



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE İLAÇ DIŞI TEDAVİ ARAYIŞLARI VE İLİŞKİLİ
ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ
DR. ÇAĞLAR TURAN

TEZ DANIŐMANI
DOÇ.DR. ESRA YAZICI

AĞUSTOS-2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE İLAÇ DIŞI TEDAVİ ARAYIŞLARI VE İLİŞKİLİ
ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ
DR. ÇAĞLAR TURAN

TEZ DANIŐMANI
DOÇ.DR. ESRA YAZICI

AĞUSTOS-2020

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04/04/2019 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynak listesine yazdığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:04/04/2019

Dr. Çağlar TURAN

İmza

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca her zaman ve her konuda bilgisini ve tecrübelerini bizlere severek aktaran Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Atila EROL' a başta olmak üzere, değerli hocam Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ' ye, tez yazım sürecimin her aşamasında yardımlarını, tüm bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, çok değerli tez danışman hocam Doç. Dr. Esra YAZICI' ya, yine AMATEM servis ve polikliniğinde birlikte çalıştığımız Doç. Dr. Ahmet BÜLENT YAZICI hocama,

Rotasyonunu yapmış olduğum, Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki çok değerli hocalarıma,

Rotasyonunu yapmış olduğum Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki çok değerli hocalarıma,

Dört yıl boyunca çalışmaktan büyük keyif aldığım ve çok sevdiğim, çok değerli asistan arkadaşlarıma ve şuan uzman doktor olmuş arkadaşlarıma,

Psikiyatri ve AMATEM yataklı servislerinde çalışan, çok sevdiğim hemşirelerine, sağlık personeli çalışanlarına, sekreterlerine ve güvenlikçilere,

Yaşamımın tüm zorlu dönemlerinde yanımda olan çok değerli dostlarım, Burak Taner ILGAZ' a, Tülay ŞAHİN' e, Rabia ERDOĞAN' a, Elif MERVE KURT' a, Özlem AKÇAY CİNER' e, Ayla YENİ' ye, Hikmet AKINCI' ya, İlker YAYLAOĞLU' na ve özellikle beni bu yaşa dek getiren, her türlü fedakârlığı gösteren canımdan çok sevdiğim anneme ve şuan aramızda olmayan babama,

Sonsuz Teşekkürlerimle...

Dr. Çağlar TURAN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
ŞEKİLLER	xi
EKLER.....	xii
ÖZET	xiii
SUMMARY	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ALKOL VE MADDE KULLANIMININ TARİHÇESİ.....	4
2.2. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ TANIMI	6
2.2.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5'e göre)	7
2.3. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ	8
2.4. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ	10
2.4.1. Psikodinamik Etkenler.....	10
2.4.2. Genetik Teoriler	11
2.4.3. Öğrenme Teorisi	11
2.4.4. Kişilik Özellikleri	11
2.5. BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER VE GENEL ÖZELLİKLERİ.....	12
2.5.1. Alkol	13
2.5.2. Esrar (Cannabis).....	14
2.5.3. Tütün.....	16
2.5.4. Opioidler.....	16
2.5.5. Sedatif Hipnotikler	18
2.5.6. Psikostimülanlar	18
2.5.7. Halüsinojenler.....	19
2.5.8. Uçucu Solventler.....	20
2.5.9. Kafein	20
2.6. BAĞLANMA VE BAĞLANMANIN BAĞIMLILIKLA OLAN İLİŞKİSİ	21
2.7. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP VE BAĞIMLILIK.....	24
2.8. BAĞIMLILIK VE TEDAVİSİ.....	27
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	29

3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (Ek-2)	30
3.2. BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ UYGULAYICI FORMU BAPİ-U) (Ek-3)	30
3.3. TANRIYA BAĞLANMA ENVANTERİ (TBE) (Ek-4)	31
3.4. İLAÇ DIŞI TEDAVİ ANKETİ(Ek-5)	32
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. HASTALARA AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....	33
4.2. HASTA YAKINLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ AİT BULGULAR	39
4.3. HASTALARIN KLİNİK VERİLERİNE AİT BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
EKLER.....	90
EK 1: ETİK KURUL ONAYI.....	90
EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	91
EK 3. BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ UYGULAYICI FORMU (BAPİ-U)	95
EK 4: TANRI'YA BAĞLANMA ENVANTERİ (TBE)	99
EK 5: İLAÇ DIŞI TEDAVİ ANKETİ.....	102
ÖZGEÇMİŞ.....	105

KISALTMA VE SİMGELER

- 5-HT:** 5-Hidroksi -triptamin
ADH: Alkol Dehidrogenaz
AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
APA: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAPİ-U: Bağımlılık Profil İndeksi Uygulayıcı Formu
BKI: Beden Kitle İndeksi
c AMP: Siklik Adenozinmonofosfat
CB- 1: Kannabinoid Reseptörü tip 1
CB- 2: Kannabinoid Reseptörü tip 2
CRH: Adrenokortikotropin Salgılatıcı Hormon
DA: Dopamin
DAT: Dopamin transporter- Dopamin taşıyıcısı
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DM: Diabetes Mellitus
DS: Denetimli Serbestlik
DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- 4
DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- 5
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi
GABA: Gama aminobütirikasit
HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HIV: Human Immunodeficiency Virus
ICD: International Statistical of Diaseas and Related Health
KVS: Kardiyovasküler Sistem
LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LSA: Liserjik Asid Amid
LSD: Liserjik Asid Dietilamid
MEOS: Mikrozomal Karma Fonksiyonlu Oksidaz
M.Ö: Milattan Önce
NE: Norepinefrin
NMDA: N-metil-D-aspartat
PCP: Fensiklidin
REM: Rapid Eye Movement
SCID: Kişilik Sormacası Taraması için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
THC: Tetrahidrokannabinol
UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

VLDL: Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

VMAT: Veziküler Monoamin Taşıyıcısı

VTA: Ventral Tegmental Alan



TABLolar

Tablo-1: Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	34
Tablo-2: Hastaların Komorbid Ek Hastalıklarına İlişkin Özellikler.....	35
Tablo-3: Hastaların Adli Öykülerine İlişkin Özellikler.....	35
Tablo-4: Adli Durumların Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Veriler.....	36
Tablo-5: Hastaların Denediği İntihar Girişim Yöntemlerine İlişkin Veriler.....	36
Tablo-6: İntihar Girişim Yöntemlerinin Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler.....	37
Tablo-7: Hastaların Kullandığı Psikiyatrik İlaçlara İlişkin Özellikler.....	38
Tablo-8: Hastaların Psikiyatrik Özgeçmişlerine İlişkin Veriler.....	39
Tablo-9: Erkek Hastaların Askerlik Durumlarına İlişkin Sayısal Veriler.....	39
Tablo-10: Hastaların Anne ve Babalarına İlişkin Sosyodemografik Veriler.....	40
Tablo-11: Hastaların Servis-Poliklinik Hastası Olmalarına İlişkin Özellikler.....	41
Tablo-12: Hastaların AMATEM Servis Yatış Ve Poliklinik Başvurularına İlişkin Özellikler.....	42
Tablo-13: Hastaların DSM-V Odaklı Tanı Profiline İlişkin Veriler.....	42
Tablo-14: Hastalarda Tespit Edilen Bağımlılık Tanılarının Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler.....	43
Tablo-15: SCID-2 İle Tespit Edilen Kişilik Bozukluğu Tanılarına İlişkin Veriler....	43
Tablo-16: Tespit Edilen Kişilik Bozukluklarının Bağımlılık Profiline İlişkin Sayısal Veriler.....	44
Tablo-17: Tanrı'ya Bağlanma Biçiminin Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler.....	44

