıstırapın tüm alanını yansıtmamaktadır (Latvala, 2011, s. 17). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi tarafından 2016 yılında yayımlanan *Dünya Uyuşturucu Raporu*'na göre ise 20 yetişkinden birinin, yaşları 15-64 yaş arası yaklaşık 250 milyon kişinin, 2014 yılında en az bir madde kullandığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, 29 milyonun üzerinde madde kullanıcısının madde kullanım bozukluğundan muzdarip olduğu ve bunların da yaklaşık 12 milyonunun maddeyi damar içine enjekte ederek

kullandığı belirtilmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan her 6 bireyden ancak 1 tanesinin tedavi olduğu da aynı raporda bilgi olarak verilmektedir (World Drug Report, 2016, s. ix).

Bazı epidemiyolojik çalışmalar, alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarının, düşük eğitim, işsizlik veya daha düşük gelirliiler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Eğitimle ilgili olarak yapılan ayrıntılı araştırmalar, madde kullanımının gelişimsel örüntüleri ile eğitimsel çıktılar arasındaki bağlantıların altını çizmekte; hem eksik okul başarısının, hem de öğrenme problemlerinin ileriki dönemlerde madde kullanımı ve bozukluklarına yol açabildiğini öne sürmekte, aynı zamanda ergenlik döneminde madde kullanımının da düşük eğitime neden olabildiğini öne sürmektedir (Latvala, 2011, s. 33). Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, madde kullanım bozukluğu yaşamayan bireylerle karşılaştırıldığında; bu bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bozulması, daha büyük mali problemler, şiddet davranışında artış, yüksek oranlardaki suç işleme, hapse girme ve daha büyük bir ölüm riski ile karşı karşıya oldukları da aşikârdır (Glinda ve diğerleri, 2014, s. 3).

DSM-V'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için bireyin 12 aylık süre boyunca tanı kriterlerinden minimum iki tanesine dair belirtiler göstermesi, klinik olarak belirli bir sıkıntıya ya da işlev kaybına yol açacak derecede madde kullanmasıdır. Bu tanı kriterleri; sıklıkla arzu edilenden daha çok ya da uzun süreli madde tüketilmesi, madde kullanımını sona erdirmek için sürekli istek gösterme ya da sonuçsuz çaba harcanması, madde temini için gerekli etkinliklere fazla zaman harcanması, madde kullanımına dair büyük bir istek duyulması; işte, okulda ya da evde yerine getirmesi gereken temel görevleri yerine getiremeyecek hâlde olunması, madde etkisinden kaynaklanan sürekli ya da tekrarlayan toplumsal ya da kişiler arası sorun yaşamasına rağmen madde kullanımına devam edilmesi; madde kullanımından kaynaklanan toplumsal, işe dair ya da boş zamanlara ait etkinliklerin sonlandırılması ya da azaltılması,

tehlikeli durumlarda madde kullanma, yineleyici fiziksel ya da ruhsal sorunu olduğunun farkında olmasına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi, tolerans gelişim belirtileri (istenen etkiyi sağlamak için daha fazla madde kullanımı, aynı ölçüde madde kullanımına rağmen daha az etki sağlanması) gösterme, yoksunluk belirtilerinin gelişmiş olmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Madde kullanım bozukluğu tanısı konmuş kişilerde yüksek oranda eşlik eden veya eşlik eden psikiyatrik bozuklukların altını çizen epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur (Latvala, 2011, s. 33). Madde kullanım bozukluğunda diğer ruhsal bozuklukların komorbidite oranı %50-90 arasında olup aralarında çift taraflı bir ilişkiden söz edilebilir (Yılmaz, 2017, s. 13). Madde kullanım bozukluğu ile ruhsal bozukluk komorbiditesi söz konusuysen dört olasılıktan bahsetmek doğru olur:

1. Bozuklukların ikisi de birbirinden tamamen bağımsızdır. Durum böyleyse her iki bozukluk da birey üzerinde bağımsız hareket eder.

2. Madde kullanım bozukluğu, ikinci bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olur. Örneğin madde kullanımının psikoza yol açması.

3. Madde kullanım bozukluğu ortadan kalktığında diğer ruhsal bozukluk kendini gösterebilir. Örneğin madde kullanımı ortadan kalktığında alttaki depresyon açığa çıkar.

4. İki bozukluğun da iç içe bir arada yaşanması durumudur (Yılmaz, 2017, s. 13).

1.2.2 Tarihçe

Zihni etkileyen, duyguları ve davranışları değiştiren maddeler uzun zamandır insan topluluklarında ilgi görmekte ve kullanılmaktadır. Bu maddelerin toplumla olan ilişkileri ve yeri,

son derece karmaşık olmakla birlikte kötüye kullanımlarıyla ün kazanmış birçok madde öncelikle meşru olarak tedavi amacıyla kullanılmıştır. Birçok durumda, bir maddenin keyif veya istismar amacıyla kullanılma yolları, tıbbi amaçlarla kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Tıbbi olmayan madde tüketiminin geçmişi tarihte eskilere dayanır. Fermente meyve ve afyon gibi maddelerin ruh hâlini değiştiren niteliklerinin insanlar tarafından keşfi, bu maddelerin kullanımına ve çoğunlukla toplum tarafından kabul edilmesine yol açtı. Örnek vermek gerekirse alkol kullanımının batı toplumlarında kabul edilmiş toplumsal bir yeri olduğu gibi, pek çok psicotrop madde de farklı toplumlarda kabul görmüştür (Rogers, 2011, s. 1-3). Psikoaktif maddelerin kullanıldığında bireyin bilinç durumunu, ruh hâlini, düşüncelerini ve davranışlarını değiştirme potansiyeli; antik toplumlarda keyif, tıp ve ayinle ilgili amaçlar için kullanılmak üzere önemli bir role sahip olmalarını sağlamıştır. Örneğin antik Mısırlılar en az 17 çeşit bira ve 24 çeşit şarap üretmelerine rağmen sarhoşluk onlarda bir sorun olarak görülmemiş ancak aşırı tüketime karşı toplumu uyardıkları olmuştur (Latvala, 2011, s. 17).

Kanabis hem keyif verici hem de tedavi edici etkisi nedeniyle 12.000 yıldır kullanılan bir bitkidir. Bununla yapılan bitkisel tedavilere antik Çin'de rastlanmıştır (Balcı, 2011, s. 3). İskitlerin kanabisi dünyaya tanıttığı ve yaydığı bilinmektedir. Tarihçi Herodot'a göre İskitler, kanabisi hem keyif almak için, hem de cenaze töreni gibi ayinlerinde kullanıyorlardı. İskitlerin kanabisi Filistin üzerinden Mısır'a, Rusya ve Avrupa uluslarına tanıttıkları bilinmektedir. Bu bölgelerdeki bazı toplulukların ölenlerin ardından hâlâ tohumlarını yakma gelenekleri vardır (Uzbay, 2015, s. 204). Kanabis 6000 yıl öncesinde Çin'de de biliniyordu ve Hindistan'a girişi de Çin üzerinden olmuştur, Milattan önce 2700'lerde Çin'de tedavi amaçlı kullanılıyordu. Çin İmparatoru Şennur romatizmaya karşı kanabis kullanımını öneriyordu. Bazı eski Mısır papirüslerinde de marihuanadan tedavi amaçlı bahsedilmiştir. 800'lü yıllarda İslam bilginleri bazı

hastalıkların tedavisinde kanabisin kullanılabilceğini söylerken bir yandan da öldürücü olabileceğini belirtmişlerdir (Uzby, 2015, s. 205).

Afyonun ilk defa milattan önce 6. yüzyılda Batı Akdeniz Bölgesi'nde üretildiği bilinen bir gerçektir. Milattan önce 4200'e Kuzey İspanya'da yapılan kazılarda gömüler üzerinde opium kapsüllerine rastlanmıştır. Afyon bitkisinden elde edilen opiuma ait en eski bilgiler milattan önce 3400 yıllarına ait Sümer tabletlerinde vardır. Opium Sümerler tarafından keyif verici olarak kullanılıyordu. Bu tabletlerde opiumdan mutluluk bitkisi (hul gil) olarak bahsedilir (Uzby, 2015, s. 129). Opium 3500 yıldan beri psikolojik etkisi, ağrıyı kesmesi ve ishali önlemesi nedeniyle hem tedavi edici hem de keyif verici olarak kullanılmıştır (Balci, 2011, s. 3).

Sanayi devrimiyle başlayan süreçte opiumdan morfin ve eroin üretilmiş ve böylece toksik güçleri ve bağımlılık yaratma potansiyelleri artan maddeler çoğalmıştır (Balci, 2011, s. 3). Morfin 19. yüzyılın başlarına kadar tıbbi sebeplerle yaygın bir şekilde kullanıldı. Bunun bağımlılık yaptığının fark edilmesiyle kısıtlamaya yönelik değişiklikler oluştu. Bu döneme kadar opioid türevleri, çocuklarda da sakinleştirme amaçlı yaygın olarak kullanılmıştır. Endüstrileşme döneminde kadınların çalışmaya başlamasıyla çocukların maruziyeti artmıştır. Yirminci yüzyıla gelindiğinde morfin başta olmak üzere tüm otlar bağımlılık oluşturduğu gerekçesiyle sağlık sorunu olarak ele alınmaya başlamıştır (Uzby, 2015, s. 132).

Psikoaktif maddelere karşı toleransın oluşmasının fark edilmesi çok eski çağlara dayanır. Milattan önce 60'lı yıllarda yaşayan Pontus Kralı VI. Mithradates kendisini düşmanlarının zehirlenmelerinden korumak için çeşitli zehirleri giderek artan dozlarda almıştır ve bu şekilde tolerans geliştirmiştir ve başarılı olmuştur. Toleransın bilimsel bir kavram olarak tanımlanması ise 19. yüzyılın sonlarında olur. 19. yüzyıla kadarsa bağımlılık yapan maddeler ile sorun yaşayan kişiler; karakterlerinde sorun olan, kendilerini kontrol edemeyen ve ahlaki değerlere saygısız

insanlar olarak kabul edilirdi yani onlar suçlu ve günahkârdı. Sonuç olarak maddelere bağımlı olma; yasal sistem içinde din insanların, din müessesesinin görev alanına giren bir konuydu. Dinî kurallar bu maddelerin kullanımını sert cezalarla yasaklıyor ve kullananları günahkâr olarak tanıyordu. Bu yaklaşımın terk edilmesi 19. yüzyılın son çeyreğinde İngiltere ve Kuzey Amerika'nın başını çektiği ülkelerdeki sosyal reformlarla oldu. Amerika'da 1870 yılında alkoliklerin tedavisi ve bakımı için bir dernek kuruldu. Bu dernek, alkol kullanımını hastalık olarak tanımlamıştır. Bu dönemin devamında opium ve morfine yönelik gelişmeler de oldu (Uzby, 2015, s. 44- 61).

1.2.3 Etiyoloji

Madde kullanım bozukluğu, bağımlı davranışın gelişimi ve devamında birçok değişik yol izleyen karmaşık ve çok etkenli bir süreçtir. Bu aşamada, pek çok zihinsel mekanizma zarar görmüş bir karar alma içerir. Bu mekanizmalar daha sonra madde kullanımı, madde kullanım bozukluğu ve kullanmama/bırakma dönemlerinde nüks etmeye neden olabilecek duygusal süreçlerle hafifletilir. Duyarlılık arama gibi duygusal özellikler madde kullanımı ve kronik madde kullanımı gibi motivasyon, ödül ve stres sistemleri üzerindeki etkileri ile daha fazla duygu düzenlemede sorunlara neden olan risk faktörleridir. Burada beynin motivasyonel normallik ve haz yitimini kuvvetlendirebilecek hiper ve hipo duyarlılık, ödüllendirme sistemlerindeki bozulmalar, doğal ödüller yerine uyuşturucu kullanımına eğilimli duygusal süreçlerin oluşumuna katkıda bulunur (Murphy ve diğerleri, 2012, s. 1).

Daha kuramsal bir açıdan madde kullanımı ve kötüye kullanımı açıklanması gereken ilgi çekici ve önemli davranışsal fenomenlerdir. Bazı araştırmalar, psikoaktif maddeleri beyindeki nörokimyasal yollar üzerindeki şiddetli etkileri aracılığıyla ruh hâli, bilinç ve algının

nörobiyolojik yansıması olarak nitelendirir. Bir başka yaklaşım ise deneyimlemeye bağlı gelişimsel kademelendirme ve bazen dürtüselden takıntılı davranışa geçiş olarak tanımlanan düzenli madde kullanımının kullanım bozukluğuna dönmesi, özdenetim ve davranışsal denetimin işleyişi açısından önemli soruları gündeme getirmektedir. Daha felsefi bir açıdansa bağımlılığın kendisi ve olsa olsa iyi yapılandırılmış bağımlılık geliştirmeye meyilli genetik etki, özgür irade, etik ve sorumluluk üzerine daimi insan ikilemelerine temas etmektedir (Latvala, 2011, s. 18).

Madde kullanım bozukluklarının oluşması, bireyden bireye farklılık gösteren karmaşık bir süreçler bütünüdür. Kullanım bozukluğunun oluşması; bağımlılık sorunu olan kişinin madde kullanmayı denemesi, akabinde maddeyi daha sıklıkla kullanmaya başlaması, kullanımı sürekli hâle getirmesi ve bağımlılık geliştirmesi gibi aşamalardan oluşur. Maddenin ilk kullanımından bağımlılık hâline kadar geçen süreçte genetik yatkınlıkların rolü araştırılmaktadır. Önceki yıllarda madde kullanımı bozukluğunda çevre, gelişim ve sosyal şartların olduğu düşünülmele birlikte, genetik bilimindeki gelişmelerle madde kullanım bozukluğu etiolojisinde genetik faktörlerin etkisi ön plana çıkmaya başlamıştır (Yüncü ve Savaş, 2007, s. 147). Madde kullanım bozukluğunun genetik yapıyla bağlantılı olma oranının 0,4 ile 0,6 arasında olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (Kurnaz, 2017, s. 2).

Bireyler psikoaktif maddelerin kaygı giderici ve rahatlatıcı etkileri nedeniyle kötüye kullanmaya daha eğilimlidirler. Madde ile ilk temas, genellikle kaygılı ve gergin bir dönemde kendini daha iyi hissetme amacıyla gerçekleşir. Bu maddelerin ilk kullanıldıklarında öforizan ve anksiyolitik etkileri olduğu bilinmektedir. Bu durum, alınan maddenin beyindeki ödül sistemini uyandırıcı ve özellikle ilk kullanımlarda bazı inhibitörlerin o kimyasalları salıverici etkileri nedeniyle. Başlarda böyle olmakla birlikte maddenin özelliğini ya da kullanan kişinin yatkınlığına bağlı olarak değişen sürelerde kullanan kişide, kullandığı maddeye şiddetli bir istek

başlar. Psikolojik bağımlılık denilebilecek bu süreç zamanla maddeye yoğun bir şekilde özlem duymaya dönüşür. Bu açlık ve özlem o kadar yoğundur ki madde kullanımı zorunluluk hâline gelmiştir ve bu süreç içinde kullanan bireyde keyif verici etkiye tolerans gelişmeye başlar yani kişi başlarda aldığı keyfi almak için daha fazla madde almak zorundadır. İşte bu noktada fiziksel bağımlılık oluşur. Fiziksel bağımlılığın en önemli göstergesi maddenin ani olarak kesilmesini izleyen süreçte ortaya çıkan yoksunluk krizidir. Madde kullanan kişi bu andan itibaren sadece bu yoksunluk krizine maruz kalmamak için madde kullanmaya devam eder ve bu noktada kısır döngü oluşur (Uzbay, 2015, s. 14).

Pek çok araştırmada, maddenin kötüye kullanımı ve kullanım bozukluğunda genetik yatkınlığın aldığı rol hâlâ bilimsel olarak tartışılmaktadır. Ailede ve yakın çevrede madde kullanım bozukluğu öyküsü olanlarda bu yatkınlığın var olduğunu düşündüren araştırmaların yanı sıra tersini düşündüren veriler de mevcuttur. Madde kullanım bozukluğu ile ilgili olabilecek genler araştırılsa da madde kullanım bozukluğu şizofreni, Alzheimer gibi oldukça karmaşık bir hastalıktır. Bu tip hastalıklar çoklu gen bozuklukları ile bağlantılı polijenik hastalıklardır. Sonuç olarak denilebilir ki genlerin hastalıkla ilişkisinin tespiti tek başına bir bilgi ifade etmez. Genetik etkeni taşıyan birey madde kullanıcısı olmayacağı gibi tam tersi de söz konusu olabilir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta genetik etkene sahip kişilerin olmayanlara göre madde kullanımında daha büyük risk taşıdıklarıdır (Uzbay, 2015, s. 9-11).

Beyin duygu ve dürtülerden sorumlu merkezdir. Bunlar limbik sistemde oluşur. Öğrenilirken korteks ile bağlantılı bir süreçten sonra aksiyona dönüşür. Limbik sistemdeki VTA, NAc, amigdala ve talamus madde bağımlılığının maddeyle ilk temas sürecinden bağımlılık noktasına kadar devam eden tüm aşamalarda hem fiziksel hem de psikolojik boyutlarda çok önemli role sahiptir. Madde kullanım bozukluğu limbik sistem ile korteks arasındaki iletişimin

sağlıklı bir şekilde olmamasından kaynaklanır. Madde kullanım bozukluğunun oluşmasındaki önemli etken olan ödüllendirme sisteminin genetik zemininde dopamin 2 reseptörlerinin etkisine dair araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalardaki ortak nokta dopamin 2 reseptörü eksikliğinin ödüllendirmeye duyarlılıkta bir azalma oluşturduğu şeklindedir. Bunun sonucu olarak son dönemlerde madde kullanım bozukluğunun bir ödül eksikliği sendromu olabileceği şeklinde görüşler vardır (Uzby, 2015, s. 9-20). Dürtüsel madde arama ve bunun olumsuz sonuçlarına geliştirilen duyarsızlık prefrontal sistemin engellenmesi ile daha da kötüleşmekte; bu durum, maddeye yoğun bir şekilde maruz kalındıktan sonra büyük ödül beklentileri yaratarak madde arayışını teşvik etmeye çalışan amigdala baskın somatik sinyalleşmeyle sonuçlanır (Murphy ve diğerleri, 2012, s. 17).

Her psikoaktif madde sınıfı kendi benzersiz farmakolojik mekanizmasına sahip olsa da özellikle ödüllendirme ya da haz veren deneyimlerin altında yatan beyin mezolimbik dopamin sistemiyle alakalı olanlar olmak üzere benzer etkilere sahiptir. Doğrudan ya da dolaylı, herhangi bir psikoaktif maddeyi yoğun olarak tatbik etmek özellikle dopaminin ödüllendirme merkezindeki intrasınaptik seviyelerde olmak üzere dopamin iletimini artırır. Bu seks, yeme (özellikle tatlı yiyecekler) ya da haz veren sosyal etkileşimler gibi doğal ödüllendirmelerle de paylaşılan bir özelliktir. Ne var ki psikoaktif maddeler doğal ödüllendirmenin neden olduğundan ölçek ve süre olarak en az beş-on kat daha fazla etkiye yol açan dopamin salınımına yol açarak bu tür konvansiyonel takviyelerden ayırır (Latvala, 2011, s. 22).

1.2.4 DSM V'e Göre Madde Kullanım Bozukluğu Sınıfına Giren Maddeler

DSM V'te madde kullanım bozukluğu sınıfına giren maddeler; alkol, kafein, kenevir (esrar), varsandıranlar (LSD, meskalin, fensiklidin vb.), uçucular (tiner, benzin, gazolin, bali vb.),

opiyatlar (morfin, eroin, kodein, metadon vb.), dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (diazepam, klorazepat vb.), uyarıcılar (amfetamin, ekstazi, kokain vb.), tütün ve diğer bilinmeyen maddeler olarak 10 kategoride sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.2.4.1 Tütün ve Sigara

Keyif verici bitkiler kategorisinde yer alan tütün (*Nicotiana tabacum L.*), patlıcangiller (*Solanaceae*) ailesinden tek yıllık bir bitkidir. Söz konusu ürün endüstri ve aromatik bitkiler kategorisinde de ele alınmaktadır. Farklı coğrafi şartlara kısa sürede ve oldukça iyi şekilde uyum sağlayabilen tütün, adaptasyon kabiliyeti en iyi tarımsal ürünler arasındadır. Anavatanı Orta Amerika olan tütün, Çin'den Kanada'ya, Zimbabve'den Belçika'ya kadar pek çok ülkede yetiştirilir hâle gelmiştir (Şahin ve Taşlıgil, 2013, s. 74). Toplandıktan sonra kurutulur, öğütülür ve farklı şekillerde kullanılır. Dünyanın değişik yerlerinde kullanılan başlıca tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010, s. 17). Bunlar arasında sigara, günümüzde bağımlılık yapıcı maddelerin en yaygın olanıdır (Baumeister, 2017, s. 67).

Tütün dumanı nikotin ve 6000'den fazla kimyasal madde içerir (Leffingwell, 1999, s. 265). Bu maddeler ilk solunmayla birlikte kan dolaşımına girer. Vücut, tütün kullanımının devamıyla daha fazlasını ister. Nikotinin merkezî sinir sisteminde yüksek konsantrasyonlara ulaşması ile bağımlılık oluşur (Hurt, Ebbert, J.T. ve McFadden, 2009, s. 3).

1.2.4.2 Alkol

Madde kötüye kullanımı alt kültürünün başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihte yazılı belgelerden bilgi edinebildiğimiz ilk madde alkoldür. İnsanoğlu alkolün gerginliği ve

anksiyeteyi giderici etkilerini çabuk keşfetmiş ve ayrıca ona kutsal bir anlam da yüklemiştir (Robinson ve Adinoff, 2016).

Alkoller kimyasal olarak alifatik hidroksil grupları içeren bileşiklerdir. İçki yapımında kullanılan etil alkol, kafein ve tütünden sonra dünyada en yaygın kötüye kullanılan psikostimülandır (Robinson ve Adinoff, 2016, s. 4-5). Alkol neredeyse her zaman alkollü içkiler vasıtasıyla ağız yolundan alınır. Mide ve ince bağırsaklardan hızla emilerek kana karışır. Alkole bağlı davranışsal etkiler kişiler arasına farklılık göstermekle birlikte genellikle doza bağlıdır. Düşük dozlarda artmış aktivite (artmış sosyallik ve konuşkanlık gibi), disinhibisyon, gevşeme görülürken; kanda yüksek alkol seviyelerinde daha çok duygusal dalgalanmalar, kognitif, bilişsel ve motor fonksiyonlarda bozulmalar görülür. Daha yüksek dozlarda ise ataksi, şuur kaybı, azalmış reaksiyon zamanı ve sedasyon görülür (Latvala, 2011, s. 19-20).