Tablo-18: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Bağımlılık Profiline Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler.....	45
Tablo-19: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Kişilik Bozuklukları Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler.....	46
Tablo-20: Hastaların Yaşam Boyu Kullandıkları Maddeyi Bırakma Sıklıklarına İlişkin Özellikler.....	47
Tablo-21: Hastaların Yaşam Boyu Bağımlılıkla Mücadele İçin Yardım Aldığı Kaynaklara Ait Veriler.....	48
Tablo-22a: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkole Başlama Yaşına Ve Kullanım Süresine İlişkin Veriler.....	49
Tablo-22b: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkol Kullanım Miktarına ve Kullanım Olmadan Geçirilen Süreye İlişkin Sayısal Veriler.....	
Tablo-22c: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkol Kullanmayı Bırakma Denemesine İlişkin Sayısal Veriler.....	50
Tablo-23a: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanımına Başlama Yaşına ve Kullanma Süresine İlişkin Sayısal Veriler.....	50
Tablo-23b: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanım Miktarı Ve En Uzun Kullanım Olmadan Geçirilen Süreye İlişkin Sayısal Veriler.....	50
Tablo-23c: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanımını Bırakma Sayısına İlişkin Veriler.....	51
Tablo-24a: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımına Başlama Yaşına Ve Kullanım Süresine İlişkin Sayısal Veriler.....	52
Tablo-24b: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Kullanım Miktarına Ve En Uzun Kullanım Olmadan Süreye İlişkin Sayısal Veriler.....	
Tablo-24c: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımını Bırakma Sayısına İlişkin Veriler.....	53

Tablo-25: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sayısal Veriler.....	55
Tablo-26a: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler.....	57
Tablo-26b: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Yöntem Sırasında Ve Uzun Dönemde Madde Kullanım Şekline Etkisine İlişkin Veriler.....	58
Tablo-27: Olguların Sosyodemografik Veri Özellikleri İle BAPİ Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	59
Tablo-28: Olguların Tanrı'ya Bağlanma Stilleri Ve İlaç Dışı Tedavi Arayışı İle BAPİ Total Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo-29: Olguların Sosyodemografik Veri Özellikleri Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle İlaç Dışı Tedavi Yöntem Seçimleri İle İlişkinin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo-30: Olguların Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkinin Değerlendirilmesi.....	61
Tablo-31: Olguların BAPİ Total Skorları ile Tanrı'ya Bağlanma Envanteri Alt Ölçek Boyutlarının İlişkinin Değerlendirilmesi.....	62
Tablo-32: Olguların İlaç Dışı Yöntem Seçimleri ile Yaşları Ve BAPİ Total Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	62
Tablo-33: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanma Süresinin Alkol-Madde Kullanımı Olmadan Geçirilen Süre Ve BAPİ Total Skor İle İlişkinin Değerlendirilmesi.....	
Tablo-34: Bağımlılık Şiddeti ile Kişilik Bozukluğunun Ve İlaç Dışı Tedavi Arayışı İle İlişkinin Değerlendirilmesi.....	64
Tablo-35: Olguların Kişilik Bozukluğu İle BAPİ Total Skorlarının, Yaşam Boyu Madde Kullanmadan Geçirilen En Uzun Sürenin Ve Madde Kullanımını Bırakma Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirmeleri.....	64

Tablo-36: Olguların Daha Önce AMATEM Servisinde Yatarak Tedavi Görme Durumları İle BAPİ Total Skor, Madde Bırakmayı Deneme Ve En Uzun Madde Kullanmadan Geçen Süre İle İlişkisine Ait Değerlendirmeler.....	65
Tablo-37: Olguların Geçmiş Adli Durumları İle Bağımlılık Şiddeti, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin İlişkisine Ait Değerlendirmeler.....	66
Tablo-38: Olguların Annelerinin Yaş Grupları İle Bağımlılık Şiddeti, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle İlişkisine Ait Değerlendirmeler.....	66
Tablo-39: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler İle Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler Arasında Bağımlılık Şiddeti, BAPİ Total Skoru, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve İlaç Dışı Yöntem Seçim Şekilleri İle İlişkisine Ait Değerlendirmeler.....	67
Tablo-40: Olguların İlaç Dışı Tedavi Arayışı Durumları İle Psikiyatrik Özgeçmişleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	68
Tablo-41: Olguların Kişilik Bozuklukları İle Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Ve Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	68

ŞEKİLLER

Şekil-1: Hastaların İntihar Yöntem Oranları.....	37
Şekil-2: Hastaların Servis-Poliklinik Hastası Olmalarına Göre Dağılımları.....	41
Şekil-3: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Bağımlılık Tanılarına Göre Dağılımı.....	45
Şekil-4: Hastaların Yaşam Boyu Kullandıkları Maddeyi Bırakma Sıklıkları.....	47
Şekil-5: Hastaların Yaşam Boyu Yardım Aldığı Kaynaklara Ait Veriler.....	48
Şekil-6: Hastaların Tercih Maddesine İlişkin Sayısal Veriler.....	54
Şekil-7: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sayısal Veriler.....	56

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	89
Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu.....	90
Ek 3: İlaç Dışı Tedavi Anketi.....	94
Ek 4: Bağımlılık Profil İndeksi Uygulayıcı Formu (BAPİ-U)	98
Ek 5: Tanrı'ya Bağlanma Envanteri (TBE)	101



ÖZET

Giriş ve Amaç: Alkol- madde bağımlılığı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılığa yönelik tedavide hekimlerin uygulamış olduğu ilaç tedavisinin yanı sıra, hastaların kendilerinin uygulamış oldukları ilaç dışı tedavi arayışları da olabilir. Kişinin mizacı özellikleri ve bir çeşit geçiş nesnesi olarak da kabul edilen Tanrı ile olan bağlanma biçimi de, bu ilaç dışı tedavi yöntemlerinin seçiminde etkili olabilir. Bu çalışmada bağımlı hastaların ilaç dışı tedavi arayışlarını ve Tanrı ile olan bağlanma biçimleri başta olmak üzere ilaç dışı tedavi arayışları ile ilişkili etmenlerin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM yataklı servisine ve AMATEM polikliniğine, 15.04.2019 – 15.10.2019 tarihleri arasında başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza DSM-5(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, 5. Basım)' e göre Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları tanısından en az birini almış 103 hasta katılım sağlamıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, İlaç Dışı Tedavi Anketi, Bağımlılık Profil İndeksi-Uygulayıcı Formu, Tanrı'ya Bağlanma Envanteri uygulanmış olup, beraberinde SCID-1 ve SCID-2 görüşmesi yapılmıştır.