1.2.4.3 Esrar (Kanabis)

Esrar, *Cannabis sativa* adlı bitkinin çiçek tohumundan ve kurutulmuş yapraklarından elde edilir ve psikotrop etkileri için yaygın olarak kullanılır. Kullanımı 5000 yıl öncesine kadar dayanır (Ross, 2005, s. 30) ve günümüzde dünyada en yaygın kötüye kullanılan yasadışı maddedir (World Health Organization, 2016, s. 9). Öğrenciler üzerinde yapılan araştırmalara göre, dünyada esrarın yaşam boyu en az bir kez kullanımı %12'dir. Kullanımı yetişkinlere göre ergenlerde daha yaygındır. Türkiye'de ortaöğretim öğrencileri arasında esrar kullanım oranı %4 olarak bulunmuştur (Akkuş, 2010, s. 43-44).

Gündelik kullanımda kanabis terimi tek bir maddeyi anlatmak için kullanılsa da 60'dan fazla bileşik tespit edilmiş ve topluca kannobionidler olarak tanımlanmıştır. En çok bulunanı ve temel psikoaktif bileşeni Delta-9-tetra hydro cannabinoldir (THC). Beyinde özel THC

reseptörleri tespit edilmiş olup bu reseptörler beynin kavrama, ödül, hafıza, acı algısı ve motor koordinasyon işlevlerinden sorumlu bölümlerinde yerleşmiştir (Kumar, Chambers ve Pertwee, 2001, s. 1059). İşleniş biçimine göre Marihuana, Gubar, Ganja gibi farklı isimlerle adlandırılır (Kuştepe, 2017, s. 12). Kısa veya uzun süreli kullanımı sırasında immun sistem, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, santral sinir sistemi ve kognitif fonksiyonlar üzerinde birçok etkileri bulunmaktadır (Kumar ve diğerleri, 2001, s. 1059). Tekrarlanan kullanımları sonucu fizyolojik bağımlılık oluşur ve maddenin kullanımı bırakıldığında yoksunluk sendromu meydana gelir. Buna bağlı olarak bağımlıda sinirlilik, öfke, depresyon, uyuma güçlüğü, madde kullanım isteği ve iştah azalması görülür (Budney, Roffman, Stephens ve Walker, 2007, s. 10), (Grotenhermen, 2004, s. 16-17).

1.2.4.4 Ekstazi

Ekstazi, dizayn edilmiş bir amfetamin türüdür. Kimyasal formülü MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin)'dir. Ağız yolu ile kullanılmaktadır. Etkileri hem halüsinojik maddelere hem de amfetaminlere benzemektedir. Amfetaminin temel etkisi enerjinin arttığı hissini vermesi ve uyku, yorgunluk hissini bloke etmesidir (Bora, Yılmaz ve Bora, 2016, s. 1151) . Abartılı keyif hâli, iştahsızlık, huzursuzluk, uyku ihtiyacının azalması, gerginlik, mide bulantısı, kan basıncında ve vücut ısısında yükselme, kalp atışında artış, tek düze davranışlarda bulunma gibi birtakım ruhsal ve fiziksel değişikliklere sebep olmaktadır. Psikolojik yan etkileri olarak depresyon, anksiyete, insomnia, paranoya ve psikoz görülebilir (Baumeister, Tojo ve Tracy, 2015, s. 102).

1.2.4.5 Bonzai

Milenyumun başlarında ortaya çıkan değişik ülkelerde sentetik marihuana, spice, K2 gibi değişik adlarla anılan sentetik bir kannabinoiddir. Ucuz ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle kullanımı hızla artmıştır. Türkiye'ye 2009 ve 2010 yıllarında girmiştir (Çoban, 2014, s. 42).

Sentetik kannabinoid kullanımından dolayı oluşan etkiler, bilişsel süreçler, mizaç ve algı bozulmaları başlıkları altında toplanmaktadır. Sentetik kannabinoid kullanımı sonucu oluşan semptomlar; değişen seviyelerde anksiyete, bilişsel yetersizlik, paranoya, kalp çarpıntısı, sanrı ve halüsinasyonlardır (Çoban, 2014, s. 56-57), (Baumeister ve diğerleri, 2015, s. 106).

1.2.4.6 Opiatlar

Haşhaş (*Papaver somniferum*) tıbbi kullanımları yönünden önemli bir bitkidir (Abhishek ve Choudhary, 2010, s. 649). Ülkemizde ve dünyada içerdiği alkaloidlerin bağımlılık yapıcı etkisinden dolayı denetimli olarak üretilmektedir (Koç, Camcı, Kadiroğlu ve Gür, 2006, s. 32). Ortadoğu ve Güney Doğu Asya Bölgesinde daha sık olmak üzere, dünyanın birçok yerinde yetiştirilebilen haşhaş bitkisinin en büyük üreticisi Hindistan'dır (Abhishek ve Choudhary, 2010, s. 649). Morfin, kodein, afyon sakızı, eroin ve metadon gibi maddeler afyon haşhaşından elde edilip uyuşturucu özelliği gösteren maddeler içerisinde yer alır (Kuştepe, 2017, s. 13).

Eroin, morfinin yarı sentetik hâlidir ve morfinden yaklaşık iki kat daha güçlüdür. Eroin yüksek lipofilik olması nedeniyle kan, beyin bariyerini hızla geçer. Seruma karıştıktan sonra beyne ulaşma süresi 15-20 saniye kadardır. İntravenöz morfinin %5'inden azı beyne ulaşırken intravenöz eroinin %68'i beyinde bulunan reseptörlerle temasa geçmektedir. Bu hızlı etki kullanıcıda ilk öfori deneyimine ulaşma umuduyla tekrarlayan kullanımlara neden olur (Huecker ve Marraffa., 2017, s. 1-2).

Güney Amerika kökenli koka bitkisinin yaprağından elde edilen kokain, alışkanlık yapan bir maddedir. Kokain, tüm mukoz membranlardan emilebilen bir maddedir. Etkileri depresan olmaktan çok uyarıcıdır. Hafif formunda bireyde anksiyete, hareketlilik ve coşku gözlenir. Orta ve ağır kokain uyarımında bütün vücutta kasılıp gevşeme nöbetleri görülür (Richards ve Laurin., 2017, s. 2).

1.2.4.7 Uçucu Maddeler

Uçucu maddeler; boya tineri, benzin, yapıştırıcılar gibi yasal, gündelik kullanımı olan üretildikleri amaçlar için kullanıldıklarında zararsız maddelerdir ancak bu ürünlerin buharlarının bilinçli olarak solunmasıyla potansiyel olarak toksik ve bazen de ölümcül hâle gelmektedirler (Lipari, 2017, s. 1).

Uçucu maddeler merkezî sinir sistemi üzerinde ağır toksik etkileri olan organik çözücülerdir. Uçucu maddeler içinde yer alan bağımlılığı oluşturma potansiyeli en yüksek madde tolüen denilen çözücüdür. Bağımlı kişiler tarafından kullanılan uçucu maddeler, tiner ve benzeri sıvı uçucular, aerosoller, yapıştırıcılar, çakmak ve bütün gazlardır (Lubman, Yücel ve Lawrence, 2008, s. 317,320).

Yapılan araştırmalar sokakta yaşayan çocuklar arasında madde kullanımında dünya çapında birinci sırada uçucu maddeler olduğunu göstermiştir (Embleton, Mwangi, Vreeman, Ayuku ve Braitsein, 2013, s. 5).

1.2.4.8 Kafein

Kafein nörostimülan, bitkisel bir alkaloid olup, molekül formülü 1,3,7 trimetilksantindir (Addicott ve diğerleri, 2009, s. 1). Pek çok bitkinin meyvesinde, tohumunda ve yaprağında doğal olarak bulunur. Bu bitkilerden en çok bilinenleri; çay yaprakları, kahve ve kakao çekirdekleri, kola tohumlarıdır. Kafein tüketimine ilişkin ilk bilgiler MÖ 2700'lü yıllara rastlar. Bu yıllardaki kafein kaynağı Çin'de yaprakları kaynatılarak içilen çaydır. Ancak, kafeinin insan yaşamına gerçek anlamda girişi, 8. yüzyılın ortalarında Etiyopyalı çoban Kaldi'nin kahve bitkisini keşfetmesi ile olmuştur (Garipağaoğlu ve Kuyrukçu, 2009, s. 110). Kafein tüketiminin en yaygın formu kahvedir. Ayrıca enerji içeceklerinde uyarıcı, enerji verici etkisi sebebiyle mevcuttur ve sporcular tarafından sıklıkla tüketilir (Keisler ve Armsey, 2006, s. 215,217).

1.2.4.9 Amfetaminler

Amfetaminler, merkezî sinir sistemini uyaran en kuvvetli sempatomimetik amin ilaçlardan biridir (Michel ve Adams, 1979, s. 1016). İlk olarak 1887 yılında, Berlin’de, 1-metil-2-fenetilamin bileşiği şeklinde sentezlenmiştir (Berman, Kuczenski, McCracken ve London, 2009, s. 2). Amfetaminler zihin açıcı, uyarıcı etkileri nedeniyle stres azaltıcı, konsantrasyon ve düşünsel performans artırıcı olarak kullanılmaktadır. Tıbbi olarak narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır (Heal, Smith, Gosden ve Nutt, 2013, s. 479).

1.2.4.10 Halüsinojenler-LSD

Halüsinojenler algı, duygu durumunu ve bilişsel süreçleri güçlü bir şekilde değiştiren psikoaktif maddelerdir (Nichols, 2004, s. 131). Bunlardan LSD (D-Liserjik Asit Dietilamit), 1938 yılında sentezlenmiş; psikoaktif özellikleri 1943 yılında keşfedilmiştir (Liechti, 2017, s. 2114). Halüsinojenler düşünce, algı ve duygu durumunda değişikliklere neden olmaktadır. LSD’nin “mistik deneyim”leri tetikleme, bilinç düzeyinde farklılaşma, neşe, iç görü kapasitesinde artış, farklılaşmış psikolojik fonksiyonlar, bir olma duygusu, zaman ve mekânın ötesine geçme, pozitif ruh hâli; huzur, keyif ve kutsanmışlık hissi; kutsallık duygusu ve kendine ve diğerlerine karşı pozitif yaklaşım olarak tarif edilen potansiyel psikotropik etkileri vardır (Gregorio, Comai, Posa, ve Gobbi, 2016, s. 1). LSD kullanımından sonra etkiler yaklaşık 30–60 dakika sonra başlar, 12 saat kadar sürer. Bu maddeler sempatomimetik etkileriyle kalp atımının ve kan basıncının artışına, vücut ısısının yükselmesine, iştahın azalmasına neden olur. Bulantı, kusma, abdominal rahatsızlık, derin tendon motor reflekslerin artışı, kas gerilmesi, motor koordinasyon bozukluğu, ataksi, pupillar dilatasyon görülür (Akvardar, 2012, s. 182).

1.3 Dürtüsellik

1.3.1 Tanım

Dürtüsellik insan hayatının pek çok alanını etkileyen uyum sağlamaya yönelik bir kişilik özelliğidir. Eysenck, dürtüsellığı; riski göze alma, yetersiz plan yapma, zihni çabuk toparlayamama ile bağlantılı görmüş ve dürtüsellığın 3 boyutta incelenmesi gerektiğini söylemiştir. Bunlar; dışadönüklük, nörotisizm ve psikotisizmdir. Patton ve arkadaşlarına göre ise dürtüsellik motor aktivasyon, dikkat problemleri ve planlamada eksiklik olarak ele alınır. Dürtüsellik ölçülebilir bir davranışsal özelliktir. Sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan aramaya yönelik davranışlar dışa dönüklük gibi kendini gösterebilir (Karakuş, 2015, s. 12). Dürtüsellik, eylemlerin beraberinde, kararlar ve seçimlerde de kendini gösterir (Yazıcı ve Yazıcı, 2015, s. 52).

Dürtüsellik için, dürtülerin artması veya içten gelen bu gerilime karşı koyacak benlik gücünün azalması sonucunda ortaya çıkan ve giderek yükselen bu gerilimi azaltmak amacıyla bireyin olası sonuçlara aldirmaksızın bir davranışta bulunma hâlidir, denebilir. Ünlü Türk psikiyatristi Mazhar Osman da dürtüsellığı irade bozukluğu olarak adlandırmış, refleksif perspektiften bahsetmiş ve canlılar skalasında olgunlaşma ile şuur ve içgüdü aralarındaki denge durumuna göre şekil aldığını söylemiştir. Mazhar Osman bu bozuklukları impulsiyon başlığı altında sınıflandırmıştır (Konuk, 2015, s. 146-149).

Homer'e göre dürtüsellik kavramı genellikle etkili bir engel olma başarısızlığı ile tanımlanır ve tutarlı bir şekilde madde kullanımı ile birlikte bulunur. Dürtüsellik karmaşık, çok yönlü bir yapıdır. Olumsuz sonuçlara, içsel risklere tam olarak uymadan; iç, dış uyaranlara hızlı veya plansız bir şekilde tepki verme ya da uygunsuz, uyumsuz davranışlarda bulunma eğilimi dürtüsel davranışı ve kötü karar vermeyi destekleyebilir. Bu eğilimlerin her ikisi de bağımlı

bireylerin gerçek dünya davranışlarında görülebilir ancak aynı zamanda laboratuvar temelli paradigmlar kullanılarak da incelenebilir (Murphy ve diğeri, 2012, s. 11).

DSM 5'e göre ise dürtüsellik, "Bir uyarana ani tepki verme, sonuçlarını göz önünde bulundurmaksızın ve planlamaksızın davranma, böyle durumlarda plan yapma ve yaptığı plana uyumada zorluk yaşama, duygusal baskı altında sıkışıklık hissi ile kendine zarar verme" şeklinde tanımlanmıştır (Konuk, 2015, s. 154). DSM 5'te ifade edildiği üzere tüm bu bozuklukların ortak noktası bireyin duyguları ve davranışları üzerindeki kontrolünün kalmadığı durumları ifade etmesidir (Konuk, 2015, s. 155).

Dürtüselliği fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Fonksiyonel olmayan dürtüsellik; insanların çoğuna göre daha az düşünerek, daha az koordine ederek hareket etme ve davranma eğilimidir. Fonksiyonel olanı ise uygun durumlarda olması gerekenden daha seri düşünmedir. Whiteside ve Lynam'a göre dürtüsellik sıkışıklık, tasarlama eksiklik, sebat gösterememe ve heyecan boyutlarından oluşan dördü bir modeldir (Karakuş, 2015, s. 12). Dürtüsellik, sosyal ve mesleki işlevin, suç faaliyetinin ve yasal katılımın, kendinin ve başkalarının güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Dürtüsellik ile ilişkili risklerin modifiye edilmesi klinik sonuçlar üzerinde önemli etkiye sahip olabilir (Carter ve Ohlsan-Perlmutter, 2015, s. 538). Hollander ve Stein'a göre dürtüsellik üç temel bilişsel bileşene göre düzenlenir. Bunların ilki ertelenmeyen ödüllendirilmektir ki dürtüsel bireyler derhâl ödüllendirilecek kararlar alma eğilimi gösterirler. İkincisi çelinebilirlik ki dürtüsel bireyler belli bir işe uzun süreli odaklanamazlar. Üçüncüsü ise şartlı refleks yitimidir (dishinbisyon) yani bu bireyler ait oldukları kültürel ortama ve kısıtlamalara uymayan davranışları baskılayamazlar (Karakuş, 2015, s. 21).

Yukarıda da bahsedildiği gibi, dürtüsellik konusunda bazı tanımlar öne sürülse de son dönemdeki literatür, dürtüsellikğin en iyi açıklaması olarak dört boyuttan oluşan çok yönlü bir yapı şeklindeki tanımını ileri sürmektedir:

- (a) Aciliyet (olumsuz etkiler yaşandığında dürtüyle hareket etme eğilimi),
- (b) Önceden tasarlama eksikliği (bir harekete girişmeden önce bir eylemin sonuçlarına etki etme başarısızlığı),
- (c) Azim azlığı (zor veya sıkıcı görevlere odaklanamaması veya takip edilememesi),
- (d) Heyecan arama (heyecan verici ve yeni deneyimleri denemeye açık olan etkinliklerin tadını çıkarma ve takip etme eğilimi), (Weiss, Tull, Anestis ve Gratz, 2013, s. 3).

Yapılan araştırmalarda dürtüsellikğin davranışa yönelik durumlarında cinsiyetler arasında farklılık tespit edilmiş; erkeklerde dışa dönük, saldırgan davranışlar olarak kendini gösterirken kadınlarda içe dönük, saldırgan olmayan davranışların daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu farklılığa genetik faktörler, hormonal değişiklikler, peptitlerin modülasyonundaki farklılıkların neden olduğu düşünülmektedir (Karakuş, s. 20).

Dürtüsellik pek çok ruhsal bozukluğun semptomudur. Çocuklarda dürtüsellik çoğunlukla dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozuklukları ile bağlantılıyken yetişkinlerde; kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozukluğunda görülebilir. Dürtüsellik eyleme döküldüğünde madde kullanım bozukluğu, öz kırım davranışı ve ciddi davranış problemleri ile sonuçlanabilir (Karakuş, 2015, s. 13). Dürtüsellik birçok DSM 5 tanısının ayırıcı tanıları arasında yer alır. Bunlar madde kullanımı, bipolar, borderline, antisosyal, aralıklarla patlayan kişilik bozukluğu yanı sıra kumar, kleptomani,

saplantılı satın alma, internet bağımlılığı bozuklukları ile ilintilidir (Carter ve Ohlsan-Perlmutter, 2015, s. 538).

1.3.2 Dürtü Kontrol Bozukluğu

Dürtü, eksiklik ya da hoş olmayan duygulanım yaratan bir uyarın karşısında dengesi bozulan organizmanın eski dengesine dönebilmesine olanak sağlayan itici bir güçtür ve bunlara engel olunamadığı anda dürtü kontrol bozuklukları oluşur (Tamam ve Demirel, 2015, s. 775). Dürtü kontrol bozukluğu, psikiyatri tarihi içinde çok eski zamanlarda tanımlanmıştır. Pinel'in 1809'da "maniessns delire", Georget'nin 1820'de "impetuosite de penchants" ve Esquirol'un "monomanieinstictive" olarak isimlendirdiği bu tablolar dürtü kontrol bozukluğu spektrumundaki davranış biçimlerini açıklamaktaydı. Dürtü kontrol bozuklukları çağdaş psikiyatri sınıflandırma sistemine 1980 yılında DSM 3 ile girmiştir. Bu sınıfa giren bozukluklar arasında ilk zamanlar kleptomani, patolojik kumar oynama, piromani, izole patlayıcı bozukluk ve aralıklı patlayıcı bozukluk vardı. DSM 3R ile trikotillomani eklendi. İzole patlayıcı bozukluk çıkarıldı. DSM 4'te aynı bozukluklar güncellenerek yerleri korunurken başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu tanısı eklendi (Konuk, 2015, s. 147). Dürtü kontrolü davranış bilimlerine göre yeme, cinsellik ihtiyacı ya da arzu duyulan diğer kazanımlar için içsel veya dışsal olarak motive eden güçlü bir isteği yöneten, yönlendiren aktif bir inhibitör mekanizması olarak tarif edilir. Bu inhibitör kontrol mekanizması sayesinde geçici olarak baskılanır ve bilişsel sistemlerle davranış uygun şekilde yönlendirilebilir (Yazıcı ve Yazıcı, 2015, s. 50). Nörobiyolojik araştırmalar göstermektedir ki frontal işlevlerdeki bozulmalar bazı dürtü kontrol bozukluğu hastalarındaki şartlı refleks yitimi (disinhibisyon) ile bağlantılıdır. Serotonerjik ve diğer nörotransmitterlerdeki düzensizlik dürtü kontrol bozukluğu skalasındaki tüm bozukluklarda saptanmıştır (Chow ve Cummings, 2000, s. 559).

APA (The American Psychiatric Association) dürtü kontrol bozukluğunu; bireyin kendisine ya da başkalarına zarar verebileceği dürtüsel olarak gelişen kontrol edemediği davranış olarak tanımlar. Bu davranışlar tekrarlayıcıdır, hedonistiktir. Bu tip davranışlar aynı zamanda bağımlılık geliştirebilirler. Dürtü kontrol bozukluğunda ve bağımlılıkta dürtüsellik ve kompulsif davranışlar arasında bir ilişki vardır (Grant ve Potenza, 2006, s. 51). Genel toplumda ergen genç erişkin yaş grubundakiler dürtü kontrol bozukluğu için risk faktörü teşkil etmekle birlikte, tekrarlayıcı seksüel davranışların ve patolojik kumar oynamanın erkek cinsiyette, tekrarlayıcı satın almanın kadın cinsiyette daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir (Özşahin, 2011, s. 21). Dürtü kontrol bozukluğu olan bireyler; kendileri ya da başkalarına zarar verebilecek davranışlarına, arzularına engel olamazlar, bu zarar verici eylemlerden önce yükselen bir gerginlik ve uyarılma, eylem esnasında kendine has memnuniyet ve rahatlama hissi yaşarlar. Dürtü kontrol bozukluklarının yarattığı olumsuz sonuçlar, gerek farmakolojik davranış üzerinde etkili tedavilerinin varlığı da dikkate alınınca çok yaygın bir bozukluk olmasa da daha fazla araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır (Konuk, 2015, s. 156).

Dürtü kontrol ve madde kullanım bozuklukları, tanısal olarak ayrı psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmakla birlikte benzer patolojik davranışlar gösterirler. Dürtü kontrol bozukluğu (kleptomani, patolojik kumar, pyromania ve aralıklı patlayıcı bozukluklar dâhil), kendine zarar veren, sosyal ve mesleki işlevi bozan, aynı zamanda yasal ve finansal zorluklara yol açan davranış ve dürtülerle karakterize davranışsal bozukluklardır. Madde kullanım bozukluğu, klinik olarak anlamlı bir bozukluğa veya sıkıntıya yol açan bir maddeyi (örn. ilaç, alkol veya nikotin) kullanma arzusu veya özlemi ile karakterizedir (Johansen ve diğerleri, 2017, s. 2).

1.3.3 Dürtüsellik ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Dürtüsellik, farklı psikolojik süreçleri içeren çok yönlü bir yapı olmasına rağmen, madde kullanımında dürtü kontrolünün tüm boyutlarında başarısız olan değişik psikolojik süreçler ortaya çıkar (Murphy ve diğerleri,, 2012, s. 12).

Abartılı yenilik arayışının dürtüsellik ile bağlantılı olduğuna dair araştırmalar vardır. Zira dürtüsellik, hesap etmeksizin ve karar alırken bilinçli davranmaksızın harekete geçme; düşüncesizce davranma eğilimi olarak tanımlanabilir. Yenilik ihtiyacı ve dürtüsellik de bağımlılık davranışı geliştirmede etkili denilebilir (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz ve Swann, 2011, s. 1786). Dürtüsellik ve heyecan aramanın ilaç ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde sık görülen kişilik özellikleri olduğuna ve mezolimbik dopaminerjik sistemle bağlantılarına dair çalışmalar mevcuttur (Özşahin, 2011, s. 22). Davranışsal ölçümlerle yapılan çalışmalar da madde kullanımı ile dürtüsel karar verme şekli arasındaki bağlantıyı göstermektedir (Karakuş, 2015, s. 29). Yüksek dürtüsellüğün bağımlılığa diğer popülasyondan daha eğilimli oldukları, madde kullanımı sonrasında dürtü kontrol sorunlarının arttığı ve bu hâlin tekrarlayıcı niteliği nedeniyle klinik düzeyde daha tehlikeli seyrettiği gözlenmektedir. Dürtüsellüğün madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerinde yer alması gerektiğine dair görüşler de mevcuttur (Pani, ve diğerleri, 2010, s. 185-197).

Yapılan araştırmalar, genel olarak dürtüsellik ve madde kullanım bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğuna dair destekleyici veri sağlar. Örneğin, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin gecikmiş ödüllerin değerini (daha büyük gecikmiş ödüller üzerinde daha küçük acil ödüller seçerek) indirdikleri ve yabancı tepkileri önlemede başarısız oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde, madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların, normal popülasyona oranla,

negatif aciliyet, önleme eksikliği ve azim eksikliği gibi dürtüsel davranışları çok daha yüksek seviyede sergiledikleri bulunmuştur (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 4).

Madde kullanımı ve temini planlı bir strateji gerektirdiğinden bu eylemleri dürtüsel davranış genel başlığında incelemek pek mümkün olmaz fakat farklı dürtüsellik bileşenleri madde kullanımına başlamaya ve sürdürmeye yol açabilir. Ödül dürtüsü ve spontane dürtüsellik ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. Ödül eksikliği sendromu kullanım bozukluğunun gelişiminde bir faktör olarak düşünülmektedir. Zira bu kişilerde nöral yolda dopamin konsantrasyonlarının seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Karakuş, 2015, s. 28).

Teorik literatür, madde kullanım bozukluğu ile dürtüsellik ilişkisinin muhtemel iki yönlü doğasını vurgulamaktadır; madde kötüye kullanımında hem dürtüsellik bir risk faktörü olduğu hem de dürtüsellik bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 3).

Madde kullanım bozukluğu ve dürtüsellik ilişkisine dair üç hipotezden bahsedilir:

1. Dürtüsellik fazla olması madde kullanım bozukluğuna yol açabilir.
2. Madde kullanımı dürtüsellik artmasına neden olur.
3. Bu iki kavram da diğer bir üçüncü faktörle bağlantılı olabilir (Yılmaz, 2017, s. 13).

Madde kullanımı olan bireylerle, hiç madde kullanmamış popülasyon arasında dürtüsellik açısından farklar olduğu bilinmekle birlikte bu durum, madde kullanımı ile dürtüsellik arasındaki sebep sonuç bağlantısını tam olarak açıklayamamaktadır (De Wit, 2009, s. 22-31). Çoklu madde kullanımı olan bireylerin tekli madde kullanımı olanlara göre dürtüsellik oranının daha fazla olduğuna dair bilgiler vardır yani bir başka deyişle madde çeşitliliği ve tercihiyle madde kullanım

bozukluğu arasında bir bağlantı söz konudur (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012, s. 293-314). Yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik sağlıklı bireylerden daha yüksek olarak saptanmıştır (Yılmaz, 2017, s. 1). Madde kullanım bozuklukları ile dürtüsel davranış arasındaki ilişki en çok psikostimülanlarda gözlenmiştir. Yüksek dürtüsellik skorları ile çoklu madde kullanımı arasında doğrudan bağlantı tespit edilmiştir (Karakuş, 2015, s. 29).

1.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü

1.4.1 Tanım

Duygular, Antik Yunan filozoflarına göre rasyonel düşünce ve davranışı engelleyici durumlar olarak kabul edilmişse de Darwinci bakış açısına göre insan işlevselliği üzerinde önemlidir. Bu nedenle çağdaş psikoloji, duyguları klinik uygulamalarda ve araştırmalarda dikkate alır. Duygular diğer psikolojik işlevleri de etkilemektedir; dikkat, bilişsel süreçler ve davranışlar üzerinde etkisi vardır fakat bu etkiler deneyimlenen duygunun düzenlenebilmesi ve kontrolüne göre ve derecesine göre olumlu ya da olumsuz olarak adlandırılabilirler (Eldoğan, 2012, s. 30-31).

Duygusal bir uyarana karşısında deneyimlenen duyguyla başa çıkma işlemlerinin tamamına duygu düzenleme denir. Bir başka deyişle bireyin, deneyimlediği duygu ve bunun ifade ediş şekline müdahale edebilmesidir (Koole, 2009, s. 4-41). Thompson'a göre duygu düzenleme; duygusal tepkileri gözleme, kontrol, değerlendirebilme ve değiştirme ile beraber istenen hedefe varmaya yardımcı tüm iç ve dış süreçleri kapsar. Bir başka araştırmacı ise duygu düzenlemeyi, duygusal yaşantıları ve tepkileri eksiltmek, çoğaltmak veya baskılamak için yapılan istemli veya istemsiz tüm davranış beceri ve stratejiler olarak tanımlar. Duygu düzenleme deneyimlenen duygunun değerlendirilmesi ile başlar ve bunun sonucunda verilecek olan

davranışsal reaksiyonun düzenlenmesi ile tamamlanır (Şatıroğlu, 2017, s. 6). Duygu düzenleme, duygusal tepkileri yükseltmek, hafifletmek ya da sürdürmek için olan süreçleri içerir. Duyguları düzenleme kapasitesi zihinsel sağlığın merkezi olarak tanımlanmıştır; kişinin çalışma kapasitesini, başkalarıyla ilişkilerini ve zevkini belirlemektedir (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman ve Sinha., 2012, s. 2).

Duygu düzenlemenin gerçekleşmesinde fizyolojik, kişiler arası ilişkiler, davranış ve tüm bilişsel süreçler devrededir (Şatıroğlu, 2017, s. 6). Duygu düzenleme becerisine dair değişik açıklamalar mevcuttur. Gelişimsel araştırmalar anne ve babanın kilit rol oynadığını söylerken fizyolojik araştırmalar vücut fonksiyonlarının önemli olduğunu belirtir. Bilimsel araştırmalarda belli uyaranlara yöneltilen dikkatin ve bilginin kişi tarafından değerlendirilmesindeki önemini vurgular (Eldoğan, 2012, s. 31). Baş etme, kişilerin kaynaklarını aşan ve duygulara yönelen ya da yönelmeyen iç ve dış isteklerine karşı geliştirilen davranışsal ve bilişsel tepkiler olarak tanımlanır. Duygu düzenleme stratejileri, baş etme ile ilgili olmasına rağmen etkileme, deneyim ve duygu idaresini etkilemeye yönelik stratejilerdir. Duygu düzenleme tipik olarak baş etme, duygu dışı vurumlarını idare etme, olumlu duyguları geliştirme ile ilgili süreçler olarak tanımlanamaz. Uyumlu duygu düzenleme bireyin stresli durumlarda etkili baş etme stratejileri kullanma yeteneği olarak tanımlanır. Etkili baş etme madde kullanımı davranışları ve duygusal stresine karşı bir tampon görevi görür (Wonga ve diğerleri, 2014, s. 3).

Uygun bir duygu düzenleme stratejisi iyilik hâlini arttırırken uygun olmayansa azalmış iyilik hâline neden olabilir. Bu durum somatik rahatsızlıklara yol açabilir. Bu açıdan bakıldığında duygu düzenleme durumunun uyum sağlayıcı özelliğinden bahsetmek mümkündür. Özetlemek gerekirse duygu düzenleme günlük yaşamın getirdiği durumlara uyum sağlama ve sağlıklı kalma ile bağlantılıdır (Şatıroğlu, 2017, s. 31). Duygular, uyarana uyumlu olacak şekilde

düzenlenemediğinde duygu düzenleme güçlüğü oluşur. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan birey, duygulara dair farkındalığa sahip değildir. Duygularının anlaşılması ve kabul edilmemesi sorununu yaşar. Olumsuz duygular deneyimlerken dürtü kontrolünde ve odaklı davranışlara yönelmede sorun deneyimler. Aynı zamanda uyum sağlayıcı duygu düzenleme stratejilerini oluşturmada güçlük yaşar. Bir birey duygularını fark etmede sorun yaşıyorsa, duygularını anlayamıyorsa, kabul edemiyorsa, duruma uygun duygusal stratejiler kullanamıyorsa, olumsuz duygu deneyimlerken dürtülerine engel olamıyorsa ve olumsuz durumlarda hedefe yönelik tepki veremiyorsa bu bireyde duygu düzenleme güçlüğünden bahsedilebilir (Gratz ve Roemer, 2004, s. 41-54).

Gelişim araştırmacıları, duygu düzenlemesini, kişinin hedeflerine ulaşmak için duygusal tepkileri izleme, değerlendirme ve modüle etmede yer alan içsel ve dışsal süreçler olarak tanımlamıştır. Bu tanımdan yola çıkarak bazı araştırmacılar; yetişkinlikte duygu düzenlemesinin, duyguların farkındalığı, anlayışı ve kabulünü içeren çok boyutlu bir yapı olarak bütüncül bir kavramsallaştırmayı önermişlerdir: dürtüsel davranışları kontrol etme ve olumsuz duyguları yaşarken hedefe yönelik davranışlarda bulunma becerisi; duyguları tamamen ortadan kaldırmak yerine duygusal tepkilerin yoğunluğunu ve süresini modüle etmek için durumsal olarak uygun stratejilerin esnek kullanımı. Tersine, bu alanların herhangi birindeki eksiklikler, duygu düzensizliğinin göstergesidir. Önemli bir araştırma birimi, duygu bozukluğunun çeşitli psikopatoloji ve uyumsuz davranış biçimlerindeki rolüne destek sağlamaktadır (Weiss, Sullivan ve Tull, 2016, s. 2).

Duygu düzenleme güçlüğü; zorlukları, duygulanımlara yanıt vermeme (şiddet/tepkileri ne olursa olsun), duygusal tepkileri olan davranışları kontrol etme güçlükleri ve duyguların bilgi olarak işlevsel kullanımındaki eksiklikler de dâhil olmak üzere duygulanımlara cevap vermenin

uyumsuz yollarını kapsamaktadır. Geçtiğimiz on yıl içinde, psikopatolojide duygu düzenleme güçlüklerinin rolü üzerine yapılan araştırmalar hızla ilerleyerek bu yapının klinik açıdan bağlantılarını desteklemektedir. Spesifik olarak, duygu düzenleme zorluklarının, madde kullanımı, intihar eğilimi, saldırgan davranış ve düzensiz yeme davranışı gibi çeşitli uyumsuz davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Tull, Weiss, Adams ve Gratz, 2013, s. 2).

Duygu düzenleme güçlüğu, yetersiz duygusal tepki düzenlemeleri, uyarana karşı gereğinden yüksek duygusal reaksiyon ve uzun zaman devam eden şiddetli tepkilerin birleşiminden oluşur (Erdoğan, 2014, s. 36) ve aşağıdaki bileşenleri içeren çok yönlü bir yapıdır:

- (a) Duygularının farkında olmaması, anlaşılması ve kabul edilmemesi.
- (b) Duygusal sıkıntı yaşarken davranışları kontrol edememe.
- (c) Duygusal deneyimlerin süresinin ve/veya yoğunluğunun modüle edilmesi için adaptif stratejilere erişim eksikliği.
- (d) Yaşamdaki anlamlı faaliyetleri sürdürmenin bir parçası olarak duygusal sıkıntı yaşamaya isteksizlik (Weiss, Tull, Viana, Anestis ve Gratz., 2013, s. 2).

Güncel araştırmalar, prefrontal korteksin akıl yürütmede yer almakla beraber, prefrontal korteksin inhibisyonunun duygu kontrolünü bozduğunu bulmuştur. Bu sorunun akıl yürütme yeteneğinin duygu düzenleme yeterliliğini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Prefrontal korteks de sıkıntıya yanıt olarak hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki (stres regülasyonunun anahtar bileşeni) aktivitesi ile ilişkilendirilmiştir. Kendini iyileştirme teorisi (Khantzian, 1985) bireylerin, istenen bir i uyarım durumunu elde etmek için beyni HPA eksen aktivitesini değiştirecek maddeleri almasına neden olmaktadır. Literatür, artmış HPA

aktivitesinin, hiperaktivite/dürtüsellik ve duygusal problemlerle anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ve en şiddetli davranış problemleri olan çocukların en yüksek kortizol düzensizlik düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir (Schreiber, Grant ve Odlaug, 2013, s. 7).

1.4.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Duygu düzenleyememenin, aşırı kısıtlı duygusal ifade ve kaçınma veya aşırı duygusallık ve çok sayıda psikopatoloji türünde belirgin olan heyecan arayışının aşırı uçlarında mevcut olduğuna inanılmaktadır. Saldırganlık, madde kullanım bozukluğu, düzensiz yeme, kendine zarar verme ve intihar eğilimi gibi dışlanmış davranışlar; öfke, panik, öz eleştiri, sosyal engelleme, kişiler arası izolasyon, konsantrasyon güçlükleri ve dikkat sorunları, duygu yönetiminin içsel başarısızlıklarını yansıtmakla birlikte; bu bireyler duygu düzenleme güçlüğü ile bağlantılı olarak ezici veya tahammül edemedikleri duygularından kaçma çabaları gösterilebilirler. Duygu düzenleme güçlüğü ruhsal sorunlarla birlikte sıklıkla görülmektedir (Bradley ve diğerleri, 2015, s. 9). Araştırma sonuçları, duygu düzenleyememenin, olumsuz etkilere indirgenemeyen psikiyatrik sıkıntı ile ilişkili farklı ve klinik olarak anlamlı bir yapı olarak kavramsallaştırılmasını desteklemektedir. Duygu düzenleyememe, bir dizi psikiyatrik semptom ve bozuklukta anahtar bir bileşendir ve psikofarmakolojik ve psikososyal tedavi müdahaleleri için temel bir hedefdir (Bradley ve diğerleri, 2015, s. 2).

Duygu düzenleme güçlüğü; bireylerin hayat kalitelerini düşürdüğü, kişiler arası ilişkilerini, sağlıklı çalışabilme ve üretebilmelerini engelleyebildiği için önemli bir problem olmakla beraber yapılan çalışmalara göre alkol ve madde kullanımı ile de ilişkili olabilmektedir (Eldoğan, 2012, s. 33). Yüksek düzeyde olumsuz duygu hâllerinin madde kullanım bozuklukları için risk teşkil ettiğine dair kanıtlar vardır. Sıklıkla yoğun olumsuz duygular yaşayan bireyler için

madde kullanımı, bu istenmeyen duygu durumlarını düzenlemeye, kaçmaya veya bunlardan kaçınmaya yönelik bir girişim olabilir. Araştırmalar, olumsuz duyguların dürtüsel eylemi desteklediğini, kontrolün kesintiye uğradığını ve davranış kararlarını ön yargıyla yönlendirdiğini göstermektedir. Alkol veya ilaçların uyarıcı etkilerine karşı savunmasız bireylerde, olumsuz etkilenmeyle bu düzensizlik madde kullanımı yoluyla ödül arayışına yol açabilir (Allen ve Gabbay, 2014, s. 2). Bireyin duyguları düzenlemek için madde kullanması, uzun vadede duygu düzenleyememe durumunu daha da şiddetlendirecek ve kaçınmacı düzenleme stratejisi olarak madde kullanımı için motivasyonunu artıracaktır (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 3).

Yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu sorunu olan bireylerin olumsuz duygularını yönetmekte güçlük çektikleri, bu duygulardan kaçınma davranışına girdikleri ve duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları için madde kullanımına yöneldikleri gözlemlenmiştir. (Baker, Piper, Majeskie ve Fiore, 2004, s. 33). Madde kullanım bozukluğunun, çeşitli mekanizmalarla bilişi etkileyen duygu düzenleyememe ile ilişkili olduğu açıktır. Bu düzenleyememe, maddeye bağlı uyaranlara artan ödül duyarlılığı, doğal ödül uyaranlarına karşı hassasiyetin azalması ve tehditlere tepki veren beynin stres sistemlerinin duyarlılığının artması şeklindedir. Bu gibi rahatsızlıklar, doğal ödüller pahasına güçlü ödüllendirici ve/veya anksiyolitik etkilere sahip ilaçlara yönelik dikkatle işleme yapılmasının, klinik sonuç üzerinde büyük negatif etkilerle sonuçlanmasına yol açmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ayrıca bir dizi mekanizma yoluyla dürtüsel eylemlere ve karar alma sürecine neden olabilir (Murphy ve diğerleri, 2012, s. 17).

Kişilerin stresle baş etmeye çalışırken duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını organize etme, entegre etme ve idare etme becerisindeki eksikliklerin, ergen ve genç yetişkinlerin madde kullanımına başlama ve artırmayla alakalı olduğu görülmektedir. Diğer yandan,

görülmüştür ki proaktif davranış ya da görev bilinciyle yapılan baş etme (örneğin problem çözme tekniklerinin kullanımı) ergenler ve genç yetişkinler arasında madde kullanımını ve maddeye başlamayı geriletmektedir. Araştırmacılara göre davranışsal baş etmenin (örneğin problemi çözmek için bir şey yapmak) zaman içinde ergenlerin maddeye başlama ve madde kullanımının azalması üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu düşünmektedir. Bunun yanında, önlemeci ve öfkeli baş etme ise madde kullanımına başlama ve artırma ile ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde, düşük duygusal kısıtlama ise ortaokul çağındaki erkek çocuklardan oluşturulan bir örnekleme maddeye başlama ile ilişkilendirilmektedir (Wonga ve diğerleri, 2014, s. 3).

1.4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Dürtüsellik İlişkisi

Dürtüsel davranışlar ve duygusal durum arasındaki ilişki daha önce yapılmış nörobilimsel araştırmalar tarafından da desteklenmektedir. Prefrontal korteks ve amigdala duygusal yönetim/düzenleme, dürtüsel davranışlar, karar alma, risk alma, motor kontrol ve akıl/mantık yürütme işlevlerinde anahtar rol oynamaktadır (Schreiber ve diğerleri, 2013, s. 2). Özellikle duygu düzenleme güçlüğü ve değiştirilmiş ödül duyarlılığı, dürtüsel davranışa neden olup kötü karar vermeyi destekleyebilir. Bu eğilimlerin her ikisi de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin “gerçek dünya” davranışlarında görülebilir ancak aynı zamanda laboratuvar temelli paradigmlar kullanılarak da incelenebilir (Murphy ve diğerleri, 2012, s. 11).

Duygu düzenleme, bireylerin arzu edilen sonuca ulaşmak için duygularını (ya da kasıtlı olarak) değiştirdiği mekanizma olarak tanımlanabilir. Geçmişte yapılan çalışmalar, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin, psikopatolojinin gelişiminde ve sürdürülmesinde, muhtemelen duygusal sıkıntı dönemlerinde kendi kendini düzenleme hedefleriyle çelişen bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu çatışma, bireyin sigara içmesi ya da dürtüsel davranması gibi acil bir zevk ve rahatlama arayışına girerek duygusal sıkıntısını azaltmasına yönelik dikkatini, uzun vadeli öz-

düzenleme hedefinden uzaklaştırmasına neden olabilir. Çok boyutlu bir kavram olan dürtüsellik, genellikle olumsuz sonuçlara neden olan uyaranlara önceden yanıt vermeden davranışlarda bulunmak olarak tanımlanmıştır (Schreiber ve diğerleri, 2013, s. 1).

Duygu düzenleme güçlüğü; dürtüsellik, takıntılar ve zorlamalar, zarardan kaçınma ve duygudaşlık ile olumlu bir ilişki içindeyken ödül bağımlılığı ile olumsuz bir ilişki içindedir. Bu çalışmalar duygu düzenleme zorluklarının dürtüsellik üzerindeki rolünün altını çizmekte ve duygu düzenleme güçlüğüne, psikopatoloji gelişimindeki potansiyel risk faktörlerini incelerken önemli bir değerlendirme aracı olabileceğini belirtmektedir (Schreiber ve diğerleri, 2013, s. 7). Artmakta olan araştırmalar da aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğüne çeşitli dürtüsel davranışlardaki rolünü desteklemektedir. Örneğin, bazı araştırmalarda dürtüsel davranışın, yüksek düzeyde uyarılma ile karakterize edilen olumsuz duygudurum deneyimlerinin ardından ortaya çıkmasının daha muhtemel olduğu bulunmuştur (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 2). Ortaya çıkan bulgular, duygu düzenleme güçlüğüne çeşitli özel dürtüsel davranışların altında yatan bir mekanizma olduğunu ileri süren önceki araştırmalarla tutarlıdır. Dürtüsel davranışların, duygulara reaksiyon verme ya da duygusal gerilim altında öngörmeden ve sonuçları göze almaksızın gösterilen davranışların kontrolündeki uyumsuz yollarla olan bağlantısının güçlü olduğunu gösteren sonuçlar mevcuttur (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 7).

2. YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma; 18 yaşından büyük olacak şekilde, DSM V kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış, yatarak tedavi edilen hastalar ile; madde kullanım bozukluğu, dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi için hazırlanmış kontrol grubuyla karşılaştırmalı kesitsel bir çalışmadır. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünden etik kurul onayı ve Balıklı Rum Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınarak araştırmaya katılan sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü bireylerin bilgilendirme onam formu alınmıştır.