Toplanan verilerin analizi SPSS-22 programı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Bağımlı bireylerde, ilaç dışı herhangi bir yöntem arayış oranı %33 olarak tespit edilmiştir. Bağımlılıktan kurtulmak amacı ile en çok dine yönelme yöntemleri(%24,3) tercih edilmektedir. Tek tek bakıldığında en çok namaz kılma(%17,4) ve spor yapma(%6,7) gibi kendi kendine yardım yöntemleri tercih edilmektedir. Hastaların Tanrı ile olan bağlanma biçimleri ve kişilik özellikleri ile ilaç dışı tedavi yöntemi seçimi arasında ilişki bulunamamıştır. Ama bağımlılık şiddeti ve ek psikiyatrik problemlerin oluşunun ilaç dışı tedavi arayışında bulunmasında etkili olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda bağımlılık şiddeti yüksek olan ve ek psikiyatrik tanıları olan hastaların diğerlerine göre daha fazla ilaç dışı tedavi arayışı gösterdikleri tespit edilmiştir. Bağımlılığın tedavisi çok yönlü bir boyutta ele alınması gereken bir

hususdur. Çalışmamız bağımlılığın tedavisinde ilaçların yer almasının yanı sıra, hastaların uyguladıkları ilaç dışı tedavilerin de olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alkol Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı, Tanrı'ya Bağlanma, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Kişilik Özellikleri



SUMMARY

NON-DRUG TREATMENT SEARCHES AND RELATED FACTORS IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL – SUBSTANCE USE DISORDERS

Aim and Introduction: Alcohol-substance abuse is an important public health problem. In addition to drug treatment applied by physicians in addiction treatment, there may be non-drug treatment methods applied by patients themselves. The person's temperament and attachment to God, which is also considered a kind of transitional object, can also be effective in the selection of these non-drug treatment methods. In this study, it was aimed to investigate the non-drug treatment seeking of addicted patients and the factors related to non-drug treatment seeking, especially their attachment with God.

Material and Method: This study was conducted on patients who applied to the Sakarya University Training and Research Hospital AMATEM inpatient service and the AMATEM outpatient clinic between 15.04.2019 - 15.10.2019. According to DSM-5, 103 patients who had at least one diagnosis of Alcohol-Substance Use Disorders participated in our study. Patients were administered Sociodemographic Data Form, Non-Drug Treatment Questionnaire, Addiction Profile Index-Practitioner Form, God Attachment Inventory, and SCID-1 and SCID-2 were interviewed.

Results: In addicted individuals, the rate of seeking any non-drug method was found to be 33%. In order to get rid of addiction, the methods of turning to religion are preferred (24.3%). When looked individually, self-help methods such as praying (17.4%) and doing sports (6.7%) are preferred. No relationship was found between the patients' attachment styles with God and their personality traits and the choice of non-drug treatment method. However, the severity of addiction and additional psychiatric problems have been found to be effective in seeking non-drug treatment

Conclusion: In our study, it was found that patients with high severity of addiction and additional psychiatric diagnoses were seeking more non-drug treatment than

others. Treatment of addiction is an issue that should be handled in a multidimensional dimension.

Key Words: Alcohol Addiction, Substance Abuse, Attachment to God, Traditional and Complementary Medicine, Personality Traits



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre, normal sağlığın devamı için gerekli olmayan, vücuda alındığında bir veya birden fazla işlevi değiştirebilen, merkezi sinir sistemini etkileyerek, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında birtakım etkiler oluşturabilme özelliğine sahip maddelere psikoaktif madde denilmektedir(W.H.O, 2010.).

Bağımlılık; ilaç özelliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden dolayı, maddenin bütün haz verici etkilerini duyumsamak veya alınmadığında meydana gelen yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için sürekli ya da aralıklı olarak madde alma isteği ve birtakım davranış bozuklukları ile giden bir beyin hastalığıdır(Uzby IT., 2003).

Alkol- madde bağımlılığı hem ülkemizde hem dünya genelinde çözülmesi güç bir halk sağlığı sorunudur. Bireyleri ve yaşadıkları çevre içerisindeki diğer tüm insanları psikolojik, biyolojik, ekonomik ve sosyal yönden olumsuz yönden etkileyen, işlevselliği bozucu multifaktöriyel bir hastalıktır. Alkol-madde kullanımı olan bireylere yönelik tedavi yaklaşımı multidisipliner olup, girişimsel ve girişimsel olmayan birçok metodu bünyesinde barındırmaktadır. Ülkemizde bağımlılığı olan bu bireyler AMATEM yataklı servislerinde ve polikliniklerinde gerek ayaktan gerekse yatırılarak tedavi verilmektedir. Genel olarak tedavi öncelikli olarak arındırma ve yoksunluk belirtilerinin farmakolojik ajanlarla bastırılması ve daha sonra psikoterapik yöntemlerle ya da motivasyonel görüşmelerle yeniden madde alımının hem bilişsel açıdan hem de fiziksel açıdan önüne geçilmesi şekliyle uygulanmaktadır.

Tedavide yer alan ilaçların birtakım yan etkilerinin görülmesi, hekim-hasta ilişkisi, sosyal çevre içerisinde bağımlıların karşı karşıya kalmış oldukları stigmatizasyon yani damgalanma, tedaviye olan inanç ve istek gibi birçok faktör prognozu etkilemektedir. Bununla birlikte, ilaçların olumlu farmakolojik etkilerinin görülebilmesi için belli bir sürenin geçmesi, ailenin ve çevrenin bağımlı kişiden psikolojik, biyolojik ve ekonomik açıdan yüksek beklentilerinin olması nedeni ile hastalar kimi zaman sosyal medyadan ya da çevresinden duymuş olduğu birtakım ilaç dışı tedavi yöntemlerine başvurabilmektedirler. Hastaların ilaç dışı tedavi arayışları yapılan klinik

görüşmelerde anektodal olarak belirlenmekle birlikte, bu yöntemlerin dağılımı, tercih edilme nedenleri ve sonuçları tam anlamıyla araştırılmamıştır. Bunlar; akupunktur, hacamat, bitkisel ürünler gibi “ Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” olarak da bilinen yöntemlerden biri olabildiği gibi; dini ve kültürel normlardan beslenerek günümüze kadar gelen ve halen daha devam etmekte olan; muska /cevşen taşımak ya da bir tarikata üye olmak, okunmuş su içmek gibi yöntemlerden biri de olabilmektedir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp; bireylerin mevcut hastalıklarına ya da sahip oldukları sağlık durumunu korumak adına, olası tıbbi tedavinin yetersizliği, ilaçlara, hekime olan inancı ve bu konu hakkındaki olumsuz düşünceleri ve çevresinden edinmiş olduğu pozitif geri bildirimli vakalarla alakalı edinilen bilgiler nedeni ile başvurduğu, beden, ruh ve zihinsel faaliyetler yönünden iyilik haline ulaşmaya yardımcı olan, kültürel, dini ve tarihi normlardan etkilenecek günümüze kadar gelen bütüncül bir yaklaşımdır(Arzu Araz, 2007).

Tedaviye yanıt ve uyum aynı zaman da sadece hasta- hekim ilişkisi, ilaç yanıtı gibi faktörlerden etkilenmekle kalmayıp, kişinin mizaci özellikleri ve bağlanma biçimi gibi faktörlerle de değişebilmektedir(Kokcu & Kesebir, 2010). Freud’un psikanaliz görüşünden zemin alan ve Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramı; hayatın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma biçimine şekil veren bir görüngüdür. Anne ve bebeği arasında kurulan iletişimin, bebeğin psikososyal yönden gelişimini etkilemekte ve gelişim basamaklarında meydana gelen bağlantı kopukluğunun ya da sağlıklı bağlanmanın kurulamamış olmasının bir takım kişilik sorunlarına ve ruhsal hastalıklara yol açabileceğini öne sürer. Örnek olarak da güvensiz bağlanma biçimi olan bireylerde nevrotik ruhsal hastalıkların gelişebileceği gösterilebilir(Ozturk MO, 2002).

Bağlanma stili ve bağımlılıkla alakalı alkol bağımlılığı olan 39 hasta ve 34 kontrol grubundan oluşan bir çalışmada, alkol bağımlılığı olan grupta nevrotik özelliklerin daha baskın olduğu ve bağlanma stili olarak da daha az güven sunduğu gösterilmiştir(Camart, Cotte, Leignel, Bouvet, & Limosin, 2016).