Araştırma, Aralık 2017-Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Bağımlılık Kliniklerinde, aşağıdaki araştırma kriterlerine uyan 62 hasta ile yapılmıştır. Karşılaştırma amacıyla da yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşleşen 62 sağlıklı gönüllü birey de kontrol grubu olarak alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18 yaşını doldurmuş olmak
2. DSM V'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
3. Yatışına karar verilmiş olmak
3. Okur-yazar olmak
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onam formunu imzalamış olmak

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

1. 18 yaş altı olmak

2. Zekâ geriliğinin olması
3. Sadece alkol kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi görmek
4. Psikotik bozukluğun olması

2.2 Araştırmada Kullanılan Araçlar

Bu araştırmanın verileri, yüz yüze uygulanan öz bildirim esasına dayalı ölçekler kullanılarak elde edilmiştir. Sosyodemografik verileri belirlemek için Sosyodemografik Bilgi Formu, dürtüsellik değerlendirmek için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, duygu düzenleme güçlüğünü değerlendirmek için de Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu çalışma için veri toplamada hasta ve kontrol gruplarının psikososyal durumları hakkında bilgi toplamak amacıyla Ek 3'teki Sosyodemografik Bilgi formu kullanılmıştır. Bu form kullanılarak olguların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim durumları, madde kullanımı, kullanılan maddeler, madde kullanım süresi vb. bilgiler öz bildirim dayalı olarak alınmıştır.

2.2.2 Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Öz bildirim dayalı pek çok farklı ölçek bulunmasına rağmen, Barratt Dürtüsellik Ölçeği en yaygın kullanılan ölçektir. BIS-11'in yaygın kullanımı, literatürde bildirilen 11'inci revizyonun 500'den fazla alıntısına yansıtılmıştır. BIS-11 birçok nöropsikiyatrik popülasyonda ve çok sayıda araştırmada kullanılmıştır. BIS-11, dürtüsellik nöropsikolojik ölçümleri ile pozitif korelasyon göstermiştir. Barratt dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11), 30 maddelik öz bildirim dayalı bir ölçektir. 4'lü likert cevap sistemi kullanır (Reid, Cyders, Moghaddama ve Fong, 2014,

s. 1640-1642). Kendi içinde üç alt ölçeği mevcuttur; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (Paltacı, 2014, s. 31).

2.2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilmiş, 36 maddelik psikometrik geçerliliği olan duygu düzenleme güçlüğü için öz bildirim ölçütüdür. Duygu regülasyonunun farklı yönlerini ölçen altı alt ölçeği içerir: (1) kabul etmeme (duyguların kabul edilmemesi), (2) amaç (olumsuz duyguların varlığında hedefe yönelik davranışlarda zorluk çekme), (3) dürtü (olumsuz duyguların varlığında dürtüleri kontrol etmede zorluk), (4) farkında olma (duyguların farkında olmaması), (5) strateji (etkili duygu düzenleme stratejilerinin sınırlı kullanımı) ve (6) açıklık (duyguların anlaşılmaması) (Powersa ve diğerleri, 2017, s. 4).

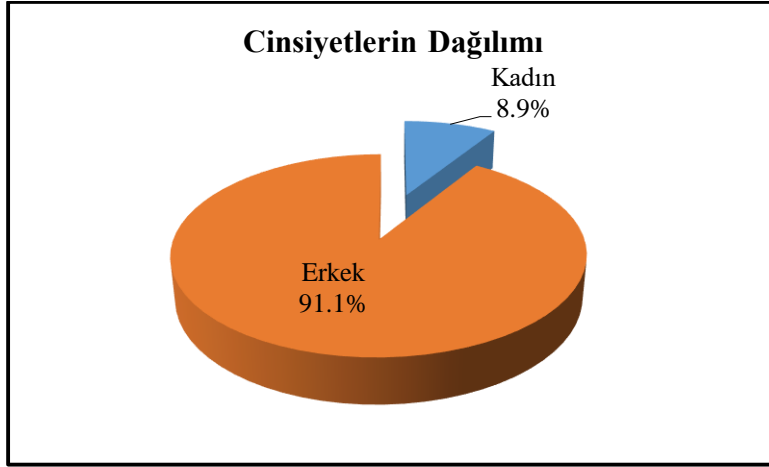
Duygu düzenleme güçlüklerinin bir öz bildirim ölçeğiyle ölçülmesi ek bir sınırlama getirmektedir zira verilen yanıtlar, bireyin duygusal tepkilerini doğru bir şekilde bildirme isteği ve/veya isteksizliğinden etkilenebilir. Bununla birlikte bu çalışmada kullanılan duygu düzenleme güçlüğü ölçeği, duygu düzenlemenin davranışsal ölçütleri ve duygusal sıkıntıyı deneyimleme isteğiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu belirtmek önemlidir (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 8). Bulgular; katılımcıların öz bildirimine dayanan duygu düzenleme güçlüğü ölçümünün, beklendiği üzere, travma sonrası stres, madde kötüye kullanımı sorunları, depresyon, intihar öyküsü gibi bir dizi psikopatoloji kriterleriyle tutarlı ve bağlantılı olduğunu göstermektedir. Duygu düzenleme

güçlüğü, geniş bir yelpazedeki sıkıntılı psikolojik belirtiler ve uyumsuz davranışlarla ilişkili olarak anlamlı bir artış göstermektedir (Bradley ve diğerleri, 2015, s. 7).

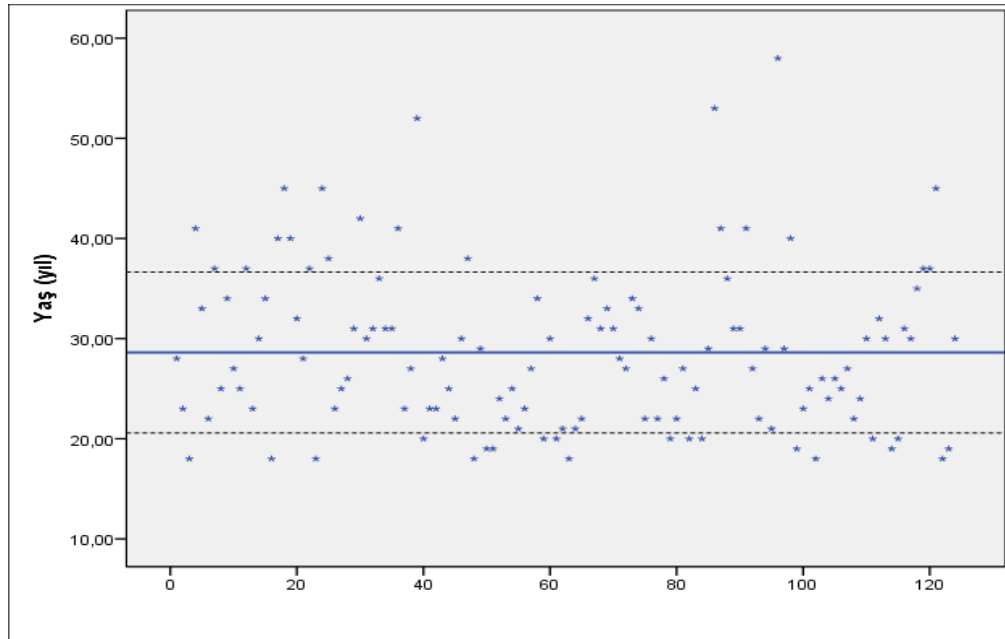
DERS iyi bir test-tekrar test güvenilirliğine sahip olup duygu düzenleme nesnel ölçütleriyle önemli ölçüde ilişkilidir (Gratz, Dixon-Gordon, Chapman, & Tull, 2017, s. 7). Özgün çalışmada ölçeğin iç güvenilirlik puanı, duygu düzenleme puanındaki toplam güçlükler için 0,93 olarak bulunmuştur (Gratz ve Roemer, 2004). Ölçek Rugancı (2008) tarafından Türkçeye ve Türkçe sürümüne uyarlanmıştır. Güvenilirlik toplam puan için 0,94 olarak bulunmuştur (Rugancı & Gençöz, 2010, s. 442-455).

3. BULGULAR

Çalışma Aralık 2017-Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul Balıklı Rum Hastanesinde yatarak tedavi gören 62 hasta, 62 psikolojik olarak sağlıklı kontrol grubu olacak şekilde %8,9'u (n=11) kadın, %91,1'i (n=113) erkek toplam 124 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 18 ile 58 arasında değişmekte olup ortalama $28,62 \pm 8,03$ yıldır.



Şekil 1. Cinsiyet Dağılımı



Şekil 2. Olguların Genel Yaş Dağılımı

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımları

		Hasta (n=62)	Kontrol (n=62)	<i>p</i>
Yaş (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	28,84±7,94	28,39±8,19	^a 0,665
	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-52 (27,5)	18-58 (27)	
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	6 (9,7)	5(8,1)	^b 0,752
	Erkek	56 (90,3)	57(91,9)	
Eğitim Durumu	Okur Yazar	2 (3,2)	2 (3,2)	^c 0,373
	İlkokul	11 (17,7)	7 (11,3)	
	Ortaokul	15 (24,2)	11 (17,7)	
	Lise	25 (40,3)	29 (46,8)	
	Üniversite	7 (11,3)	13 (21,0)	
	Yüksek Lisans/ Doktora	2 (3,2)	0 (0,0)	
Medeni Durum	Bekâr	40 (64,5)	40 (64,5)	^c 0,229
	Evli	17 (27,4)	21 (33,9)	
	Dul	5 (8,1)	1 (1,6)	
Gelir Durumu	Alt / Yetersiz	9 (14,5)	6 (9,7)	^b 0,003
	Orta Alt	20 (32,3)	38 (61,3)	
	Orta Üst	24 (38,7)	17 (27,4)	
	Yüksek	9 (14,5)	1 (1,6)	
Meslek	Öğrenci	9 (14,5)	13 (21)	^c 0,001
	Memur	1 (1,6)	8 (12,9)	
	İşçi	20 (32,3)	33 (53,2)	
	Ev Hanımı	1 (1,6)	0 (0)	
	Emekli	0 (0)	1 (1,6)	
	Serbest	31 (50,0)	7 (11,3)	
Sağlık Güvencesi	Yok	13 (21,0)	16 (25,8)	^c 0,178
	SGK	41 (66,1)	44 (71)	
	Özel	4 (6,5)	2 (3,2)	
	Diğer	4 (6,5)	0 (0,0)	

^aMann Whitney U Test
Halton Test

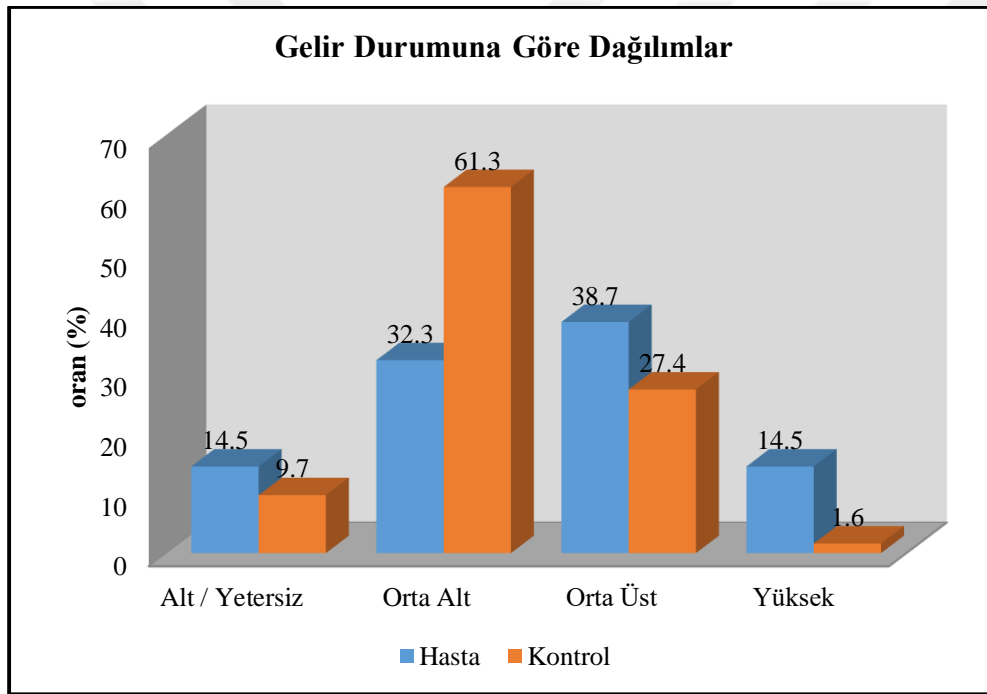
^bPearson-Chi Square Test

^cFisher Freeman

Gruplara göre olguların yaş ve cinsiyet dağılımları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

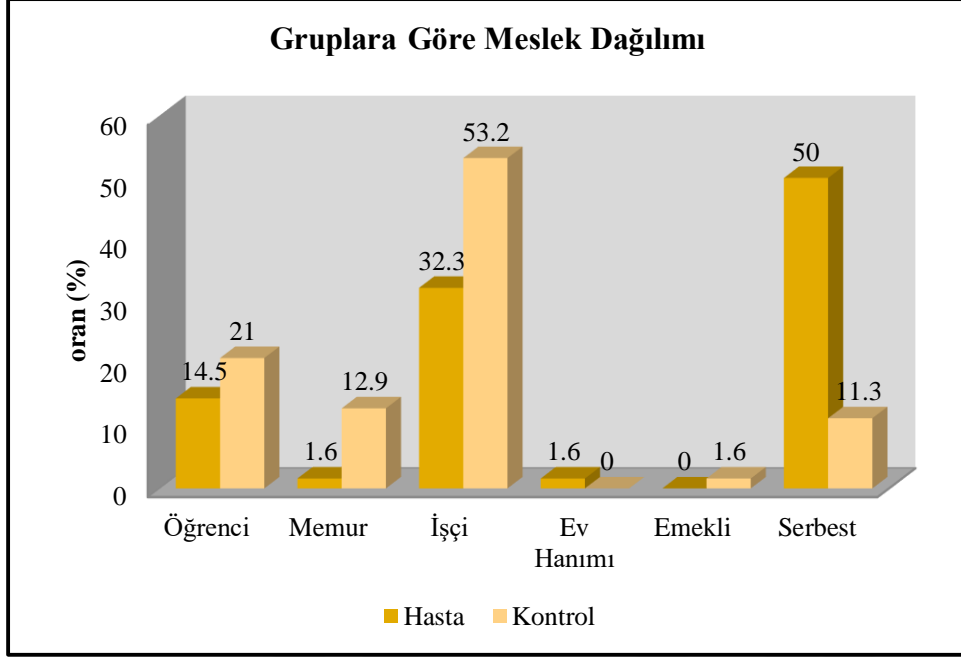
Gruplara göre olguların eğitim durumu, medeni durum ve sağlık güvencesi dağılımları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Gruplara göre olguların gelir durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kontrol grubu olguların gelir durumunun orta alt olması oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, hasta grubu olguların gelir durumunun yüksek olması anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.



Şekil 3. Gruplara Göre Gelir Dağılımı

Gruplara göre olguların meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubu olguların mesleğinin serbest meslek olması oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, kontrol grubu olguların mesleklerinin memur ve işçi olması oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.



Şekil 4. Gruplara Göre Meslek Dağılımları

Tablo 2. Demografik Özelliklerin Karşılaştırmaları

		Hasta (n=62)	Kontrol (n=62)	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	
Yaşanılan Yer	Şehir Merkezi	51 (82,3)	48 (77,4)	^c 0,609
	İlçe Merkezi	9 (14,5)	13 (21,0)	
	Köy, Kasaba	2 (3,2)	1 (1,6)	
Göç Durumu	İç Göç	15 (24,2)	11 (17,7)	^c 0,285
	Dış Göç	2 (3,2)	6 (9,7)	
	Yok	45 (72,6)	45 (72,6)	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	10 (16,1)	7 (11,3)	^b 0,653
	Anne Baba	30 (48,4)	28 (45,2)	
	Eş ve Çocuklar	16 (25,8)	17 (27,4)	
	Arkadaş	6 (9,7)	10 (16,1)	
Ebeveyn Hayatta Olma Durumu	Evet	47 (75,8)	45 (72,6)	^c 0,562
	Hayır	2 (3,2)	6 (9,7)	
	Yalnızca Anne Sağ	10 (16,1)	9 (14,5)	
	Yalnızca Baba Sağ	3 (4,8)	2 (3,2)	
Ebeveynlerin Birliktelik Durumu (n=92)	Evet	38 (80,9)	40 (88,9)	^b 0,283
	Hayır	9 (19,1)	5 (11,1)	

^bPearson-Chi Square Test^cFisher Freeman Halton Test

Çalışmaya katılan olguların yaşadıkları yer, göç durumları, kiminle yaşadıkları, ebeveynlerinin hayatta olma durumu ve hayatta olan ebeveynlerinin birlikte olma durumları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 3. Gruplara Göre Madde Kullanımına İlişkin Değerlendirmeler

		Hasta	Kontrol
Madde Kullanma Süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	8,03±5,62	2,7±3,79
	<i>Min-Mak</i>	1-27 (6)	0,003-20 (2)
	<i>(Medyan)</i>		
Kullanıma başlama yaşı	<i>Ort±Ss</i>	20,18±6,05	18,25±3,06
	<i>Min-Mak</i>	12-40 (18)	14-24 (17,5)
	<i>(Medyan)</i>		
		n (%)	n (%)
Psikiyatrik Hastalık	Var	17 (27,4)	0 (0)
	Yok	45 (72,6)	62 (100,0)
Keyif Verici Madde Kullanımı	Var	62 (100,0)	6 (9,7)
	Yok	0 (0,0)	56 (90,3)

Hasta grubu olguların (n=62) madde kullanma süreleri 1 ile 27 yıl arasında değişmekte olup ortalama 8,03±5,62 yıl olarak saptanırken, kontrol grubu olguların (n=28) madde kullanma süreleri 1 gün ile 20 yıl arasında değişmekte olup ortalama 2,70±3,79 yıl olarak saptanmıştır.

Hasta grubu olguların (n=62) madde kullanmaya başlama yaşı 12 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama 20,18±6,05 olarak saptanırken, kontrol grubu olguların (n=8) madde kullanmaya başlama yaşı 14 ile 24 arasında değişmekte olup ortalama 18,25±3,06 olarak saptanmıştır.

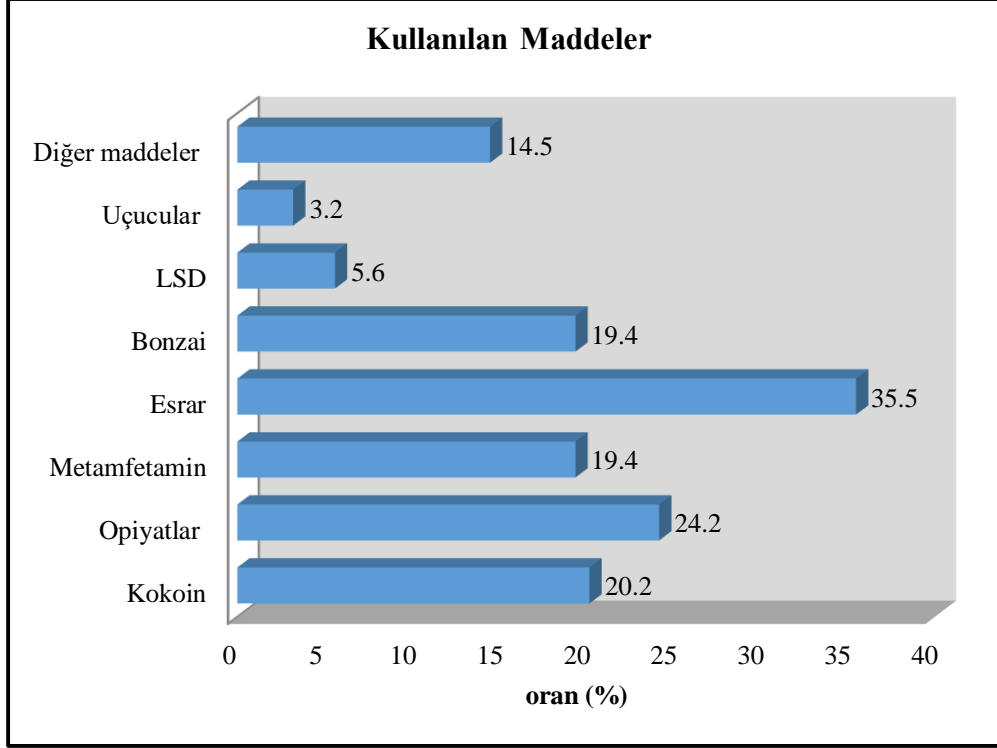
Hasta grubu olguların %27,4'ünde (n=17) psikiyatrik hastalık varlığı gözlenirken, kontrol grubu olgularda psikiyatrik hastalık varlığı gözlenmemiştir.

Hasta grubu olguların %100'ünde (n=62) keyif verici madde kullanımı gözlenirken, kontrol grubu olguların %9,7'sinde (n=6) keyif verici madde kullanımı varlığı gözlenmiştir.

Tablo 4. Hasta Grubunda Kullanılan Maddelerin Dağılımı

Hasta (n=62)	N	%
Kokain	25	20,2
Opiyatlar	30	24,2
Metamfetamin	24	19,4
Esrar	44	35,5
Bonzai	24	19,4
LSD	7	5,6
Uçucular	4	3,2
Diğer maddeler	18	14,5
Diğer Kullanım Türleri	N	%
Fil Damlası	1	0,8
Flokko	1	0,8
Hap	3	2,4
Isc	1	0,8
Jamaika	2	1,6
Kenevir	1	0,8
Ketamin,Mama	1	0,8
Line	1	0,8
Mantar	3	2,4
Ritalin	1	0,8
Scanc	1	0,8
Tamaki	1	0,8
The	1	0,8

Kullanılan keyif verici maddeler incelendiğinde; %20,2(n=25) kokain, %24,2 (n=30) opiyatları, %19,4 (n=24) metamfetamin, %35,5 (n=44) esrar, %19,4 (n=24) bonzai; %5,6 (n=7) LSD, %3,2 (n=4) uçucular ve %14,5'inin diğer maddeleri kullandığı görülmektedir.



Şekil 5. Hasta Grupta Kullanılan Keyif Verici Maddelerin Dağılımları

Tablo 5. Hasta Grubunda BIS-11'e Verilen Cevapların Dağılımı

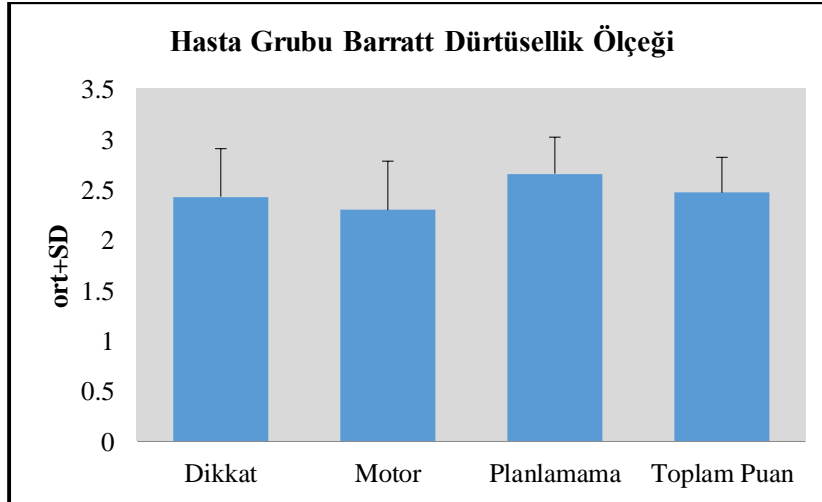
Hasta Grubu	Nadiren/ Hiçbir Zaman		Bazen		Sıklıkla		Hemen Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1.İşlerimi dikkatle yaparım	15	24,2	19	30,6	13	21,0	15	24,2
2.Düşünmeden iş yaparım	14	22,6	26	41,9	11	17,7	11	17,7
3.Hızla karar veririm	9	14,5	18	29,0	14	22,6	21	33,9
4.Hiçbir şeyi dert etmem	19	30,6	22	35,5	12	19,4	9	14,5
5.Dikkat etmem	20	32,3	21	33,9	12	19,4	9	14,5
6.Uçuşan düşüncelerim vardır	20	32,3	11	17,7	15	24,2	16	25,8
7.Seyahatlerimi çok önceden planlarım	32	51,6	13	21,0	9	14,5	8	12,9
8.Kendimi kontrol edebilirim	11	17,7	26	41,9	6	9,7	19	30,6
9.Kolayca konsantre olamam	12	19,4	28	45,2	12	19,4	10	16,1
10.Düzenli para biriktiririm	39	62,9	15	24,2	4	6,5	4	6,5
11.Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	13	21,0	17	27,4	14	22,6	18	29,0
12.Dikkatli düşünen birisiyimdir	9	14,5	22	35,5	14	22,6	17	27,4
13.İş Güvenliğine dikkat ederim	11	17,7	9	14,5	17	27,4	25	40,3
14.Düşünmeden bir şeyler söylerim	19	30,6	21	33,9	10	16,1	12	19,4
15.Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	17	27,4	18	29,0	10	16,1	17	27,4
16.Sık sık iş değiştiririm	28	45,2	17	27,4	6	9,7	11	17,7
17.Düşünmeden hareket ederim	20	32,3	21	33,9	9	14,5	12	19,4
18.Zor problemler çözerken kolayca sıkılırım	12	19,4	21	33,9	10	16,1	19	30,6
19.Aklıma estiği gibi hareket ederim	7	11,3	14	22,6	12	19,4	29	46,8
20.Düşünerek hareket ederim	14	22,6	24	38,7	12	19,4	12	19,4
21.Sıklıkla evimi değiştiririm	40	64,5	12	19,4	4	6,5	6	9,7
22.Düşünmeden alışveriş yaparım	20	32,3	17	27,4	7	11,3	18	29,0
23.Aynı anda sadece bir şey düşünebilirim	22	35,5	14	22,6	7	11,3	19	30,6
24.Hobilerimi değiştiririm	29	46,8	22	35,5	6	9,7	5	8,1
25.Kazandığımdan fazla harcarım	8	12,9	13	21,0	14	22,6	27	43,5
26.Düşünürken zihnimde konu ile ilgisiz düşünceler oluşur	10	16,1	18	29,0	17	27,4	17	27,4
27.Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	13	21,0	16	25,8	16	25,8	17	27,4
28.Derslerde veya sinemada rahat oturamam	19	30,6	21	33,9	9	14,5	13	21,0
29.Yap-boz / puzzle çözmeyi severim	26	41,9	14	22,6	7	11,3	15	24,2
30.Geleceğini düşünen biriyim	14	22,6	14	22,6	11	17,7	23	37,1

Hasta grubu olguların BIS-11 sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 6. Hasta Grubunda BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Hasta Grubu	Barratt Dürtüsellik Ölçeği			
	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Dikkat	14	1,21-3,57 (2,39)	2,43±0,48	0,675
Motor	7	1,57-3,57 (2,14)	2,30±0,48	0,267
Planlamama	9	1,89-3,56 (2,67)	2,66±0,36	0,055
Toplam Puan	30	1,6-3,4 (2,47)	2,47±0,35	0,764

Çalışmaya katılan hasta grubu olguların BIS-11 “Dikkat” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,21 ile 3,57 arasında değişmekte olup, ortalama $2,43 \pm 0,48$ iç tutarlılığı $\alpha=0,675$ olarak, “Motor” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,57 ile 3,57 arasında değişmekte olup, ortalama $2,30 \pm 0,48$ iç tutarlılığı $\alpha=0,267$ olarak, “Planlamama” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,89 ile 3,56 arasında değişmekte olup, ortalama $2,66 \pm 0,36$ iç tutarlılığı $\alpha=0,055$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 1,6 ile 3,4 arasında değişmekte olup, ortalama $2,47 \pm 0,35$ iç tutarlılığı $\alpha=0,764$ olarak saptanmıştır.



Şekil 6. Hasta Grubu BIS-11 Sonuçları

Tablo 7. Kontrol Grubunda BIS-11'e Verilen Cevapların Dağılımı

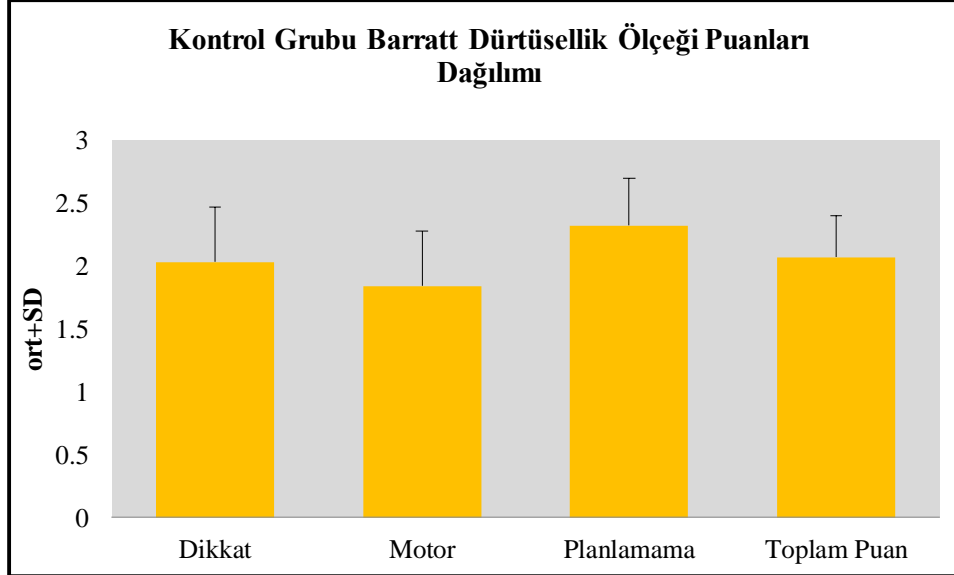
Kontrol grubu	Nadiren/ Zaman		Hiçbir		Bazen		Sıklıkla		Hemen Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. İşlerimi dikkatle yaparım	2	3,2	14	22,6	27	43,5	19	30,6		
2. Düşünmeden iş yaparım	22	35,5	28	45,2	10	16,1	2	3,2		
3. Hızla karar veririm	9	14,5	27	43,5	19	30,6	7	11,3		
4. Hiçbir şeyi dert etmem	18	29,0	25	40,3	14	22,6	5	8,1		
5. Dikkat etmem	28	45,2	26	41,9	5	8,1	3	4,8		
6. Uçuşan düşüncelerim vardır	22	35,5	23	37,1	13	21,0	4	6,5		
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	17	27,4	16	25,8	16	25,8	13	21,0		
8. Kendimi kontrol edebilirim	7	11,3	14	22,6	23	37,1	18	29,0		
9. Kolayca konsantre olamam	18	29,0	28	45,2	10	16,1	6	9,7		
10. Düzenli para biriktiririm	26	41,9	15	24,2	9	14,5	12	19,4		
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	24	38,7	19	30,6	7	11,3	12	19,4		
12. Dikkatli düşünen birisiyimdir	4	6,5	18	29,0	20	32,3	20	32,3		
13. İş güvenliğine dikkat ederim	9	14,5	7	11,3	22	35,5	24	38,7		
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	23	37,1	29	46,8	3	4,8	7	11,3		
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	11	17,7	22	35,5	13	21,0	16	25,8		
16. Sık sık iş değiştiririm	47	75,8	9	14,5	3	4,8	3	4,8		
17. Düşünmeden hareket ederim	28	45,2	29	46,8	4	6,5	1	1,6		
18. Zor problemler çözerken kolayca sıkılırım	12	19,4	43	69,4	2	3,2	5	8,1		
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	20	32,3	31	50,0	7	11,3	4	6,5		
20. Düşünerek hareket ederim	9	14,5	14	22,6	23	37,1	16	25,8		
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	44	71,0	12	19,4	3	4,8	3	4,8		
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	32	51,6	22	35,5	6	9,7	2	3,2		
23. Aynı anda sadece bir şey düşünebilirim	23	37,1	26	41,9	10	16,1	3	4,8		
24. Hobilerimi değiştiririm	25	40,3	28	45,2	6	9,7	3	4,8		
25. Kazandığımdan fazla harcarım	26	41,9	21	33,9	10	16,1	5	8,1		
26. Düşünürken zihnimde konu ile ilgisiz düşünceler oluşur	15	24,2	29	46,8	12	19,4	6	9,7		
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	12	19,4	27	43,5	16	25,8	7	11,3		
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam	32	51,6	21	33,9	8	12,9	1	1,6		
29. Yap-boz / puzzle çözmeyi severim	15	24,2	22	35,5	19	30,6	6	9,7		
30. Geleceğini düşünen biriyim	13	21,0	13	21,0	14	22,6	22	35,5		

Kontrol grubu olguların BIS-11 sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 8. Kontrol Grubunda BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Kontrol Grubu	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Dikkat	14	1,29-3 (2,07)	2,03±0,44	0,731
Motor	7	1-3,29 (1,86)	1,84±0,44	0,478
Planlamama	9	1,56-3,67 (2,33)	2,32±0,38	0,382
Toplam Puan	30	1,47-3,10 (2,03)	2,07±0,33	0,701

Çalışmaya katılan kontrol grubu olguların BIS-11 “Dikkat” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,29 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama $2,03 \pm 0,44$ iç tutarlılığı $\alpha=0,731$ olarak, “Motor” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,3 ile 3,29 arasında değişmekte olup, ortalama $1,84 \pm 0,44$ iç tutarlılığı $\alpha=0,478$ olarak, “Planlamama” alt boyutundan aldıkları puanlar 1,56 ile 3,67 arasında değişmekte olup, ortalama $2,32 \pm 0,38$ iç tutarlılığı $\alpha=0,382$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 1,47 ile 3,10 arasında değişmekte olup, ortalama $2,07 \pm 0,33$ iç tutarlılığı $\alpha=0,701$ olarak saptanmıştır.



Şekil 7. Kontrol Grubu BIS-11 Puanları Dağılımı

Tablo 9. Gruplara Göre BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hasta (n=62)	Kontrol (n=62)	<i>p</i>
Dikkat	<i>Ort±Ss</i>	2,43±0,48	2,03±0,44	<i>°0,001</i>
	<i>Min-Mak</i>	1,21-3,57 (2,39)	1,29-3 (2,07)	
	<i>(Medyan)</i>			
Motor	<i>Ort±Ss</i>	2,30±0,48	1,84±0,44	<i>°0,001</i>
	<i>Min-Mak</i>	1,57-3,57 (2,14)	1-3,29 (1,86)	
	<i>(Medyan)</i>			
Planlamama	<i>Ort±Ss</i>	2,66±0,36	2,32±0,38	<i>°0,001</i>
	<i>Min-Mak</i>	1,89-3,56 (2,67)	1,56-3,67	
	<i>(Medyan)</i>		(2,33)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	2,47±0,35	2,07±0,33	<i>°0,001</i>
	<i>Min-Mak</i>	1,6-3,4 (2,47)	1,47-3,1 (2,03)	
	<i>(Medyan)</i>			

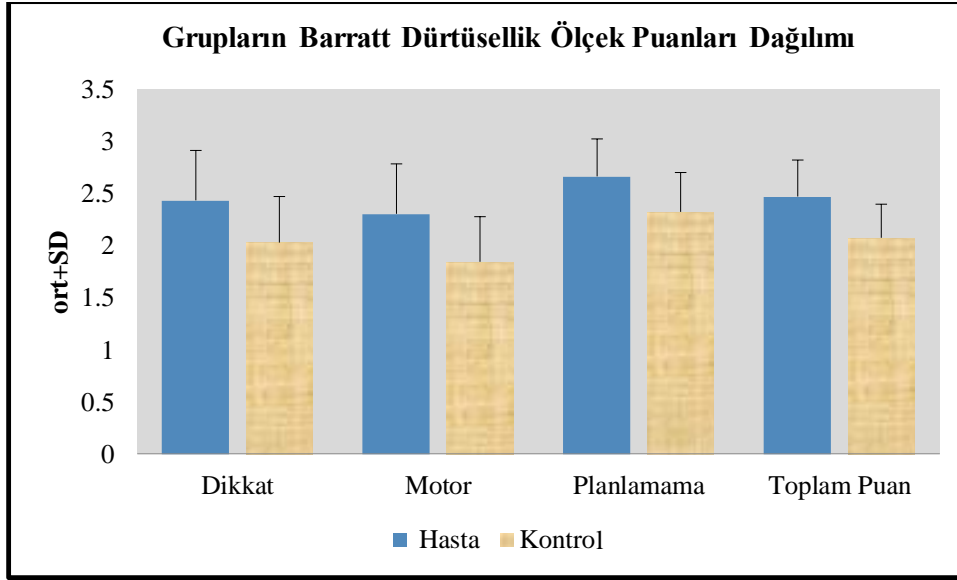
°Student-t Test

Hasta grubu olguların BIS-11 “Dikkat” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların BIS-11 “Motor” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların BIS-11 “Planlamama” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların BIS-11’den aldıkları puan toplamları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.



Şekil 8. Grupların BIS-11 Puanları Dağılımı

Tablo 10. Hasta Grubunda DDGÖ Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Nadiren/ Hiçbir zaman		Bazen		Yaklaşık Yarı Yarıya		Çoğu Zaman		Hemen Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir	11	17,7	14	22,6	10	16,1	11	17,7	16	25,8
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım	7	11,3	17	27,4	5	8,1	18	29,0	15	24,2
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir	10	16,1	23	37,1	5	8,1	13	21,0	11	17,7
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur	17	27,4	23	37,1	10	16,1	2	3,2	10	16,1
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	19	30,6	21	33,9	8	12,9	4	6,5	10	16,1
6. Ne hissettiğime dikkat ederim	9	14,5	15	24,2	8	12,9	13	21,0	17	27,4
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim	8	12,9	12	19,4	14	22,6	11	17,7	17	27,4
8. Ne hissettiğimi önemserim	10	16,1	11	17,7	5	8,1	14	22,6	22	35,5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım	16	25,8	28	45,2	8	12,9	3	4,8	7	11,3
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur	16	25,8	17	27,4	7	11,3	14	22,6	8	12,9
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım	11	17,7	13	21,0	4	6,5	17	27,4	17	27,4
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	28	45,2	10	16,1	5	8,1	6	9,7	13	21,0
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım	10	16,1	13	21,0	4	6,5	15	24,2	20	32,3
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım	8	12,9	22	35,5	3	4,8	10	16,1	19	30,6
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım	20	32,3	13	21,0	7	11,3	9	14,5	13	21,0
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım	17	27,4	21	33,9	6	9,7	5	8,1	13	21,0
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım	9	14,5	18	29,0	10	16,1	9	14,5	16	25,8
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım	6	9,7	15	24,2	8	12,9	17	27,4	16	25,8
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım	12	19,4	15	24,2	5	8,1	13	21,0	17	27,4
20. Kendimi kötü hissetsem de çalışmayı sürdürebilirim	16	25,8	12	19,4	6	9,7	5	8,1	23	37,1
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım	24	38,7	13	21,0	6	9,7	6	9,7	13	21,0
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim	9	14,5	8	12,9	11	17,7	6	9,7	28	45,2
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım	19	30,6	18	29,0	11	17,7	7	11,3	7	11,3
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır	11	17,7	20	32,3	5	8,1	12	19,4	14	22,6

25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım	19	30,6	12	19,4	13	21,0	9	14,5	9	14,5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım	8	12,9	21	33,9	8	12,9	8	12,9	17	27,4
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım	11	17,7	20	32,3	9	14,5	8	12,9	14	22,6
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım	18	29,0	21	33,9	9	14,5	3	4,8	11	17,7
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum	23	37,1	15	24,2	6	9,7	7	11,3	11	17,7
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım	18	29,0	17	27,4	8	12,9	7	11,3	12	19,4
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım	18	29,0	16	25,8	7	11,3	4	6,5	17	27,4
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim	9	14,5	21	33,9	11	17,7	9	14,5	12	19,4
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım	16	25,8	16	25,8	4	6,5	10	16,1	16	25,8
34. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım	12	19,4	20	32,3	9	14,5	10	16,1	11	17,7
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır	12	19,4	17	27,4	15	24,2	7	11,3	11	17,7
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur	14	22,6	13	21,0	5	8,1	11	17,7	19	30,6

Hasta grubu olguların DDGÖ sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 11. Hasta Grubunda DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Amaç	5	8-28 (15)	15,58±4,73	0,603
Strateji	8	8-40 (21)	21,58±7,45	0,768
Kabul Etmeme	6	6-30 (15)	15,79±6,26	0,785
Dürtü	6	6-30 (17)	18,00±5,77	0,744
Açıklık	5	5-19 (12)	11,92±3,30	0,581
Farkında Olma	5	7-24 (14)	14,18±4,57	0,627
Toplam Puan	36	53-145 (95)	97,92±22,35	0,874

Çalışmaya katılan hasta grubu olguların DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama $15,58 \pm 4,73$ iç tutarlılığı $\alpha=0,603$ olarak, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama $21,58 \pm 7,45$ iç tutarlılığı $\alpha=0,768$ olarak, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama $15,79 \pm 6,26$ iç tutarlılığı $\alpha=0,785$ olarak, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama $18,00 \pm 5,77$ iç tutarlılığı $\alpha=0,744$ olarak, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalama $11,92 \pm 3,30$ iç tutarlılığı $\alpha=0,581$ olarak, “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar 7 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama $14,18 \pm 4,57$ iç tutarlılığı $\alpha=0,627$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 53 ile 145 arasında değişmekte olup, ortalama $97,92 \pm 22,35$ iç tutarlılığı $\alpha=0,874$ olarak saptanmıştır.

Tablo 12. Kontrol Grubunda DDGÖ Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Nadiren/ Hiçbir zaman		Bazen		Yaklaşık Yarı Yarıya		Çoğu Zaman		Hemen Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir	3	4,8	7	11,3	2	3,2	40	64,5	10	16,1
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım	6	9,7	12	19,4	5	8,1	29	46,8	10	16,1
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir	25	40,3	29	46,8	4	6,5	3	4,8	1	1,6
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur	33	53,2	23	37,1	5	8,1	1	1,6	0	0,0
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	28	45,2	22	35,5	6	9,7	6	9,7	0	0,0
6. Ne hissettiğime dikkat ederim	4	6,5	11	17,7	9	14,5	23	37,1	15	24,2
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim	2	3,2	13	21,0	10	16,1	28	45,2	9	14,5
8. Ne hissettiğimi önemserim	5	8,1	10	16,1	8	12,9	26	41,9	13	21,0
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım	25	40,3	19	30,6	6	9,7	9	14,5	3	4,8
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur	16	25,8	18	29,0	9	14,5	13	21,0	6	9,7
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım	16	25,8	25	40,3	5	8,1	10	16,1	6	9,7
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	37	59,7	9	14,5	4	6,5	8	12,9	4	6,5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım	22	35,5	18	29,0	4	6,5	10	16,1	8	12,9
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım	30	48,4	18	29,0	2	3,2	6	9,7	6	9,7
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım	35	56,5	15	24,2	3	4,8	5	8,1	4	6,5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım	35	56,5	12	19,4	4	6,5	6	9,7	5	8,1
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım	13	21,0	18	29,0	12	19,4	14	22,6	5	8,1
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım	18	29,0	23	37,1	7	11,3	8	12,9	6	9,7
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım	32	51,6	20	32,3	5	8,1	3	4,8	2	3,2
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim	9	14,5	14	22,6	10	16,1	12	19,4	17	27,4
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım	40	64,5	12	19,4	5	8,1	3	4,8	2	3,2
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim	9	14,5	9	14,5	6	9,7	20	32,3	18	29,0
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım	36	58,1	15	24,2	5	8,1	3	4,8	3	4,8
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır	8	12,9	16	25,8	6	9,7	18	29,0	14	22,6

25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım	36	58,1	16	25,8	4	6,5	2	3,2	4	6,5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım	20	32,3	21	33,9	11	17,7	6	9,7	4	6,5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım	30	48,4	23	37,1	4	6,5	2	3,2	3	4,8
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım	38	61,3	16	25,8	6	9,7	2	3,2	0	0,0
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum	31	50,0	17	27,4	7	11,3	6	9,7	1	1,6
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım	31	50,0	21	33,9	5	8,1	5	8,1	0	0,0
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım	39	62,9	11	17,7	5	8,1	6	9,7	1	1,6
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim	33	53,2	19	30,6	7	11,3	3	4,8	0	0,0
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım	22	35,5	21	33,9	13	21,0	4	6,5	2	3,2
34. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım	13	21,0	13	21,0	15	24,2	15	24,2	6	9,7
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır	22	35,5	26	41,9	8	12,9	3	4,8	3	4,8
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur	29	46,8	16	25,8	10	16,1	3	4,8	4	6,5

Kontrol grubu olguların DDGÖ sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 13. Kontrol Grubunda DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Amaç	5	5-22 (11)	11,89±4,61	0,756
Strateji	8	8-32 (13)	15,29±6,13	0,822
Kabul Etmeme	6	6-25 (10)	11,32±5,09	0,818
Dürtü	6	6-24 (11,5)	11,84±4,51	0,763
Açıklık	5	5-17 (10)	10,47±2,74	0,593
Farkında Olma	5	6-25 (13)	14,05±4,38	0,741
Toplam Puan	36	43-114 (74)	74,71±19,16	0,894

Çalışmaya katılan kontrol grubu olguların DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 22 arasında değişmekte olup, ortalama 11,89±4,61 iç tutarlılığı $\alpha=0,756$ olarak, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 32 arasında değişmekte olup, ortalama 15,29±6,13 iç tutarlılığı $\alpha=0,822$ olarak, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 11,32±5,09 iç tutarlılığı $\alpha=0,818$ olarak, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama 11,84±4,51 iç tutarlılığı $\alpha=0,763$ olarak, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama 10,47±2,74 iç tutarlılığı $\alpha=0,593$ olarak, “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 14,05±4,38 iç tutarlılığı $\alpha=0,741$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 43 ile 114 arasında değişmekte olup, ortalama 74,71±19,16 iç tutarlılığı $\alpha=0,894$ olarak saptanmıştır.