Oluşan bağlanma stili, kişinin mizaci özelliklerine de etkiyerek, çevresinde yer alan aile, arkadaş gibi insanlarla olan ilişkisine yansımakla kalmayıp, Tanrı’ya olan bakış

açısını ve dolayısı ile inancını da değiştirebilir. Bu nedenle bağlanma biçimi ve meydana getirdiği sonuçlar, alkol-madde kullanımı olan bireylerin, dini ya da dini olmayan hangi yöntem ya da yöntemleri seçeceği hususunda önemli bir rol üstlenmiş olacaktır.

Bu çalışmanın amacı; alkol ve madde kullanımı olan bireylerde kişilik özelliklerinin ve bağlanma biçiminin, ilaç dışı tedavi arayışında dini ya da dini olmayan ilaç dışı yöntemlerin seçiminde nasıl bir rol aldığını ve ne denli etkili olduğunu göstermiş olacağız.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL VE MADDE KULLANIMININ TARİHÇESİ

Madde kullanımının geçmişi, insanlık tarihinin çok eski dönemlerine dek uzanmaktadır. Edebiyat, mitoloji ve din gibi kültürel alanlarda, bağımlılık yapıcı maddelerin konu edinilmiş olması da günümüze dek ulaşmalarına neden olmuştur(Köknel, 1998).

Yazılı belgelerden öncelikle, alkol ile alakalı bilgilere ulaşılmıştır. Üzüm fermentasyonu ile alkol üretimine dair veriler M.Ö. 6000 gibi çok eski bir tarihe dayanmaktadır(M. McKim, 2000).

Eski Mezopotamya'daki tabletlerde şarabın ilaç olarak kullanıldığını düşündürten veriler olduğu belirtilmiştir(I. Uzbay, 1981). Atinalı Doktor Mnesitheos, şarabın tek başına tüketilmemesi gerektiğini, beraberinde üzüm ya da fındık gibi bir yiyecek ile içilmesini, fazla miktarda alındığında mutlaka içilen şarabın çıkartılmasını ve kişinin kendisini kötü hissetmesi durumunda duşa girmesini önermiştir(Deighton, 2000).

Yoğun alkol kullanımının tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu ifade eden 1700'lerde Dr. Benjamin Rush olmuştur. Magnus Huss, alkol bağımlısı olan hastalar için " ayyaşlık " ifadesinin kullanılması yerine bu durumun ayrı bir klinik hadise olduğunu vurgulayarak "alkolizm" ifadesinin kullanılmasını öngörmüştür(Ceylan, 1998; Coşkunol H, 1996).

Alkol kullanımına dair problemleri, 1850 yılında Carpenter, 1893 yılında Crothers ve 1888 yılında Kerr bağımlılık ifadesine benzer bir şekilde ele almışlardır. Edwards ve Gross, 1976 yılında " Alkol Bağımlılığı Sendromu " kavramını ortaya koyarak; alkol bağımlılığına dair diğer kavramların geliştirilmesine öncülük etmişlerdir (McCrary S, 1999).

Kaynağının Orta Asya olduğu düşünölen kannabis bitkisinin geçmişı M.Ö. 2. yüzyıla dek uzanmaktadır. Kelime olarak kannabis İskit kökenlidir. Bu bitki daha önce Çin'de ip elde etmek amacı ile kullanılmıştır(W. A. McKim, 2000).

Tedavi maksatlı kullanılabilceğini öne süren ise ilk defa Çin İmparatoru Shen - Nung olmuştur(B. M. Evren C, 2013).

William Broke O'Shaughnessy, kannabisin astım, tetanoz, migren, dismenore gibi hastalıklarda kullanılabilceğini, kusmayı ve konvülsiyonu önleyici etkilerinin olduğunu ifade eden makaleler yayımlamıştır. Meksikalı işçiler tarafından kannabisin sigara şeklinde kullanılması ve marihuana tabiri 20. yüzyılım başlarında meydana gelmiş olup, zamanla bu şekilde kullanımı Kuzey Amerika'da giderek yaygınlaşmıştır(Jacobson, 2014).

Opiyuma ait ilk veriler M.Ö. 3400 yılına dek uzanmaktadır. Hipokrat, opiyumu bazı hastalıkların tedavisinde kullanılabilceğini ama tehlikeli yönlerinin de olabileceğinden bahsetmiştir. Galenos afyonu başka etken maddelerle karıştırarak, afyonun tıbbi kullanımının yaygınlaşmasını sağlamıştır(Mat, 2010).

Efedrin, 5000 yılı aşkın bir süredir Çin tarafından bilinmekte ve Ma huang bitkisinden elde edilerek alternatif tıpta kullanılmaktadır. Araştırmalar neticesinde efedrinin yapı ve etki bakımından nöradrenaline benzediğı belirtilmiştir(W. A. McKim, 2000). L Edealeno tarafından sentezlenen amfetaminin geçmişı, efedrinin kullanılmasından çok daha öncesine dayanmaktadır. Efedrinin yerine geçebilecek en hesaplı ve etkili seçeneğın amfetamin olduğunu belirten ise Gordon Alles olmuştur(Moore, 2011; Stix, 2009).

II. Dünya Savaşı'nda askerlerin performansını artırmaya yönelik Alman ve Japon ordusu amfetamin kullanılmıştır(Stix, 2009). Gordon Claridge, kendi yazmış olduğu kitabında, insanlar üzerinde yapılan bir deneyde, amfetamin alan grubun, plasebo alan ve hiçbir şey almayan gruplara göre, belli bir görevi daha hızlı ve minimum hata ile yaptıklarından bahsetmiştir(Claridge, 1972).

2.2. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ TANIMI

Bağımlılık anlam itibari ile kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramdır. Tanımlamak gerekirse, bir objeye, bir şahsa ya da herhangi bir varlığa karşı duyulan aşırı, kontrol edilemez bir istek ya da bir başka iradenin boyunduruğu altına girmek olarak ifade edilebilir(Uzbay, 2015).

Bağımlılık kişiyi psikolojik, sosyal, ekonomik ve biyolojik açıdan olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılık dendiğinde öncelikli olarak akla bir ilaca ya da bir kimyasal maddeye istinaden gelişmiş bağımlılık gelir.

Güncel olarak bağımlılık ele alındığında sadece bir ilaca ya da kimyasala karşı oluşmayıp; oyun, internet, seks, spor ve yeme-içme gibi birçok alanda karşımıza çıkabilmektedir(Bloom, 2010).

Bağımlılığın meydana gelişi hususunda iki süreçten bahsedilmektedir. Erken dönem olarak bilinen psikolojik süreç ve geç dönem olarak bilinen fiziksel bağımlılık süreci. Psikolojik süreç; pozitif pekişiri, ödül sisteminin aktivasyonu ve kullanılan maddeye karşı özlem yani aşermeden ibarettir. Fiziksel bağımlılık süreci ise yoksunluk krizi, kullanılan maddeye toleransın gelişimi ve fiziksel bağımlılığı içermektedir(Uzbay, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), madde bağımlılarını bilimsel gelişmeler neticesinde 1951 yılından itibaren hasta olarak değerlendirmeye başlamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği ise, bağımlılığın bir bozukluk olduğunu belirtmiştir(Ayvayışık, 2009).