Tablo 14. Gruplara Göre DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hasta (n=62)	Kontrol (n=62)	P
Amaç	<i>Ort±Ss</i>	15,58±4,73	11,89±4,61	^c 0,001
	<i>Min-Mak</i>	8-25 (15)	5-22 (11)	
	<i>(Medyan)</i>			
Strateji	<i>Ort±Ss</i>	21,58±7,45	15,29±6,13	^c 0,001
	<i>Min-Mak</i>	8-40 (21)	8-32 (13)	
	<i>(Medyan)</i>			
Kabul Etmeme	<i>Ort±Ss</i>	15,79±6,26	11,32±5,09	^a 0,001
	<i>Min-Mak</i>	6-30 (15)	6-25 (10)	
	<i>(Medyan)</i>			
Dürtü	<i>Ort±Ss</i>	18,00±5,77	11,84±4,51	^c 0,001
	<i>Min-Mak</i>	6-30 (17)	6-24 (11,5)	
	<i>(Medyan)</i>			
Açıklık	<i>Ort±Ss</i>	11,92±3,30	10,47±2,74	^c 0,009
	<i>Min-Mak</i>	5-19 (12)	5-17 (10)	
	<i>(Medyan)</i>			
Farkında Olma	<i>Ort±Ss</i>	14,18±4,57	14,05±4,38	^c 0,873
	<i>Min-Mak</i>	7-24 (14)	6-25 (13)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	97,92±22,35	74,71±19,16	^c 0,001
	<i>Min-Mak</i>	53-145 (95)	43-114 (74)	
	<i>(Medyan)</i>			

^aMann Whitney U Test^cStudent-t Test

Hasta grubu olguların DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların DDGÖ “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

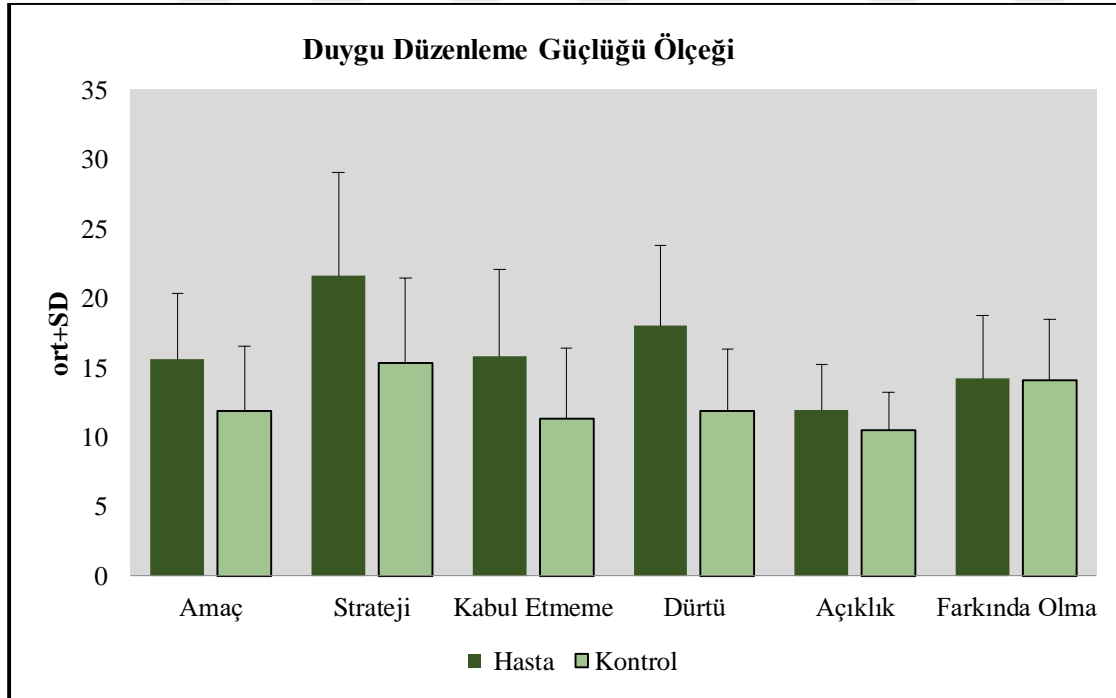
Hasta grubu olguların DDGÖ “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların DDGÖ “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta grubu olguların DDGÖ “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Gruplara göre olguların DDGÖ “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hasta grubu olguların DDGÖ’den aldıkları puan toplamları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.



Şekil 9. DDGÖ Puanlarının Gruplara göre Dağılımı

Tablo 15. Hasta Grubu Olguların BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanları ile DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Duygu Düzenleme Ölçeği		Barratt Dürtüsellik Ölçeği			
		Dikkat	Motor	Planlama	Toplam
Amaç	r	0,429	0,136	0,180	0,353
	p	0,001	0,292	0,161	0,005
Strateji	r	0,304	0,192	0,117	0,284
	p	0,016	0,135	0,365	0,025
Kabul Etmeme	r	0,081	0,255	0,203	0,191
	p	0,534	0,045	0,113	0,136
Dürtü	r	0,392	0,252	0,220	0,386
	p	0,002	0,049	0,085	0,002
Açıklık	r	0,514	0,367	0,001	0,467
	p	0,001	0,003	0,995	0,001
Farkında Olma	r	0,228	-0,053	-0,208	0,074
	p	0,075	0,682	0,104	0,566
Toplam	r	0,461	0,291	0,182	0,435
	p	0,001	0,022*	0,156	0,001

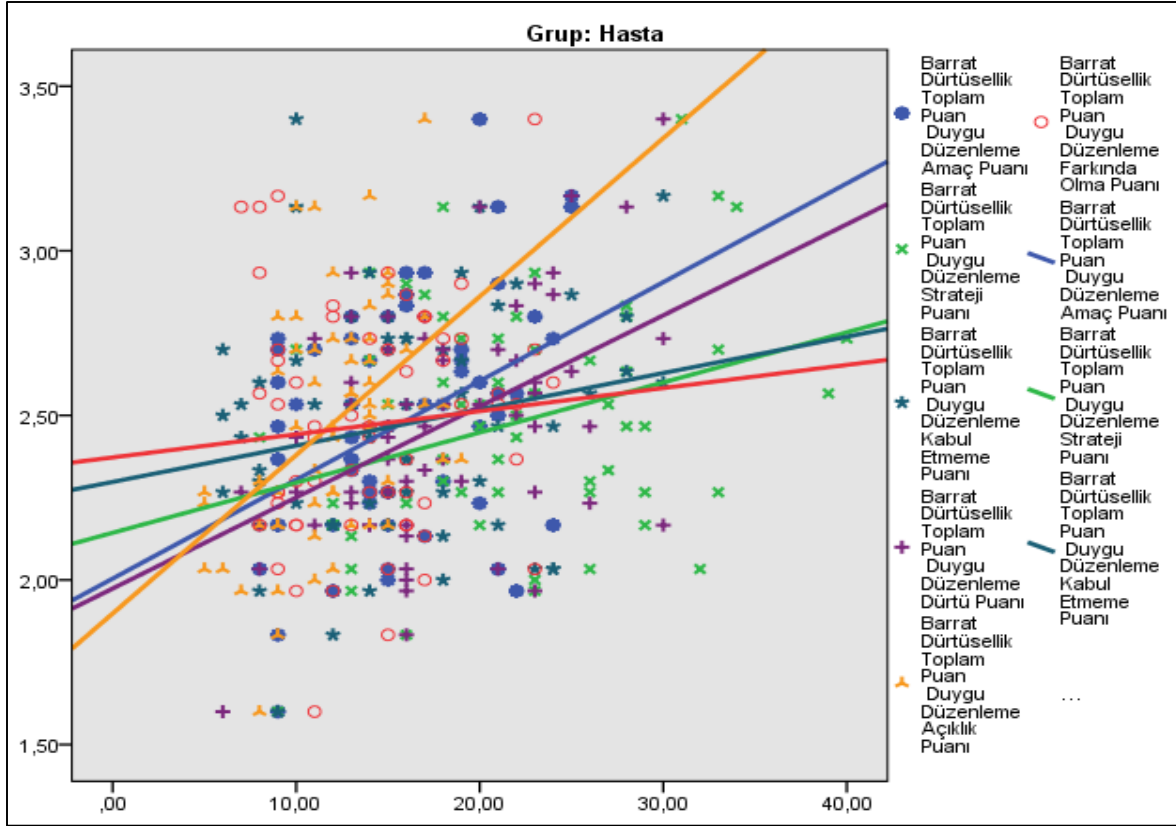
r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

Hasta grubu olguların BIS-11 “Dikkat” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

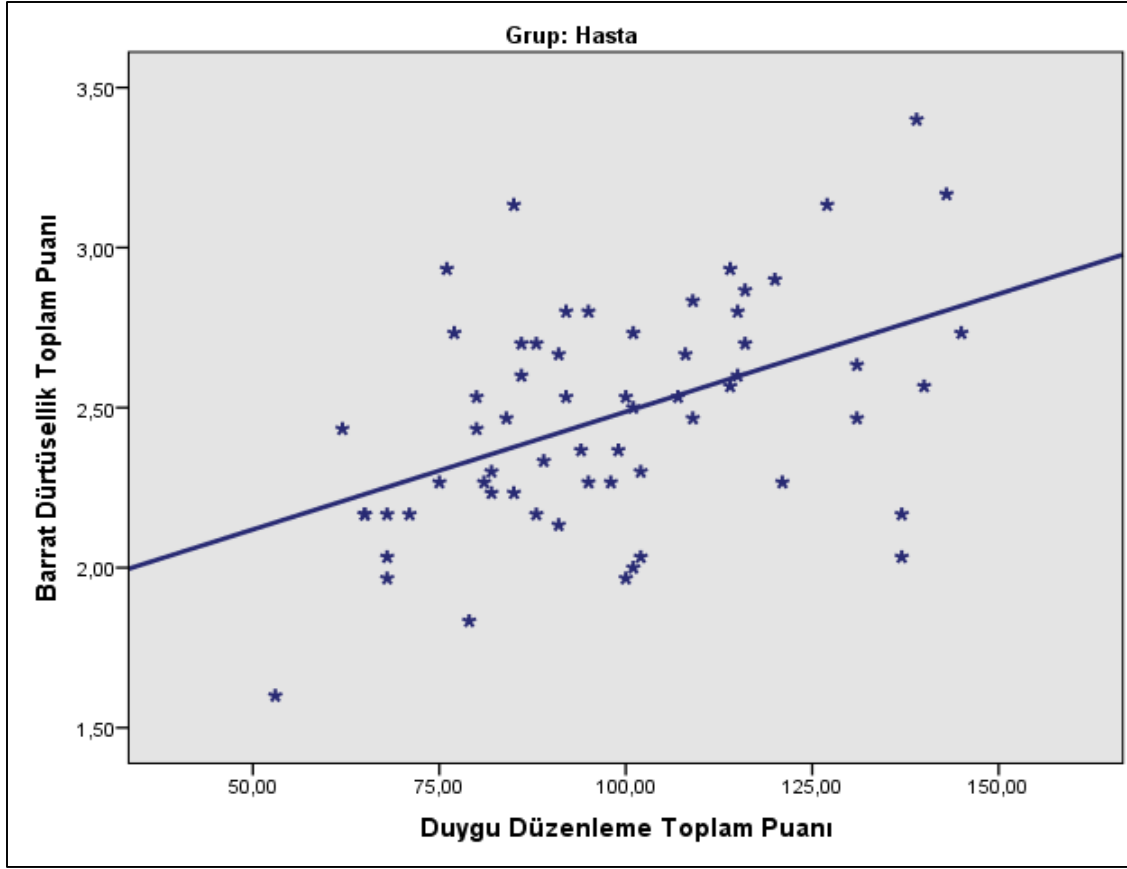
Hasta grubu olguların BIS-11 “Motor” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubu olguların BIS-11 “Planlama” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubu olguların BIS-11’den aldıkları puan toplamları ile DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.



Şekil 10. Hasta Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı



Şekil 11. Hasta Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Tablo 16. Kontrol Grubu Olguların BIS-11 Alt Boyut ve Toplam Puanları ile DDGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Duygu Düzenleme Ölçeği		Barratt Dürtüsellik Ölçeği			
		Dikkat	Motor	Planlama	Toplam
Amaç	r	0,128	0,285	-0,029	0,188
	p	0,321	0,025	0,825	0,144
Strateji	r	0,310	0,444	0,048	0,383
	p	0,014	0,001	0,711	0,002
Kabul Etmeme	r	0,193	0,373	0,194	0,293
	p	0,134	0,003	0,132	0,021
Dürtü	r	0,474	0,527	0,147	0,552
	p	0,001	0,001	0,253	0,001
Açıklık	r	0,513	0,563	0,283	0,596
	p	0,001	0,001	0,026	0,001
Farkında Olma	r	0,471	0,139	-0,093	0,320
	p	0,001	0,283	0,472	0,011
Toplam	r	0,504	0,537	0,143	0,562
	p	0,001	0,001	0,267	0,001

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

Kontrol grubu olguların BIS-11 “Dikkat” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ“Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında , “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

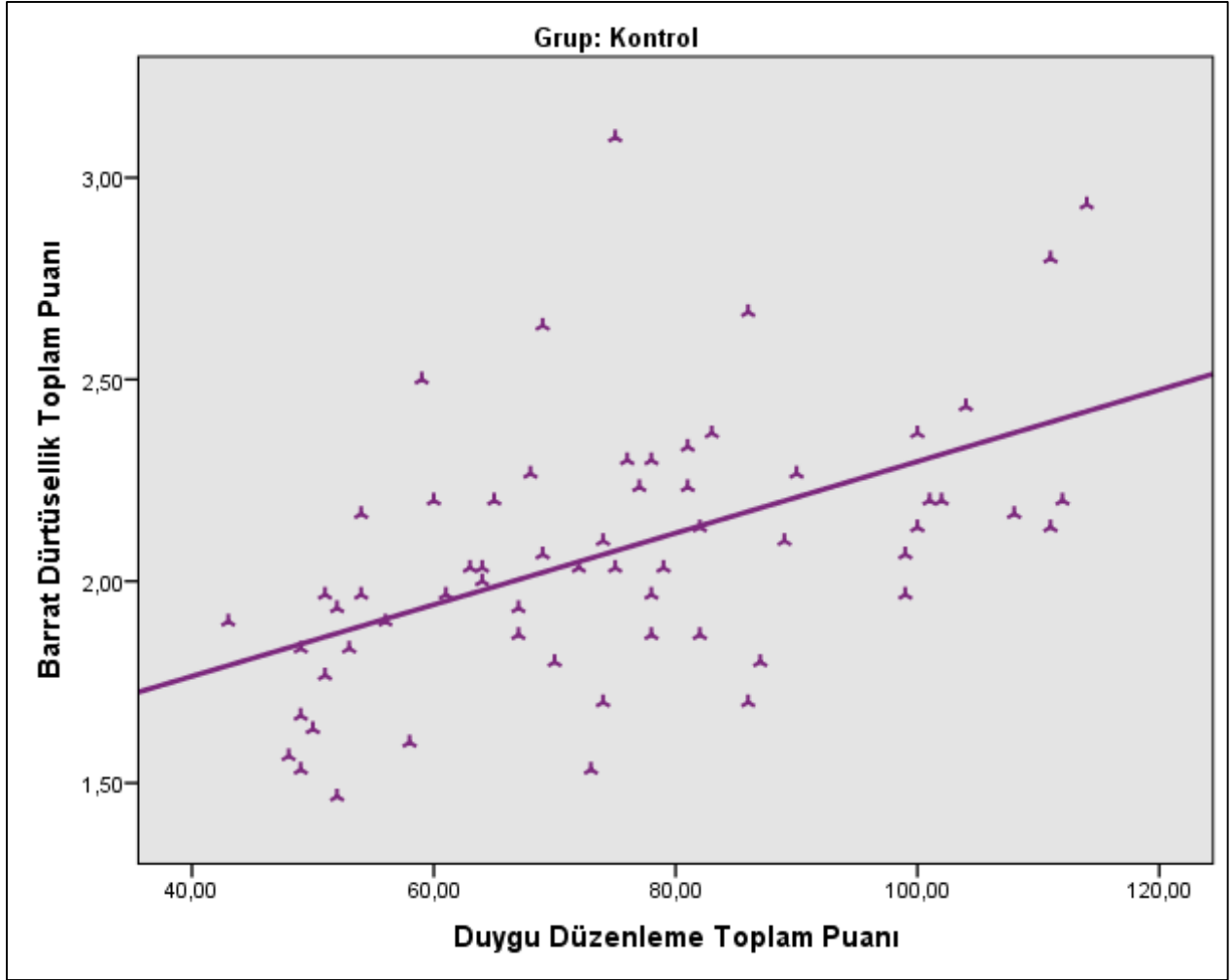
Kontrol grubu olguların BIS-11 “Motor” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kontrol grubu olguların BIS-11 “Planlama” alt boyutundan aldıkları puanlar ile DDGÖ “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken; “Amaç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kontrol grubu olguların BIS-11’den aldıkları puan toplamları ile DDGÖ “Strateji” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Kabul Etmeme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Dürtü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında, “Açıklık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında “Farkında Olma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 17. BIS-11 ve DDGÖ Alt Boyutları İlişkisinin Hasta ve Kontrol Grubu için karşılaştırılması

		DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI						
BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI	HASTA GRUBU							
		Amaç	Strateji	Açıklık	Dürtü	Kabul etmeme	Farkında olma	Toplam
	Dikkat	+	+	+	+			+
	Motor			+	+	+		+
	Planlama	+	+			+		
	Toplam	+	+	+	+			+
	KONTROL GRUBU							
		Amaç	Strateji	Açıklık	Dürtü	Kabul etmeme	Farkında olma	Toplam
	Dikkat		+	+	+		+	+
	Motor	+	+	+	+	+		+
Planlama			+					
Toplam		+	+	+	+	+	+	



Şekil 13. Kontrol Grubunda BIS-11 Toplam Puanı ile DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

3.1 İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluğu; ilaç niteliğindeki bir maddenin yarattığı etkiden kaynaklanmakta olan, bu maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğu nedeniyle oluşacak huzursuzluktan sakınmak için sürekli ve düzenli bir şekilde madde kullanma arzusu ve buna bağlı bazı davranış bozuklukları ile karakterize bir beyin hastalığı olarak nitelendirilebilir. Bu konudaki önemli noktalara bakılacak olursa kullanım bozukluğuna yani bağımlılığa neden olan tüm maddelerin farmakolojik etkileri, bu etkilerin beyin üzerinde oluşturduğu keyif verici davranış bozukluklarına neden oluşu ve oluşturduğu bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğudur (Uzbay, 2015, s. 3). Madde kullanım bozukluğunun, güvenlik açığı, bakım ve nüksetmeye katkıda bulunan bir dizi sosyal, çevresel, bilişsel ve nöro-biyolojik faktörle birlikte çok faktörlü bir sorun olduğu açıktır. Bu özel konunun odak noktası, biliş ve duygu arasındaki etkileşimdir (Murphy ve diğerleri, 2012, s. 2).

Bu araştırmada, madde kullanımının bireylerdeki dürtüsel ve duygusal fonksiyonlarında yarattığı çift yönlü ilişkiye odaklanılmıştır.

Tarihsel olarak madde kullanım bozuklukları ile ilgili araştırmalar orantısız bir şekilde erkeklere odaklanmıştır ancak kadın ve erkek arasında madde kullanım bozukluğu gelişimini, korunmasını ve tedavisini etkileyebilecek çok sayıda biyolojik, psikolojik ve sosyal farklılık vardır. Bu doğrultuda, son yıllarda sağlık ve cinsiyet konusundaki araştırmaların önemine dikkat çekilmiş; araştırmalar, kadın ve erkek arasındaki madde kullanım bozukluğunun önemli farklılıklarını belirlemeye başlamıştır. Madde kullanım bozukluğu epidemiyolojisi terimsel olarak ve madde kullanımının kabul edilebilirliğini etkileyen kültür ve politikalarla bağlantılıdır. Kültürler arasında önemli farklılıklar olmasına rağmen, genel olarak erkeklerin kadınlara kıyasla

maddelere erişimi daha fazladır; erişimdeki bu fark, cinsiyete göre kullanımın yaygınlığı üzerinde etkilidir (McHugh, Votawa, Sugarman ve Greenfield, 2017, s. 1-2).

Araştırmanın bulgularına bakıldığında örneklem evrenindeki, 62 kişilik yatarak tedavi gören hasta grubunda kadın hasta oranının %9,7 olması dikkat çekici görülmüştür (Şekil 1). Bu veri, madde kullanım bozukluğunun cinsiyete göre oranına dair net bir fikir vermese de yatarak tedavi olan kadın hasta sayısındaki belirgin farklılık literatürü destekler niteliktedir. Literatüre göre cinsiyet farklılığı madde kullanımına başlamada ve sürdürmedeki en önemli faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalarda, net veriler olamamakla birlikte, erkeklerdeki madde kullanımının yaygınlığı görülmektedir. Literatürde kadının madde kullanımı ile ilgili verilerin az olmasının nedeni bildirim azlığına olarak gösterilmekte, buna sebep de toplum içinde damgalanmaktan çekinmeyle ilişkilendirilmektedir zira kadın, toplumun ahlaki değerlerini temsil eden bir nesne konumundadır. Bu yaklaşım da Türk toplumunda kadının madde kullanmasının ahlaki değerleri yozlaştıracağı inancına dair düşüncelerin bir yansıması olarak kabul edilebilir (Kutlu, 2011, s. 90-92).