DSM'nin ilk basımında madde kullanımı, sosyopatik kişilik bozukluğu içerisinde değerlendirilirken(APA, 2013), ikinci basımı DSM-II' de ise yine ilk basımdaki gibi ele alınmıştır(APA, 1968). DSM-III'te ise madde bağımlılığı ile maddenin kötüye kullanımının ayrı tanımları yapılmış ve bağımlılık için fizyolojik belirtilerin olması gerektiğinin altı çizilmiştir(APA, 1980). DSM-IV'te, maddenin kötüye kullanımının, bağımlılığın başlangıç noktası olduğu ve kötüye kullanımın, bağımlılıktan daha hafif bir tablo olduğu düşünülmüştür(APA, 1994). DSM-IV-TR içerik olarak DSM-IV'e benzemektedir(APA, 2013; Güleç ve Köşger, 2015)

DSM-V ile DSM-IV genel olarak birbirleri ile benzeşiyor olsalar da, bazı hususlarda değişikliğe gidilmiştir. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar başlığı, DSM-V'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları şeklinde değiştirilmiştir(DS Hasin et al, 2013). DSM-IV'te varken, DSM-V'te çoklu madde bağımlılığına yer verilmemiş olup maddeler sınıflandırılırken DSM-IV'te 10'a, DSM-IV'te ise 11'e ayrılmıştır(DS Hasin et al, 2013; JH Jaffe, 2005). DSM-V'te maddeyi kötüye kullanım ve madde bağımlılığının ölçütleri tek başlık altında toplanarak, madde kullanım bozukluğu tanısına dâhil edilmiştir. Madde kullanımından kaynaklanan tekrarlayan yasal sorunlar yerine maddeyi yeniden kullanmaya karşı duyulan istek ölçütü getirilmiş ve tanı koymak için gereken üç ölçüt, ikiye düşürülmüştür(DS Hasin et al, 2013; NIH, 2015). DSM-V'te kafein kullanım bozukluğu yer almazken, kafein yoksunluğuna yer verilmiştir. Yine DSM-V'te ilk defa esrar yoksunluğundan bahsedilmiştir(APA, 2013; DS Hasin et al, 2013; Güleç ve Köşger, 2015). Fensiklidin ile görülen zehirlenme tablosunda algı patolojisi ile giden belirti çıkartılmıştır.

DSM-V'te bizlere madde ile ilişkili olmayan bozukluklar adında yeni bir kategori daha sunulmuştur. Bu kategori yalnızca kumar oynama bozukluğunu içermektedir. DSM-V'te ilk defa madde kullanımı ile tetiklenen obsesif kompulsif bozukluk tanımlanmıştır(Güleç ve Köşger, 2015).

2.2.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5'e göre)

A. on iki aylık zaman zarfında, aşağıda yer alan belirtilerden en az ikisinin olması şartı ile kişide klinik açıdan ciddi sıkıntıya ve işlevsellikte azalmaya neden olan sorunlu madde kullanımı:

1. Çoğu defa, beklenenden daha uzun süreli ve daha fazla miktarlarda madde almış olma.
2. Kullanılan maddeyi bırakmak ya da kontrol altında tutabilmek için aşırı istek ve olumsuz sonuçlanan çabalar.
3. Bahsi geçen maddeye ulaşabilmek, maddeyi kullanmak ya da mevcut etkilerinden kurtulabilmek için gereken işlere fazla vakit ayırma.
4. Bahsi geçen maddeyi kullanmak için kendini zorlanmış hissetme, özlem duyma.

5. Ev, iş ve okul gibi alanlardaki yükümlülüklerini yerine getirmeme ile neticelenen, tekrarlayıcı madde alımı.
6. Madde kullanımından kaynaklanan, tekrarlayıcı ve daimi kişilerarası ya da toplumsal ilişkilerde sıkıntılar olmasına rağmen yine kullanmaya devam etme.
7. Bahsi geçen madde kullanımı nedeni ile iş ya da toplumsal bir takım faaliyetlerden kaçınma ya da buna ayrılan sürenin azalmış olması
8. Tehlikeli durumlara rağmen, tekrar eden madde kullanımı
9. Muhtemel madde kullanımından kaynaklanan fizyolojik ya da psikolojik sorunlar yaşanmasına rağmen madde kullanımına devam etme
10. Aşağıdakilerden birini karşılayan toleransın gelişmiş olması:
 - a) Yoksunluğu ya da beklenen etkiyi sağlamak için artan miktarlarda madde kullanımı
 - b) Aynı miktarda madde alımına rağmen, istenen etkinin giderek azalması
11. Aşağıdakilerden birini karşılayan yoksunluğun gelişmiş olması
 - a) Bahsi geçen maddeye özel yoksunluk sendromu ölçütlerine başvurma
 - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da uzak durabilmek adına bahsi geçen madde ya da ona benzer şekilde etki eden bir maddenin alınması(Köroğlu, 2013.).

2.3. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) 2018 yılı raporuna göre; Avrupa Birliği'nde yaşayan 15-64 yaş arası veya 92 milyonun üzerinde kişilerin dörtte birinden daha fazlasının hayatlarının bir döneminde uyuşturucu madde deneyimi yaşadıkları düşünülmektedir. Cinsiyet gözetildiğinde uyuşturucu maddeyi kullanımı erkeklerde (56 milyon) kadınlara (36,3 milyon) göre daha fazladır. En sık kullanılan madde esrar olup, erkeklerde 53,5 milyon, kadınlarda ise 34,3 milyon olarak tahmin edilmektedir(EMCDDA., 2018).

Dünya Madde Raporu'na göre (2016), 2014 yılında 247 milyon kişinin (15-64 yaş aralığı) hayatında en az bir kez madde kullandığı ve bu kişilerden kullanım bozukluğu

yaşayanların sayısının ise en az 29 milyon olduğu bildirilmiştir. Yine aynı rapora göre %3,8 ile en çok kannabis kullanımının olduğu sonra da %0,8 amfetamin, %0,7 opioid %0,4 ekstazi ve %0,38 kokain kullanıldığı tahmin edilmektedir(UNODC, 2016).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (TUBİM) raporuna göre; 2013 yılında madde kullananların oranı %2,7; 2011 yılında ise sigara kullananların % 51,8 ve alkol kullananların ise %28,3 oranında olduğu tespit edilmiş olup, en riskli yaş aralığı ise 15-24 olarak bildirilmiştir(TUBİM, 2012, 2014).

11,9 milyon Avrupalı erişkinden %3,6 'sının hayatında en az bir kez amfetamin kullandığı tahmin edilmektedir. Amfetamin kullanımının en sık olduğu yaş grubu ise 15-34 yaş aralığı olarak bildirilmiştir. Avrupa'da 2016 yılında bağımlılık nedeni ile tedavi görmek isteyen 35,000 kişinin öncelikli maddesinin amfetamin olduğu ve bunların 15,000 kadarının ilk kez tedavi olmak istediği rapor edilmiştir(EMCDDA., 2018).

Boğaziçi Üniversitesi'nde birbirinden farklı sınıflarda eğitim almakta olan 735 öğrenciden oluşan bir çalışmaya göre hayat boyu en az bir kez esrar kullanımı % 9,2; ekstazi kullanımı % 2,7; uçucu madde kullanımı % 1,2; eroin kullanımı % 0,3; benzodiazepin kullanımı % 3,4; flunitrazepam kullanımı % 0,6; kokain kullanımı ise % 0,4 olarak tespit edilmiştir(K Ögel, 2005; Taner, 2005).

2016 yılı verilerine göre Avrupa Birliği'nde aşırı miktarda madde kullanımına bağlı ölümlerin sayısı en az 7929 olup, hepsi en az bir yasa dışı madde almış bulunmaktadır. Yine 2016 yılında Türkiye tarafından düzenlenen rapora göre ölenlerin yaş aralığı Avrupa Birliği'ne göre daha genç bir profil çizmektedir(EMCDDA., 2018).

2018 yılında bağımlılık nedeni ile tedavi gören hastalar kullandıkları maddeye göre oranlandığında, %62,1'i eroin; %12,9'u sentetik kannabinoid; %8,3'ü esrar; %7,8'i metamfetamin; %2,9'u kokain; %1,5'i ekstazi; %1,5', uçucu madde ve %3,1'i diğer maddelerden ötürü tedavi görmüşlerdir(EMCDDA., 2018).

2.4. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ

Günümüzde insanların nasıl bağımlı oldukları ya da bazı insanların neden bağımlı olmadıkları net bir biçimde aydınlanmış değildir. Genel olarak bakıldığında bağımlılığın meydana gelebilmesi için şu üç koşulun bir araya gelmiş olması gerekmektedir. Bunlar;

- Maddeye ulaşılabilirlik
- Kişinin var olduğu sosyal çevre
- Madde kullanımına ya da bağımlılığa yatkın bir kişilik

Genel olarak özetlersek; madde kullanımına yatkın bir kişiliğin, uygun sosyal çevre içerisinde, maddeyi kolay bir biçimde elde edebildiği takdirde, birtakım nörokimyasal hadisenin de meydana gelmesi ile birlikte bağımlılık ortaya çıkabilmektedir(Tosun, 2008).

2.4.1. Psikodinamik Etkenler

Bağımlı bir kişinin hayatında, maddenin hangi amaca hizmet ettiğini ve kişinin mevcut sorunları ile başa çıkma yöntemlerini açıklamada psikodinamik yorum temel bir alt yapı oluşturur. Bununla birlikte genetik, sosyal bilimler ve aile teorileri de bu mekanizmayı açıklamada önemli rol üstlenmektedirler(Larsson S, 2001).

En başlarda psikodinamik formülasyon ile dürtü teorisi temel alınmış ve bilinçdışı dürtülerin ve bilinçdışı madde kullanımının anlamından söz edilmiştir. Başka bir modelde ise madde kullanımının bir çeşit kronik intihar olarak değerlendirilebileceği şeklinde yorumlaması yapılmıştır(Gönüllü G O, 2002).

Ego fonksiyonlarından biri de benliğin savunulmasıdır. Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan bu fonksiyonda meydana gelebilecek bir bozuklukta, yadsıma, yansıtma ve gerileme gibi birtakım savunma mekanizmaları kullanılmaktadır(Gönüllü G O, 2002).

Bağımlılarda, yansıtma, gerileme ve inkâr savunma mekanizmaları bilhassa ele alınmış özellikle gerileme; bağımlılarda ego fonksiyonlarındaki yetersizliği açıklamada odak noktası olmuştur(Fine J, 2001).

Otto Rank, dünyada en güvenilir ve huzurlu yerin ana rahmi olduğunu ve insanların yine yaşamda aynı huzuru yakalamaya çalıştığını, bu huzurlu ortamdan ayrılmadan ötürü meydana gelen anksiyeteyi yatıştırmak nedeni ile insanların maddeye yöneldiğini ifade etmiştir(K. Ögel, 2018).

Maddenin kötüye kullanımı, klasik teorilere göre mastürbasyona tekabül ettiği belirtilmiştir. Kaygı verici bir uyarana karşı yanıt ya da oral regresyonun bir çeşit göstergesi olarak yorumlanmıştır(Kaplan & Sadock, 2016).

2.4.2. Genetik Teoriler

Bağımlılığa genetik yatkınlığın etkisi halen daha tartışmalı bir konudur. Aile öyküsünde madde kullanımı olanların, bağımlılığa daha yatkın olduklarını düşündüren veriler olduğu gibi tam tersini düşündüren verilere de rastlanmaktadır(Bowirrat A, 2005; I. Uzbay, 2006).

Dopaminerjik D2 reseptörlerinin bağımlılığın meydana gelmesinde önemli bir rol oynadığı ve bu reseptörlerin eksikliğinde ödüllendirmeye karşı duyarlılıkta bir azalma meydana gelebileceği çalışmalarca vurgulanmıştır(Bowirrat A, 2005; I. Uzbay, 2006).

Yapılan çalışmalar neticesinde birinci derece akrabalarında alkol bağımlısı bulunan kişilerin kontrol grubuna göre alkol bağımlılığı geliştirme ihtimali ile daha çok karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir(Cloninger CR 1987; Hesselbrock V, 1991).

2.4.3. Öğrenme Teorisi

Bağımlılığı açıklamada kullanılan diğer bir teori ise öğrenme teorisidir. Klasik ve operant koşullanma yolu, meydana gelen olaylar ile madde kullanımı davranışı arasında bağlantılar kurarak bu davranışı pekiştirmektedir. Kullanılan maddenin bulunduğu ortam ya da koşullar, madde kullanımı ile eşleştirilir ve bu benzer koşullarda yine madde kullanılması gerektiği fikrini doğurur(K. Ögel, 2018).

2.4.4. Kişilik Özellikleri

Alkol kullanımına başlamada ve sürdürmede bazı kişilik önemi büyüktür. Tanımlanmış tek bir bağımlı kişilik özelliği yoktur. Heyecan arayışı içerisinde olan

bireylerde alkol-madde kullanımına daha meyilli olmaktadırlar. Özellikle dürtüsellik ve risk algısının düşük olduğu kontrolsüz davranışlar daha çok sergilenmektedir. Psikanalitik bakış açısı ile değerlendirildiğinde, madde kullanmak; yetişkinliğin vermiş olduğu birtakım sorumluluklardan kaçarak, akut ve çocuksu bir hazzı yaşamayı sağlamaktadır(K. Ögel, 2018).

2.5. BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER VE GENEL ÖZELLİKLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre, normal sağlığın devamı için gerekli olmayan, vücuda alındığında bir veya birden fazla işlevi değiştirebilen, merkezi sinir sistemini etkileyerek, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında birtakım etkiler oluşturabilme özelliğine sahip maddelere psikoaktif madde denilmektedir(W.H.O, 2010.).

Psikoaktif madde denilen bu bağımlılık yapıcı maddelerin hedef organı beyin olup, beynin hangi anatomik bölgelerini ve bu bölgelere nasıl etki ettikleri henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Bu nedenle madde bağımlılığı etiyolojik açıdan oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Bağımlılığın ana fikrini oluşturan düşünce, bağımlılık yapıcı maddenin kullanımının aniden kesilmesi ile oluşan yoksunluk belirtilerini önlemek amacı ile yeniden madde kullanımına başlanmış olması idi. Günümüzde popüler olan yaklaşım ise ilaç arayışı davranışı ile alakalıdır(Uzby, 2015).

İlaç arayışı ile alakalı en önemli husus pozitif pekiştiricilik özelliğinin olmasıdır. İlaç arayışı davranışı, bir ilacın pozitif pekiştirici olabilmesi için sağlaması gereken en mühim koşuldur. Haz alma gibi pozitif ödüllendiriciler, ilaç arayışı davranışına ve de pekiştiri gelişimine katkıda bulunmaktadır(Koob GF, 1988; Uzby, 2015).