Sosyodemografik formdaki öz bildirim istinaden hastalardan alınan eğitim durumu bilgisinde lise ve altı eğitim oranı %85,4'tür (Tablo 1). Antti Latvala (2011) aktardığı literatürde madde kullanım bozukluğunun düşük eğitim, işsizlik veya daha düşük gelirli arasında daha yaygın olduğunu vurgulamıştır (Latvala, 2011, s. 33).

Sosyodemografik bilgi formunda dikkat çeken bir olgu da gruplara göre gelir durumları arasında saptanmış olan istatistiksel anlamlı farklılıktır. Kontrol grubu olgularının gelir durumu orta alt yoğunlukta iken, hasta grubu gelir durumu yüksek gözükmektedir. Sosyodemografik formdaki bildirimler öz bildirim olup, gelir durumu bilgisinin nicelik ile ilgili bir bilgi içermemesi buna önemli bir neden olarak gösterilebilir zira bu veri rakamsal bir bilgi içermediği

için gelir düzeyi, bireyler tarafından kendi algıları doğrultusunda yorumlanmıştır. Hastalarla yapılan anket çalışmaları sürecinde bu durumu destekleyici gözlemler mevcuttur.

Araştırmada gruplara göre meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda serbest meslek bildirim oranı %50 iken, bu oran kontrol grubunda %11,3'tür (Tablo 1).

İlhan ve arkadaşlarının (2016) belirttiğine göre gelirin madde kullanımına etkisi hakkında tutarsız bulgular vardır. Daha yüksek aile geliri, maddelerin erişim yeteneğinin artması nedeniyle madde kullanımı ile ilişkili olabilir. Öte yandan düşük gelir, artan stres ve alternatif aktivitelere daha az erişim nedeniyle başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımı ile ilişkili olabilir. Yapılan çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların yüksek gelirli katılımcılardan daha fazla madde kullandıkları tespit edilmiştir ($p = 0,001$). Türkiye'de kırsal alanlardan kentsel alanlara göç, işsizlik, ekonomik sıkıntılarla ilişkili ailevi sorunlar ve düşük sosyoekonomik statüden madde kullanımına kadar bireyleri yönlendirebilecek gelecekteki beklentilerin eksikliği bulunduğu tespit edilmiştir (İlhan ve diğerleri, 2016, s. 210). Bu araştırmadaki eğitim, gelir seviyesi ve meslek seçimlerine dair bulgular literatürle uyumlu olup özellikle serbest meslek seçiminde madde kullanan bireyin psikososyal sorunları, akademik seviyesindeki düşüklük ve hatta kişiler arası ilişkilerindeki sorunların önemli bir etken olduğunu varsaymak yanlış olmaz.

Araştırmada kontrol grubu olgularının %9,7'si keyif verici madde kullanımı yapıklarına dair bilgi vermişlerdir (Tablo3). Burada bahsi geçen keyif verici maddeler sigara ve alkoldür ancak bu çalışmada sigara ve alkol kapsam dışıdır. Bu nedenle tartışmaya konulmamıştır.

Hasta grubunun yaş aralığı 18-52 arasında değişirken madde kullanma süreleri 1-27 yıl arasındadır (Tablo1 ve Tablo 3). Madde kullanmaya başlama yaşı 12-40 arasında olup ortalaması $20,18 \pm 6,05$ olarak saptanmıştır (Tablo 3). Bu durum da literatürü destekleyici niteliktedir zira

erken dönem başlangıca işaret eder. Literatüre göre ergenin madde kullanmaya başlamasının altında bir tür kendini koruma yöntemi, kendini düzeltme çabası, erişkin yaşantıya geçme beklentilerinin oluşturduğu aşırı gerginliği gidermek yatar. Bu durum, ergenin kullandığı uyumsuz bir başa çıkma yöntemidir (Yıldız, 2011, s. 6). Bu nedenler, genç bireyleri madde kullanmaya başlama açısından önemli bir risk grubu hâline getirir. Literatürde bahsi geçen araştırmalar madde kullanımına başlama yaşı olarak 12-24 yaş arasına işaret etmektedir (Ergenç ve Yıldırım, 2007, s. 126).

Araştırmaya katılan hastaların %27,4'ünde madde kullanım bozukluğundan farklı olarak tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı mevcuttur (Tablo 3). Yılmaz (2017) tarafından aktarılmış literatürde madde kullanım bozukluğuna eşlik eden ruhsal bozukluk oranı %50-90 arasında belirtilmiştir (Yılmaz, 2017, s. 13). Araştırmada elde edilen bulgu literatürden daha az gözüксе de çalışmanın öz bildirme dayalı olduğu ve hakkında hastanın sadece tanı aldığı psikiyatrik hastalık bildirildiği için bu oranın aslında daha yüksek olabileceği öngörülebilir. Araştırmanın özüne bakıldığında dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki pozitif yönlü korelasyonlar da bu tezi destekler niteliktedir.

Bu araştırma, 62 kişiden oluşan ve yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu hastaları üzerinde yapılmasına rağmen, demografik formda hastaların öz bildirimine dayalı olarak alınan bilgide, kullanılan madde sayısı 176 çıkmıştır (Tablo 4). Buradan çıkan en net sonuç, çoklu madde kullanımının yaygınlığıdır. Hasta başına yaklaşık 3 (2,83) farklı psikoaktif madde kullanımından bahsedilebilir. Kullanılan keyif verici maddeler incelendiğinde; %35,5 ile esrar kullanımı en yaygın olarak bulunmuş, esrarı %24,2 ile opiyatlar, %20,2 ile kokain, %19,4 bonzai, %5,6 ile LSD, %3,2 ile uçucular ve %16,1 diğer maddelerin kullanımı takip etmiştir (Tablo 4). Literatürde 2008 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünya çapında yaşları 15-64 arasında

değişen 155 ve 210 milyon arası kişi (dünya nüfusunun %3,5 ile %5,7si arası) esrar, amfetamin, kokain, opiyatlar ve reçetesiz psikoaktif ilaç kullanmıştır. Dünya çapında en yaygın kullanılan maddeler esrar ve amfetamin türevleridir. Ömür boyu kullanım yaygınlığı en yüksek olan madde %2,8 (%0,7) ile esrardır (İlhan ve diğerleri, 2016, s. 206-208).

Bu araştırmada dürtüsellik puanları Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) kullanılarak ölçülmüştür. BIS-11 bir toplam puanı ve dürtüsellik 3 alt bileşenini değerlendiren motor, dikkat ve plan yapmamayı gösteren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan motor alt ölçeği düşünmeden hareket etmeyi, bilişsel dikkat alt ölçeği çabuk karar vermeyi, plan yapmama ise bekleme ve plansız hareket etmeyi tanımlar.

Çalışmaya katılan hasta ve kontrol gruplarının BIS-11 puanları karşılaştırıldığında aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Hasta grubunun “dikkat” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “motor” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “planlamama” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun puan toplamları kontrol grubununkinden daha yüksektir.

Genel olarak dürtüsellik ve madde kullanım bozukluğu arasında güçlü bir ilişki vardır (Weiss ve diğerleri, s. 1). De Wit'e göre dürtüsellik daha fazla olan bireylerin maddeyi deneme, kullanıma devam etme ve bağımlılık geliştirme olasılıkları daha yüksektir (Yılmaz, 2017, s. 23). Madde kullanım bozukluğu hastalarında madde kullanmayan kontrol grubuna oranla dürtüsellik, yenilik ve heyecan arayışının öz bildirim puanlarının daha yüksek olduğuna dair

kanıtlar mevcuttur. Bilişsel dürtüsellik, bireyin daha korumacı bir seçenekle “yüzeysel olarak baştan çıkarıcı” bir kazanç sağlayan daha riskli seçenek arasında anormal kararlar almasına neden olabilir. Dürtüsellik, gayet açık olumsuz sonuçları olmasına rağmen yüksek oranda ödüllendirme seçeneğine endekslenebilir. Bu alanlarda yüksek performans açıklarının mutlaka dürtüsellik göstermesi gerekmediği, madde kullanım bozukluğunda dürtüsellik ve karar verme üzerine araştırma literatürleri arasında önemli bir çakışma olduğu ve bu noktalarda “bilişsel dürtüsellik” teriminin geniş anlamıyla ele alınmanın önemli olduğunu söylemek mümkündür (Verdejo-Garcia, Lawrence ve Clark, 2008, s. 778-779).

Duygu düzenleyememe, aşağıdakileri içeren çok yönlü bir yapıdır: (a) Duyguların farkında olunmaması, anlaşılması ve kabul edilmemesi; (b) duygusal sıkıntı yaşarken davranışları kontrol edememe; (c) duygusal deneyimlerin süresinin ve/veya yoğunluğunun modüle edilmesi için uyarlanabilir stratejilere erişim eksikliği ve (d) hayattaki anlamlı faaliyetleri sürdürmenin bir parçası olarak duygusal sıkıntı yaşamaya isteksizlik (Weiss ve diğerleri, 2013, s. 2). Duygu düzenleme klinik olarak çok önemli olmasına rağmen erişkinlerde duygu düzenleme stratejileri ve güçlükleri üzerine yeterli çalışma yoktur (Gratz ve Roemer, 2004, s. 41-54).

Çalışmaya katılan hasta ve kontrol gruplarının DDGÖ puanları karşılaştırıldığında aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Hasta grubunun “amaç” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “strateji” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “kabul etmeme” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.

- Hasta grubunun “dürtü” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “açıklık” alt boyutundan aldıkları puan, kontrol grubununkinden daha yüksektir.
- Hasta grubunun “farkında olma” alt boyutundan aldıkları puanla kontrol grubunun puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Hasta grubunun puan toplamları kontrol grubununkinden daha yüksektir.

Kuramsal literatürde de değinildiği gibi araştırmada edinilen bulgular madde kullanım bozukluğuyla duygu düzenleme güçlüğü arasındaki bağlantıyı doğrular niteliktedir Kober (2014) ve madde kullanım bozukluğu hakkındaki diğer bilimsel literatür, madde kullanımındaki ana motivasyon kaynağının duyguları düzenlemek olduğu kadar duygu düzenleyememenin de aynı zamanda madde kullanımı ve sonuçlarının nedensel faktörü olduğundan bahseder. Duygu düzenleme fonksiyonuna bakıldığında, madde kullanım bozukluğu hastaları, olumsuz duygu durumlarından kurtulmak için madde kullandıklarını sıklıkla bildirirler. Fox (2008) ve diğer araştırmacılar tarafından yapılmış önceki çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu hastalarının kendi duygusal durumlarının daha çok farkında olduklarını raporlamışlardır. Eski çalışmaların çoğunluğu alkol ve sigara üzerine yapılmıştı. Aslına bakılacak olursa son dönemdeki yeni çalışmalarda, psikoaktif madde kullanım bozukluğu olanlarda, duygularını tanımada her zaman zorluk olmadığına dair göstergeler bulunmuştur. Bununla birlikte; madde kullanım bozukluğu olan bireylerin genellikle negatif durumlarla baş etme yetilerinde daha zayıf kendini gerçekleştirme raporlanmaktadır. Di Pierro ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen 58 madde kullanım bozukluğu hastası ve 73 kişiden oluşan kontrol grubuyla yapılan çalışmada, DDGÖ ile elde edilen puanlamalarla, bu çalışmaya konu olan bulgular anlamlı şekilde benzerlik içermektedir (Pierro ve diğerleri, 2015, s. 83-88).

Bu araştırmada BIS-11 ve DDGÖ ölçekleri de hem hasta hem de kontrol grubu için karşılaştırılmıştır. Buna göre bakıldığında hasta grubu BIS-DDGÖ karşılaştırmasında:

- Dikkat alt boyutu; amaç, strateji, açıklık, dürtü ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken kabule etmeme ve farkında olmayla ilişkili değildir.
- Motor alt boyutu; açıklık, dürtü, kabul etmeme ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken amaç, strateji ve farkında olmayla ilişkili değildir.
- Planlama alt boyutu; amaç, strateji, kabul etmeme ile pozitif yönlü ilişkiliyken kabul etmeme, farkında olma ve toplam DDGÖ puanlarıyla ilişkili değildir.
- Toplam BIS puanları; amaç, strateji, açıklık, dürtü ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken kabul etmeme ve farkında olma ile ilişkili değildir.

Kontrol grubu BIS-11 ve DDGÖ karşılaştırmasında:

- Dikkat alt boyutu; strateji, açıklık, dürtü, farkında olma ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken amaç ve kabul etmeme ile ilişkili değildir.
- Motor alt boyutu; amaç, strateji, açıklık, dürtü, kabul etmeme ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken farkında olmayla ilişkili değildir.
- Planlama alt boyutu; açıklık ile pozitif yönlü ilişkiliyken amaç, strateji, dürtü, kabul etmeme, farkında olma ve toplam DDGÖ puanlarıyla ilişkili değildir.
- Toplam BIS puanları; strateji, açıklık, dürtü ve toplam DDGÖ puanlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken kabul etmeme ve farkında olma ile pozitif yönlü ilişkilidir.

Duygu düzenleme güçlüğü, dürtü kontrolünü zayıflatan istemli davranışları da tehlikeye sokabilir. Daha geniş anlamda, dürtüsellik, bu tepkilerin olumsuz sonuçlarına bakılmaksızın i ve dış uyaranlara hızlı ve plansız tepkilere yatkınlık olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte dürtüsellik, dikkatle planlamama ve düşünmeme (rneğin planlama eksikliği), anın gerektirdiği durumlara bakılmaksızın sabırsızca harekete geçme eğilimi (rneğin motor dürtüsellik) ve göreve

odaklanamama (bilişsel dürtüsellik) olarak tanımlanabilir. Bazı yazarlar dürtüsellikğin altında yatan düzenleyememe nedeniyle oluşan olumsuz duygulanımdan kaynaklanabileceğini iddia etmişlerdir. Literatürde alkol kullanım bozukluğu üzerine yapılmış araştırmalarda da tedavi esnasında, tedaviye en çok direnç gösteren duygu düzenleme özelliğinin dürtü kontrolü olduğu görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğuyla en bağlantılı dürtüsellik boyutları aciliyet, olumsuz duygusal uyaranlara dürtüsel davranma eğilimidir (Garofalo ve Velotti, 2014, s. 294). Bu çalışma, psikoaktif madde kullanan hasta grubunda yapılmasına rağmen literatürü destekler niteliktedir.

Bu karşılaştırmada görüleceği üzere hasta grubu olguları ya da kontrol grubu olguları olsun fark etmeksizin, dürtüsellikle duygu düzenleme güçlüğü arasında -farklı alt boyutlarla da olsa- kuvvetli bir ilişkinin varlığı görülmektedir. Schreiber, Grant ve Odlaug'un (2013) yaptıkları araştırmada; yaşları 18-29 arası değişen belirlenmiş bir psikopatolojisi bulunmayan genç yetişkinlerin dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü bağlantısına yoğunlaştıkları görülür. Alınan sonuçlar da yüksek duygu düzenleyememe skoru raporlanan bireylerde yüksek dürtüsellik skorları saptanmıştır. Duygu düzenleme ile dürtüsellik arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Schreiber ve diğerleri, s. 651-658). Bu sonuçlar, bu araştırmada özellikle kontrol grubu olgularında alınan sonuçlarla uyumlu bulunmuştur.

Bu araştırmada birkaç husus özellikle dikkat çekici bulunmuştur (Tablo 17):

- Hasta grubu olgularının tüm BIS-11 alt boyutlarında "farkında olma" DDGÖ alt boyutu ilişkisizdir.
- Kontrol grubu olgularının tüm BIS-11 alt boyutlarında "açıklık" DDGÖ alt boyutu pozitif yönlü ilişkilidir.

- Hasta grubu olgularında “amaç” DDGÖ alt boyutu, “motor” BIS-11 alt boyutu hariç tüm diğer alt boyutlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken, kontrol grubu olgularında tam tersi olacak şekilde “amaç” DDGÖ alt boyutu “motor” BIS-11 alt boyutu hariç hiçbirisiyle ilişkili değildir.

Hasta grubunun, duygularının farkında olmamaları ile dürtüsellikleri aralarında bir bağlantı yoktur oysaki kontrol grubunun, özellikle dikkatsiz ve bilişsel düzensizlik gösterdiği durumlarla duygularını farkında olmamaları arasında bağlantı vardır. Bu saptamadan; psikopatolojisi olmayan bireylerin duygularını fark edemedikleri zamanlarda bilişsel dürtüsellik gösterdikleri ve dikkat kaybına uğradıkları, madde kullanımının negatif duygularla baş etmek için bir kendini tedavi yöntemi olabileceği -ki bu şekilde patolojik boyuttaki bilişsel dürtüselliklerini bastırmaya çalışıyor olabilirler- yorumu olasıdır. Literatüre göre; HPA-aksis ve dorsal nörodevreleri yolağındaki artmış aktivasyon, duyguların farkında olunmasına yol açar, aynı zamanda bireyler bu duygusal uyarana verecekleri dürtüsel cevapları kontrol edebilmek için duygu düzenleme mekanizmalarını daha çok aktive ederler (Schreiber ve diğerleri, 2013, s. 655).

Yukarıda da bahsedildiği üzere kontrol grubu olgularında, duyguların anlaşılmadığı durumlarda hem bilişsel hem davranışsal olarak dürtüsellik artmakta ve kontrol sağlayamama baş göstermektedir. Bu durum, sağlıklı birey için duyguların anlaşılmasının önemine vurgu yapar. Coccaro, Zagaja, Chen ve Jacobson’un (2015) normal popülasyondaki yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmalar da bu araştırmadaki bulguyu destekleyici niteliktedir (Coccaro, Zagaja, Chen ve Jacobson, 2016, s. 256).

Bulgulara bakıldığında hasta grubundaki olgular, olumsuz duyguların varlığında hedefe yönelik davranışlarda zorluk çekmeye başladıklarında, dikkatsizlik ve kontrolü sağlayamama ve bu karışıklığa tahammülsüzlükleri artarken motor dürtüler pek fazla bu durumdan etkilenmez,

diyebiliriz. Oysaki kontrol grubundaki olgularda, olumsuz duyguların varlığında hedefe yönelik davranışlarda zorluk çekmeye başladıklarında motor dürtüler artarken dikkatsizlik, kontrolü sağlayamama ve bu karışıklığa tahammülsüzlük pek oluşmamaktadır. Bu durumu, madde kullanım bozukluğu yaşayan bireylerle normal popülasyondaki bireylerin duygu düzenleme durumları ve dürtüsellikleri arasında ters bağlantı vardır olarak da yorumlamak mümkündür. Geçmiş dönemki çalışmalarda, olumsuz duyguların varlığı söz konusu olduğunda kendini düzenleyen amaçlarda bir çatışma yaratan doyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin, psikopatolojinin gelişmesinde rolü olduğu vurgulanmıştır (Schreiber ve diğerleri, 2013, s. 651).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıdadır:

- Araştırmanın hasta grubunu oluşturan 62 kişilik yatarak tedavi gören kadın hasta-erkek hasta oranı %9,7'dir.
- Sosyodemografik formdaki öz bildirimine istinaden hastalardan alınan eğitim durumu bölümünde, lise ve altı eğitim oranı %85.4'tür. Akademik başarıdaki bu düşüklüğün madde kullanım yaşının erken olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.
- Araştırmada gruplara göre meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda serbest meslek bildirimini %50'dir. Buna önemli bir etkenin de madde kullanımının getirdiği psikososyal yapılanma olabileceği düşünülmektedir.
- Hasta grubunun yaş aralığı 18-52 arasında değişirken madde kullanma süreleri 1-27 yıl arasındadır. Madde kullanmaya başlama yaşı 12-40 arasında olup ortalaması $20,18 \pm 6,05$ olarak saptanmıştır. Bu durumun, literatüre uygun şekilde ergenlik döneminde madde kullanımına başlama riskine işaret ettiği görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hastaların %27,4'ünde madde kullanım bozukluğundan farklı olarak tanı almış farklı psikiyatrik hastalık varlığı mevcuttur. Bu da madde kullanım bozukluğuna sebep olan ya da bu bozukluktan kaynaklanan başka ruhsal bozuklukların varlığını gösterir.

- 62 kişiden oluşan ve yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu hastasından öz bildirim dayalı olarak alınan bilgede, kullanılan madde sayısı 176 çıkmıştır. Buradan çıkan en net sonuç, çoklu madde kullanımının yaygınlığıdır.
- Kullanılan keyif verici maddeler incelendiğinde; %35,5 ile esrar kullanımı en yaygın olarak bulunmuş, esrarı %24,2 ile opiyatlar, %20,2 ile kokain, %19,4 bonzai, %5,6 ile LSD, %3,2 ile uçucular ve %16,1 diğer maddelerin kullanımı takip etmiştir.
- Hasta grubunun dürtüsellik puanları tüm alt boyutlarda ve toplamda kontrol grubunun puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir. Bu bulguda madde kullanım bozukluğuyla dürtüsellik arasındaki ilişki açık bir şekilde görülmektedir.
- Hasta grubunun duygu düzenleme puanları tüm alt boyutlarda ve toplamda kontrol grubunun puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir. Edinilen bulgular madde kullanım bozukluğuyla duygu düzenleme güçlüğü arasındaki bağlantıyı doğrular niteliktedir.
- Hasta ve kontrol gruplarının dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü bulguları karşılaştırıldığında; hasta grubu olgularının tüm dürtüsellik alt boyutlarında “farkında olma” ilişkisizdir. Kontrol grubu olgularının tüm dürtüsellik alt boyutlarında “açıklık” pozitif yönlü ilişkilidir. Hasta grubu olgularında “amaç”, motor dürtüsellik hariç tüm diğer dürtüsellik alt boyutlarıyla pozitif yönlü ilişkiliyken, kontrol grubu olgularında tam tersi olacak şekilde “amaç” sadece motor dürtüsellikle pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur. Bu durum da madde kullanım bozukluğu olan bireylerle sağlıklı bireyler arasındaki farklı zihinsel-duygusal süreçlerin, reaksiyonların varlığına işaret eder.