Canlılarda davranışların ortaya çıkışı santral sinir sisteminde birtakım nörokimyasal iletilere dayanmaktadır. Psikoaktif maddelerin vücuttaki etkileri de yine böyle nöronal düzeyde bazı mediatörler ya da kimyasal haberciler aracılığı ile gerçekleşmektedir. Bu bağlamda akla ilk gelen, mezokortikolimbik yolakla ilişkisi oldukça kuvvetli olan dopamin ve dopaminerjik sistemdir. Dopaminerjik sistemin yanı sıra; GABAerjik, glutamaterjik, endojen opioid, serotonerjik sistem, noradrenerjik, adozinerjik ve nitrenerjik gibi daha birçok sistem bağımlılık mekanizmasında rol oynamaktadır.

Psikoaktif maddenin alınması ile birlikte beyinde birtakım anatomik lokalizasyonlarda aktivasyon meydana gelmektedir. 1953 yılında sıçanlar üzerinde yapılan bir çalışmada beyin septal bölgesine yapılan elektrik uyarımı ile bu bölgenin pozitif pekiştirici katkıda bulunduğu, aynı zamanda keyif ya da ödül merkezi olabileceği öne sürülmüştür(Olds J, 1954).

İlaçların ödüllendirici etkisi, ventral ön beyin ile ventral orta beyni birbiri ile ilişkilendiren bir halka aracılığı ile gerçekleştiği düşünülmektedir. Ventral tegmental alan, prefrontal korteks, nucleus accumbens ve amigdala gibi yapılar ödül sistemini oluşturan anatomik yapılardır(Uzbay, 2015).

Bağımlılık yapıcı maddeler; alkol, opiyat, tütün, sedatif-hipnotikler, esrar, psikostimülanlar, halüsinojenler, kafein, metilksantin ve uçucu solventler şeklinde sınıflandırılmaktadır.

2.5.1. Alkol

Doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil grubu içeren bileşiklere alkol denilmektedir. Etanol olarak da bilinen etil alkol, alkolün içki olarak tüketilen formudur. Kimyasal olarak gösterimi CH_3-CH_2-OH şeklindedir(Ünal M, 1998).

Oral yol ile alınan alkol, pasif difüzyon ile mide-bağırsak kanalından hızlıca emilir. Açlık durumunda iken alınan alkolün %20'si mideden ve geri kalanı ise ince bağırsaklardan emilmektedir. Bütün sıvı kompartmanlarına kolaylıkla geçebilir ve plazma proteinlerine bağlanmaz. Alınan alkolün %98'i biyotransformasyona uğrayarak vücuttan atılır. Alkol başlıca karaciğerde ve daha sonra da mide mukozasında metabolize edilmektedir. Biyotransformasyon iyi yolak üzerinden gerçekleşir. Birincisi alkol dehidrogenaz(ADH) ve diğeri ise mikrozomal karma fonksiyonlu oksidaz sistemidir (MEOS)(Uzbay, 2015).

Alkolün doz ve süre ile de ilişkili olması kaydı ile insan vücudunda, gastrointestinal, kardiyovasküler, hematopoetik, solunum sistemi ve santral sinir sistemi gibi birçok sistemde birtakım değişikliklere yol açtığı bilinmektedir. Düşük ve orta dozlarda alındığında solunumu hızlandırırken, yüksek dozlarda solunumu önemli ölçüde deprese edebilme özelliğine sahiptir. Midede gastrin salınımını artırarak, hipoklorik

asid salgısını çoğaltır. Pankreasın dış salgılarını da artırarak mukoza bariyerinin bozulmasına ve sonrasında da akut pankreatit gelişimine neden olabilir(Uzby, 2015).

Çevre ile etkileşim, genetik gibi faktörlerin alkol bağımlılığı etiolojisindeki öneminin yanı sıra alkolün nörotransmitter ve nörohormon sistemleri üzerine olan etkisi de bağımlılık etiolojisinde bir o kadar önem taşımaktadır(Koob, 2003). Alkol öncelikli olarak beyinde dopamin (DA) olmak üzere, norepinefrin (NE), gama aminobutirik asit(GABA), endojen opioidler ve 5-hidroksi triptamin (serotonin ya da 5-HT) gibi birtakım nörotransmitterler üzerinden etki göstermektedir. Kalıtsal ve çevresel faktörlerin de alkol bağımlılığının gelişmesine yarı yarıya katkıda buldukları düşünülmektedir(Goldman D, 2005). Akut etkilerinin çoğu serotonin, N-metil-D-aspartat (NMDA), dopamin (DA), asetilkolin ve glisin gibi reseptörlerle alakalı iyon kanalları üzerinden direkt olarak gerçekleşmektedir(Trudell JR, 2014).

DA ve GABA sistemlerinde meydana gelen aşağı-ayarlanma (downregülasyon), glutamat sistemindeki geri dönüşsüz hiperaktivasyon ve beyin CRH, serotonin gibi sistemlerinde görülen disregülasyon, gelişigüzel alkol kullanımından bağımlılığa gidişte meydana gelen önemli adaptasyonlar olarak bilinmektedir(Roberto M, 2012).

2.5.2. Esrar (Cannabis)

Kannabis bitkisi içerisinde 400'den fazla kimyasal yer almakta ve bunları yaklaşık olarak 60 tanesi kannabinoid adını almaktadır. İçlerinde ise en aktif olanı delta-9-THC'dir. Mechoulam ve Gaoni tarafından haşhaştan izole edilmiştir(Gaoni Y, 1964).

THC zayıf asidik bir yapıya sahiptir. Yağda çözünmeye oldukça müsait yapıdadırlar. Marihuana ağız yolu ile alındığında, içerisinde yer alan kannabinoidler sindirim sisteminde yavaş bir biçimde emilir(Uzby, 2015).

Sentetik kannabinoidlerin içerisinde yer alan psikoaktif madde THC'ye benzer molekül gruplarından meydana gelmektedir. Yan etki bakımından, kannabise göre çok daha şiddetli ve gürültülü bir profile sahiptir (Evren, 2014). THC'ler gibi hem CB1 hem CB2 reseptörlerine bağlanırlar fakat farmakolojik açıdan etkileri THC'lere göre birtakım farklılıklar içermektedir(Pakiş I, 2016).

Gençler arasında ‘‘Jamaika’’, ‘‘Spice’’ gibi isimlerle anılmış ve kullanımı hızla yaygınlaşmıştır(Seely KA, 2012).

Ağızdan alındığı takdirde, maksimum etki birkaç saat içerisinde başlar ve beş saate kadar azalarak devam eder. Bulantı kusma gibi yan etkiler oral yolla alındığında görülebilmektedir(M. McKim, 2000). THC’nin vücuttaki dağılımı ise öncelikli olarak akciğerler sonrasında böbrekler ve daha sonra da karaciğer safrası şeklindedir. Kandaki mevcut konsantrasyonun yalnızca %1’i kadarı beyne ulaşabilmektedir(Adams IB, 1996; Brick J, 1998; M. McKim, 2000).

Kannabinoid reseptörlerine dair ilk çalışmalar, nöroblastom hücre kültürlerinde cAMP’nin kannabinoidlerce azaltıldığı ve buna istinaden bu reseptörlerin G proteini aracılığı ile aktive olduklarını düşündürten verilerle sonuçlanmıştır(Dewey, 1986; Howlett AC, 1986). Şu ana dek tanımlanmış iki kannabinoid reseptörü bulunmaktadır ve üçüncü bir reseptör için de kanıt mevcuttur(Breivogel CS, 2001). Genellikle beyinde lokalize olan ilk reseptör CB1’dir(Herkenham M, 1991). CB2 reseptörleri CB1’e kıyasla daha çok periferel organlarda bulunur ve yapısal olarak CB1’den farklıdır. Kannabinoidlerin, immün sistem üzerine olan etkileri CB2 reseptörleri ile ilişkilendirilmiştir(Munro S, 1993).