- Bu araştırmada kullanılan ölçekler öz bildirim ölçekleri olmalarına rağmen; araştırma sırasında yapılan literatür araştırmalarında rastlanan bulgulara ait sonuçlar karşılaştırılırken aynı ölçeklerle değişik ülkelerde elde edilen bulguların bu araştırmada elde edilen bulgularla tutarlılık göstermesi dikkat çekicidir. Bu durumda dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkisinin ırk ve toplumdan bağımsız nöropsikolojik etkisini düşündürmüştür.

Literatüre bakıldığında, dürtü kontrol ve duygu düzenleme güçlüğü'nün birlikte incelendiği çalışmaların çoğu, alkol kullanım bozukluğu prevalansının çok olması nedeniyle genellikle bu alanda tedavi gören hasta grupları arasında yapılmıştır. Psikoaktif madde kullanımı üzerine de dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü bağlantısının daha çok araştırılması ile; bu bozukluğun altında yatan nedenlerin anlaşılması ve böylece bu durumun tedavi ve rehabilitasyon sürecine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada örneklem evreni sınırlıklar nedeniyle oldukça kısıtlıydı. Bu durum da elde edilen bulguların üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de madde kullanım bozukluğuna dair geniş kapsamlı etiyolojik çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların birbirleriyle korelasyonu, gittikçe büyüyen bir sorun olan madde kullanımı sorunun tüm boyutları üzerinde daha etkili veriler sağlayacaktır.

Bu araştırmada öz bildirime dayalı ölçekler kullanıldı. Özellikle duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik bağlantısının daha derin araştırılabilmesi için aynı örneklem evreninde birden fazla dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü ölçeğiyle yapılacak çalışmalar, elde edilen bilgilerin değerlendirilmesine büyük katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abhishek, D., & Choudhary, C. K. (2010). Genetics of morphine, yield and its candidate characters in opium poppy. *Electronic Journal of Plant Breeding*, 649-655.
- Addicott, M. A., Yang, L. L., Peiffer, A. M., Burnet, t. L., Burdette, J. H., Chen, M. Y., . . . Laurienti, P. J. (2009). The effect of daily caffeine use on cerebral blood flow: How much caffeine can we tolerate? *Hum Brain Mapp.*, 3102-3114.
- Akkuş, D. (2010). Ergende Esrar Kullanımı: Toplum Ruh Sağlığı Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği dergisi*, 43-46.
- Akvardar, Y. (2012). Halüsinojenler. Z. A. Yıldız Akvardar içinde, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 181-185). Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Allen, K. J., & Gabbay., F. H. (2014, February 01). The amphetamine response moderates the relationship between negative emotionality and alcohol use. *NIH Public Access. Author Manuscript. Alcohol Clin Exp Res.* doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01935.x
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.* (Köroğlu, Çev.) Ankara: E.Hekimler Yayın Birliği.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha., R. (2012). Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy. *NIH Public Access. Author Manuscript*, 37(1), 37-42. doi:10.3109/00952990.2010.535582

- Baker, T. B., Piper, M. E., Fiore, M. C., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, 111(1).
- Balcı, G. P. (2011). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Bağlanma ile İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi).T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- Baumeister, R. F. (2017). Addiction, cigarette smoking, and voluntary control of action: Do cigarette smokers lose their free will? *Addictive Behaviors Reports*, 67-84.
- Baumeister, D., Tojo, L., & Tracy, D. (2015). Legal highs: staying on top of the flood of novel psychoactive substances. *The Adv Psychopharmacol*, 97-132.
- Berman, S. M., Kuczenski, R., McCracken, J. T., & London, E. D. (2009). Potential Adverse Effects of Amphetamine Treatment on Brain and Behavior: A Review. *Mol Psychiatry*, 123-142.
- Bora, F., Yılmaz, F., & Bora, T. (2016). Ecstasy (MDMA) and its effects on kidneys and their treatment: a review. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 1151-1158.
- Bradley, B., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. J., & Westen, D. (2015, October 14). .Emotion Dysregulation and Negative Affect: Association With Psychiatric Symptoms. *HHS Public Access.Author manuscript.J Clin Psychiatry*. doi:10.4088/JCP.10m06409blu
- Budney, A., Roffman, R., Stephens, R., & Walker, D. (2007). Marijuana Dependence and Its Treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4-16.

- Carter, K., & Ohlsan-Perlmutter, M. (2015). Impulsivity and Stillness: NADA, Pharmaceuticals, and Psychotherapy in Substance Use and Other DSM 5 Disorders. *Behavioral Sciences, 5*, 537-546. doi:10.3390/bs5040537
- Chow, T. W., & Cummings, J. L. (2000). Neuropsychiatry: cilinical assessment and approach to diagnosis. V. A. Sadock (Dü.) içinde, *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 547-590). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Coccaro, E. F., Zagaja, C., Chen, P., & Jacobson, K. (2016, June 6). Relationships between perceived emotional intelligence, aggression, and impulsivity in a population-based adult sample. *PsychiatryResearch, 246*, 255–260.
- Çoban, M. (2014). the rise of synthetic marijuana in Turkey: the bonzai phenomenon of the 2010s. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 41-62*.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction Biology, 14*, 22-31.
- Eldoğan, D. (2012). Üniversite Öğrencilerindeki Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Sosyal Fobi Belirtileri İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolünün İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi).Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Embleton, L., Mwangi, A., Vreeman, R., Ayuku, D., & Braitsein, P. (2013). The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings:a sytematic review and meta-analysis. *Addiction, 1-28*.
- Erdoğan, Z. (2014). Alkol ve/veya madde bağımlılıklarında Travma Sonrasi Stres Bozukluğu Belirtileri, Bilişsel Şemalar, Duygu Düzenleme ve Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi. izmir: T.C. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Ergenç, G., & Yıldırım, E. (Dü). (2007). *Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu*. İstanbul: Baskan Yayınları.

Garipağaoğlu, M., & Kuyrukçu, N. (2009). Çocuk sağlığı ve kafein. *Çocuk Dergisi*, 110-115.

Garofalo, C., & Velotti, P. (2014, December 8). Alcohol misuse in psychiatric patients and nonclinical individuals: The role of emotion dysregulation and impulsivity. *Addiction Research & Theory*, 23(4), 294-300. doi:10.3109/16066359.2014.987758

Garofalo, C., & Velotti, P. (2015, December 8). Alcohol misuse in psychiatric patients and nonclinical individuals: The role of emotion dysregulation and impulsivity. *Addiction Research & Theory*, 23(4), 294–300. doi:DOI: 10.3109/16066359.2014.987758

Glind, G. v., Brink, W. v., Koeter, M. W., Carpentier, P.-J., Oortmerssen, K. v.-v., Kaye, S., . . . Franz Moggih, G. D. (2014, July 07). Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *NIH Public Access Drug Alcohol Depend. Author manuscript*.

Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1410.

Grant, J. E., & Potenza, M. E. (2006, June 29). Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2, 539-51.

Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2017, July 11). Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self- Injury Disorder Index. *PubMed Central Canada. Author Manuscript*.

- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gregorio, D. D., Comai, S., Posa, L., & Gobbi, G. (2016). D-Lysergic Acid Diethylamide (LSD) as a Model of Psychosis: Mechanism of Action and Pharmacology. *International Journal of Molecular Sciences*, 1-20.
- Grotenhermen, F. (2004). Pharmacology of Cannabinoids. *Neuroendocrinology Letters*, 14-23.
- Güleç, H., Tamam, L., Güleç, M. Y., Turhan, M., & Karakufl, G. (2008). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, 251-258.
- Heal, D. J., Smith, S. L., Gosden, J., & Nutt, D. J. (2013). Amphetamine, past and present - a pharmacological and clinical perspective. *Journal of Psychopharmacology*, 479-496.
- Huecker, M. R., & Marraffa., J. (2017). *Heroin*. StatPearls Publishing LLC.
- Hurt, R., Ebbert, J., Hays, J. T. & McFadden, D. D. (2009). Treating tobacco dependence in a medical setting. *CA Cancer J Clin*, 314-326.
- İlhan, M. N., Arıkan, Z., Kotan, Z., Tunçoğlu, T., Pınarcı, M., Taşdemir, A., Ay, B., Koçak N. (2016). Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. *Nöropsikiatri Arşivi*, 205-212. doi:10.5152/npa.2015.10050

- Johansen, K. G., Tarp, S., Astrup, A., Lund, H., Pagsberg, A. K., & Christensen, R. (2017, August 29). Harms associated with taking nalmefene for substance use and impulse control disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183821> adresinden alındı.
- Karakuş, G. (2015). Dürtüsellik: Tanımı, Değerlendirmesi ve Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi. L. Tamam (Dü.) içinde, *Dürtüsellik ve dürtü kontrol bozuklukları* (s. 11-48). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Keisler, B. D., & Armsey, T. D. (2006). Caffeine as an Ergogenic Aid. *Current Sports Medicine Reports*, 215-219.
- Koç, H., Camcı, H., Kadiroğlu, A., & Gür, K. (2006). Seçilmiş bazı haşhaş hatlarının morfin oranları yönünden değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *journal of crop research*, 31-35.
- Konuk, N. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarında sınıflandırma, kavramlar ve tarihsel değişim süreci. L. Tamam (Dü.) içinde, *Dürtüsellik ve dürtü kontrol bozuklukları* (s. 143-158). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41.
- Kumar, R., Chambers, W., & Pertwee, R. (2001). Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anaesthesia*, 1059-1068.
- Kurnaz, S. (2017). Madde kullanım bozukluğunda rolü olabilecek genlerin DNA düzeyinde araştırılması ve bulguların klinik parametrelerle karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıbbi Biyoloji.ABD.

- Kuştepe, A. (2017, Ocak). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Dürtüsellik ve Karmaşık Dikkat İşlevlerinin İncelenmesi Adıyaman ili örneği. *Yüksek lisans tezi*. Mersin.
- Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 90-93.
- Latvala, A. (2011). *Cognitive Functioning in Alcohol and Other Substance Use Disorders in Young Adulthood A Genetic Epidemiological Study*. Research53/2011, National Institute for Health and Welfare, Helsinki.
- Leffingwell, J. (1999). Leaf Chemistry. M. T. D. Layten Davis içinde, *Tobacco: Production, Chemistry, And Technology* (s. 265-284). Blackwell Science.
- Liechti, M. E. (2017). Modern Clinical Research on LSD. *Neuropsychopharmacology*, 2114–2127.
- Lipari, R. N. (2017). *Uderstanding Adolescent Inhalant Use*. Rockville: The CBHSQ Report. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Lubman, D. I., Yücel, M., & Lawrence, A. J. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Paharmacology*, 316-326.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2017). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*.
- Michel, R., & Adams, A. (1979). Acute Amphetamine Abuse. *Anaesthesia*, 1016-1019.
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2011). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal Of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.

- Murphy, A., Taylor, E., & Elliott, R. (2012, November). The detrimental effects of emotional process dysregulation on decision-making in substance dependence. *Volume 6*.
- Nichols, D. (2004). Hallucinogens. *Pharmacol Ther*, 131-181.
- Özdemir, G. P., Selvi, Y., & Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 293-314.
- Özşahin, S. (2011). Dopamin Replasman Tedavisi Alan İdiopatik Parkinson Hastalarında Dürtü Kontrol Bozukluğu Sıklığı ve Bu Sendromlarla İlişkili Olabilecek Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. (Uzmanlık Tezi). T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Paltacı, Ö. (2014). Tıp Fakültesi Dönem 4 ve Dönem 5 Öürencilerinde Görülen Dürtü Denetim Bozukluğu. (Uzmanlık Tezi). T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana.
- Pani, P. P., Maremmanni, I., Trogu, E., Gessa, L., G., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of active disorders*, 122(3), 185-197.
- Pierro, R. D., Benzi, I. M., & Madeddu, F. (2015). Difficulties In emotion regulation among patients with substance use disorders: the mediating effect of mature defenses mechanisms. *Clinical Neuropsychiatry*, 12, 4, 83-89.
- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M., & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914> adresinden alındı.

- Reid, R. C., Cyders, M. A., Moghaddama, J. F., & Fong, T. W. (2014). Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence. *Elsevier Addictive Behaviours*, 39, 1640-1645.
- Richards, J. R., & Laurin., E. G. (2017). *Cocaine*. StatPearls Publishing LLC.
- Robinson, S. M., & Adinoff, B. (2016). The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*.
- Rogers, K. (Dü.). (2011). *Substance Use and Abuse*. New York: Britannica Educational Publishing.
- Ross, I. A. (2005). Cannabis Sativa L. I. A. Ross içinde, *Medicinal Plants of the World, vol. 3: Chemical Constituents, Traditional and Modern Medicinal Uses* (s. 29-116). Tottowa: Humana Press Inc.
- Rugancı, N. T., & Gençöz, T. (2010). Psychometric Properties of a Turkish Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of the Clinical Psychology*, 66(4), 442-455.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2010). *Tütün Bağımlılığı ile Mücadele kitabı (Hekimler için)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2013, May 01). Emotion Regulation and Impulsivity in Young Adults. *NIH Public Access. Author Manuscript. J Psychiatr Res.* doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.005
- Şahin, G., & Taşlıgil, N. (2013). Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi VE Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 71-101.

- Şatiroğlu, G. (2017). Evli Bireylerde Aldatma Eğilimi, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Kişilik Özellikleri (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri. Ankara.
- Tamam, L., & Demirel, B. D. (2015). Genel tıbbi durumlarla ilişkili dürtü kontrol bozuklukları. L. Tamam (Dü.) içinde, *Dürtüsellik ve dürtü kontrol bozuklukları* (s. 775-788). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz., K. L. (2013, October 01). The Contribution of Emotion Regulation Difficulties to Risky Sexual Behavior within a Sample of Patients in Residential Substance Abuse Treatment. *NIH Public Access. Author Manuscript. Addict Behav.* doi:10.1016/j.addbeh.2012.05.001
- Uzday, İ. T. (2015). *Madde Bağımlılığı, Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Verdejo-Garcia, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Elsevier Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2016, June 01). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *NIH Public Access. Author Manuscript. Curr Opin Psychol.* doi:10.1016/j.copsyc.2015.01.013
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2013, February 1). The Relative and Unique Contributions of Emotion Dysregulation and Impulsivity to Posttraumatic Stress

- Disorder among Substance Dependent Inpatients. *NIH Public Access. Author Manuscript. Drug Alcohol Depend*, 128(1-2), 45-51. doi:10.1016/j.drugalcdep
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz., K. L. (2013, April 1). Impulsive Behaviors as an Emotion Regulation Strategy: Examining Associations between PTSD, Emotion Dysregulation, and Impulsive Behaviors among Substance Dependent Inpatients. *NIH Public Access. Author manuscript. J anxiety disord.* doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.007
- Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, K. S., Schrager, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E., & Lankenau, S. E. (2014). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among highrisk young adults. *NIH Public Access Autor Manuscript Drug Alcohol Depend.* doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.01
- (2016). *World Drug Report*. New York: UNODC Research.
- World Health Organization. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: WHO publications.
- Yazıcı, K., & Yazıcı, A. E. (2015). Dürtüsellikte biyolojik yaklaşım. L. Tamam (Dü.) içinde, *Dürtüsellik ve dürtü kontrol bozuklukları* (s. 49-86). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Yıldırım, Z., & Sütçü, S. (2016). Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8, 108-128. doi:10.18863/pgy.32564
- Yıldız, E. U. (2011). *Ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımı: hazırlayıcı ve koruyucu etkenler*. (Cilt 2). (H. Çoşkunol, Dü.) İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz, N. (2017). Ayakta Tedavi Gören Sentetik Kannabinoid Bağımlılarında Aleksitimi, Saldırganlık ve Dürtüsellik İlişkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.

Yüncü, Z., & Savaş, H. A. (2007). Zeki Yüncü, Haluk A. Savaş, Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 8(3).



EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı




BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

24.10.2017

Enstitümüz Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji (tezli) programı öğrencisi *Ayşe Burcu BABAÇ*' ın "*Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Dürtü Kontrol Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki*" konulu tezine anket çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

ETİK KURUL ÜYELERİ


Prof. Dr. Ebru URAL
BAŞKAN


Prof. Dr. Akile Reşide GÜRSOY
ÜYE


Prof. Dr. Selahattin SARI
ÜYE


Prof. Dr. Turgut ÖZKAN
ÜYE


Prof. Dr. Ercan AKYIGİT
ÜYE


Prof. Dr. Ali Vahit TURHAN
ÜYE


Prof. Dr. Levent ÜRER
ÜYE


Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
ÜYE


Prof. Dr. Erdoğan TAŞKIN
ÜYE

Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr

Ayazağa-Maslak Yerleşkesi: Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90
Beylikdüzü Yerleşkesi: Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyüçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68
Taksim Yerleşkesi: Siraselviler Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. Beykent Üniversitesi

Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Ayşe Burcu Babaç tarafından yürütülen “ Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Dürtüsellik ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen maksimum 30 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 60 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilirsiniz veya burcu.babac@gmail.com e-posta adresi ve 0537 671 80 17 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ayşe Burcu Babaç

İmzası:

Şahidin:³

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

¹Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağı (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

²İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) İnternet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki “araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair” ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem İnternet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırmacının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

³Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcı araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT: Araştırmacıdan, onam formunun imza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasına uygun olan alternatifini yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son hâlini vermesi ve bu şekilde formu göndermesi beklenilmektedir.



EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıda “Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Dürtüsellik ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki” adlı çalışmada kullanılmak üzere size ve ailenize yönelik birtakım sorular yer almaktadır. Lütfen soruları eksiksiz olarak cevaplandırınız.

Araştırmamıza katkınız için teşekkür ederiz.

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

- a) Kadın b) Erkek

3. Yaşadığınız yer:

- a) Şehir merkezi b) İlçe merkezi c) Köy/Kasaba

4. Göç durumu:

- a) İç göç b) Dış göç c) Yok

5. Eğitim durumunuz:

- a) Okur- yazar
b) İlkokul mezunu
c) Ortaokul mezunu
d) Lise mezunu
e) Üniversite mezunu
f) Yüksek lisans/ doktora

6. Sağlık güvenceniz:

- a) Yok
b) SGK
c) Özel
d) Diğer belirtiniz...

7. Anne-baba hayatta mı?

- a) Evet b) Hayır c) Yalnızca anne sağ d) Yalnızca baba sağ

8. Hayatta iseler birlikte mi yaşıyorlar?

- a) Evet b) Hayır

9. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Alt / Yetersiz b) Orta Alt c) Orta Üst d) Yüksek

10. Medeni Durumunuz:

- a) Bekâr
b) Evli
c) Boşanmış/Ayrı Yaşama

11. Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız
b) Anne ve baba
c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler
d) Arkadaş vs.

12. Mesleğiniz nedir?

- a) Öğrenci
b) Memur
c) İşçi
d) Ev kadını
e) Emekli
f) Serbest

13. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? Varsa belirtiniz.

.....

14. Hiç hayatınızda keyif verici madde kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

15. Evet ise hangisi ya da hangilerini kullandınız? Belirtiniz.

.....

16. Evet ise ne kadar süre kullandınız. Yıl/ay/gün olarak belirtiniz.

.....

17. Evet ise ilk kullandığınız yaşı belirtiniz.

.....

EK 4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 TÜRKÇE VERSİYONU

Bu ölçek, bireylerin farklı durumlardaki kendine özgü düşünce ve eylemlerini anlamaya yönelik maddelerden oluşmaktadır. Lütfen aşağıdaki durumlarda nasıl düşünüp, davrandığınızı sağdaki seçeneklerden size en uygun olanını ifade edecek şekilde eksiksiz olarak tamamlayınız.

Lütfen yanıtlarınızı hızlıca, dürüst ve üzerinde çok düşünmeden aklınıza ilk geldiği şekilde veriniz. Teşekkür ederiz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1.	İşlerimi dikkatle planlarım.				
2.	Düşünmeden iş yaparım.				
3.	Hızla karar veririm.				
4.	Hiçbir şeyi dert etmem.				
5.	Dikkat etmem.				
6.	Uçuşan düşüncelerim var.				
7.	Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8.	Kendimi kontrol edebilirim				
9.	Kolayca konsantre olamam.				
10.	Düzenli para biriktirim.				
11.	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.				
12.	Dikkatli düşünen birisiyim.				
13.	İş güvenliğine dikkat ederim.				
14.	Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15.	Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16.	Sık sık iş değiştiririm.				
17.	Düşünmeden hareket ederim.				
18.	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19.	Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20.	Düşünerek hareket ederim.				
21.	Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22.	Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23.	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24.	Hobilerimi değiştiririm.				
25.	Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26.	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27.	Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28.	Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29.	Yap-boz/puzzle çözmeyi severim.				
30.	Geleceğini düşünen birisiyim.				

EK 5. Duygu Düzenleme G cl g   l eği

DUYGU DÜZENLEME GÜCLÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Bu ölçekteki sorular bireyin durumlar karşısındaki duygularını belirlemek üzere hazırlanmıştır. Lütfen hangi koşulda ne hissettiğinizi ölçek üzerindeki tüm maddeleri işaretleyecek şekilde eksiksiz tamamlayınız.

Aşağıdaki maddeleri okuduktan sonra sayfanın sağında size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen yanıtlarınızı hızlıca, dürüst ve üzerinde çok düşünmeden aklınıza ilk geldiği şekilde veriniz. Teşekkür ederiz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı Yarıya	�oğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi �nemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden �ıkarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.					
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.					

20.	Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.					
21.	Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım.					
22.	Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23.	Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
24.	Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.					
25.	Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26.	Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28.	Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
29.	Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim					
33.	Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34.	Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
35.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.					
36.	Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

İsim, Soyad : Ayşe Burcu Babaç

Doğum Yeri, Tarihi : Ankara, 27.11.1972

Eğitim

2016-2018 **Beykent Üniversitesi**
Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

1989-1995 **Ortadoğu Teknik Üniversitesi**
Elektrik Elektronik Mühendisliği

1986-1989 **İzmir Fen Lisesi**

İş Tecrübesi

01.2015- Danışmanlık Hizmetleri

01.2012-12.2014 Turkcell Superonline

05.2010-01.2012 Global İletişim Telekomünikasyon Hizmetleri A.Ş.

04.2006-05.2010 Oyak Telekomünikasyon Hizmetleri A.Ş.

10.2004-04.2006 Sabancı Telekomünikasyon Hizmetleri A.Ş.

02.2004-10.2004 Profilo Telra Elektronik San. A.Ş.

04.1996-07.2003 Ericsson Telekom A.Ş.