Mezolimbik yolakta kannabinoidler dopamini aktive ederler ve bu aktivasyonun da ödüllendirici etkileri ile ilişkili olduğu bilinmektedir(Cheer JF, 2004).

Esrar yoksunluğu belirtileri DSM-V’te dikkate alınmıştır. Yoksunluk belirtilerinin, opioid, kokain ve alkol gibi maddelerin yoksunluk belirtilerine göre daha ılımlı geçmesinin nedeni de delta-9-THC’nin yarılanma ömrünün daha uzun olmasından kaynaklanmaktadır. Bir CB1 reseptör antagonisti olan SR-141716A’nın keşfi ile birlikte, esrarın yoksunluk tablosuna yol açabileceği ve fiziksel bağımlılık oluşturabileceğine dair kanıtlar artmaktadır(Rinaldi Carmona M, 1994).

Kronik kannabinoid kullanımında psikoza eğilim görülmekle birlikte paranoid belirtilerin de şiddetlendiği bilinmektedir(Choptra IC, 1974). Sıçan beyni üzerinde yapılan bir çalışmada kronik kannabinoid kullanımının başta hipokampus olmak üzere yapısal harabiyete yol açtığı ve sonuç olarak da hafıza ve öğrenme ile ilgili işlevlerde

nöroplastisiteyi bozduğu gösterilmiştir(Chan GC, 1998; Collins DR, 1994; Seallet, 1991).

2.5.3. Tütün

Tütünün dünyadaki en önemli kaynağı Nicotiana tabakum bitkisidir. Bitkinin yapraklarının kurutulması ve ince parçalara ayrılmasından sonra puro ya da sigara şeklinde kullanılarak inhale edilmesi en yaygın kullanım biçimidir(Uzby, 2015).

Ödül devrelerinde yer alan kolinergik nikotinik reseptörler nikotin tarafından direkt olarak etkilenir. Bu reseptörlerin birçok alt tipi mevcut olup bunlardan en önemlileri alfa-7 reseptör ve alfa4-beta2 reseptörüdür. Özellikle dopaminerjik nöronlarda yer alan alfa4-beta2 postsinaptik nöronların uyarımı ile nukleus akumbensten dopamin salınımı gerçekleşmektedir. Bununla birlikte nikotin ventral tegmental alandaki(VTA) GABAerjik nöronların postsinaptik kısmında yer alan alfa4-beta2 reseptörlerini desensitize ederek, nukleus akumbensten dopamin salınımına neden olmaktadır(Stahl, 2008).

En az bir kere denemekle bağımlılık yapma potansiyeli en yüksek olan madde tütün %32'lik oranla birinci sırada yer almaktadır(Stahl, 2008).

Nikotin adrenal medulladan katekolamin salınımına neden olur ve böylelikle de kalp atım hızı ve kan basıncı artar. Sigara içildiğinde ya da nikotin sakızı kullanıldığında veya nikotin intravenöz yolla verildiğinde de aynı etkiler görülmektedir(Benowitz, 1996).

Sigara kullanan bireylerde silier aktivite azalır ve dışarıdan gelebilecek mikroorganizmalara karşı daha savunmasız hale gelir. Bu nedenle sigara kullanan bireyler amfizem, bronşit ve kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi hastalıklara karşı daha duyarlı hale gelmektedirler(W. A. McKim, 2000).

2.5.4. Opioidler

Opioid ya da opiyat terim olarak morfin ve benzeri ürünleri ya da buna benzer etkilere sahip kimyasal ürünleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Opioidler kan proteinlerine

bağlanırlar ve çoğunlukla akciğer, karaciğer ve dalak gibi yapılarda bulunurlar(Uzbay, 2015).

Tanımlanmış dört adet opioid reseptör olup mevcut olup bunlar; mu (μ), delta, kappa ve sigma reseptörleridir. Opioid reseptörleri G proteinine bağlı halde bulunmaktadırlar. Opioidin reseptöre bağlanması, adenilat siklaz sinyal kaskadının inhibisyonu ile sonuçlanır(Dhawan BN, 1996).

Opioidlerin ilk kullanımında ortaya çıkan etki bulantı ve kusma şikâyetidir. Tekrar eden dozlarda ise antiemetik etkinlik gösterirler. Gözde miyozis oluştururlar ve bu etkilerine gelişen tolerans oldukça azdır. Üriner sistemde de mesane sfinkterinde konstrüksiyona yol açar ve miksiyon güçleşir. Düzenli kullanımları neticesinde hem erkek hem kadın cinsiyette seks hormonlarının azalmasına yol açar. Yüksek doz ve uzun süreli kullanımda erkek cinsiyette ikincil seks karakterlerini atrofiye uğratarken, kadın cinsiyette menstrüasyonu direkt inhibe ettiği gösterilmiştir(Cushman, 1981).

Opioidlerin VTA'da opioid reseptörlerini uyarması ile birlikte mezolimbik yolak aktive olur. Yapılan bir çalışmada, periakueduktal gri cevhere uygulanan morfin enjeksiyonları fiziksel bağımlılık oluştururken, VTA'ya uygulandığında aynı sonuçla karşılaşmadığı rapor edilmiştir(Bozarth MA, 1984).

Intravenöz uygulanan opioid nükleus akkumbenste hücre dışı dopamin artışına neden olur. Bu nükleusta yer alan dopamin nöronları pozitif pekiştirinin gelişmesine katkıda bulunmakta ve diğer önemli anatomik nokta olan amigdalanın da bağımlılıkta ve ödüllendirmede rol aldığı bilinmektedir(Sağlam, 2003).

Opioid yoksunluğu, opioidlerin fiziksel bağımlılık yaptığına dair en gerçekçi verilerden biridir. Yoksunluk belirtileri alınan son dozdan yaklaşık olarak 6-12 saat sonra başlar. Bu belirtiler içerisinde anksiyete, huzursuzluk, ciltte tavuk derisi görünümü, vücutta yaygın ağrılar ve terleme şeklindedir. Opioidin tekrar alınması dâhilinde mevcut belirtiler ortadan kalkar. Yapılan bir çalışmada alkolün opioidin yoksunluk belirtilerini azalttığı bildirilmektedir(Ho AK, 1981).

2.5.5. Sedatif Hipnotikler

Sedatif hipnotikler benzodiazepinler ve barbitüratlar olmak üzere iki grup ilaçtan oluşur. Bu ilaçlar daha önce trankilizan olarak anılmaktaydılar. Genel olarak etki mekanizmalarına bakıldığında inhibitör nörotransmitter olan GABA'nın etkinliğini değiştirerek etki göstermektedirler(Uzbay, 2015).

Barbitüratların absorpsiyonu intravenöz uygulamaya kıyasla sindirim sisteminde daha hızlı gerçekleşmektedir(W. A. McKim, 2000). Plasentadan geçip fötüsü kolayca etkileyebilirler. Anne sütüne de kolayca geçebildiği bilinmektedir. Barbitüratlar içerisinde barbital hariç diğerleri karaciğerde metabolize edilerek vücuttan atılırlar(Uzbay, 2015). Benzodiazepin reseptörlerinin benzodiazepinlere olan affinitesindeki artışın, GABA reseptörlerinin GABA aracılığı ile gerçekleşen stimülasyonu ile korele olduğu gösterilmiştir(Tallman JF, 1980). Bununla birlikte benzodiazepinler etkinliğini adenozinin geri alımını bloke ederek de gösterebilmektedirler(Phillis JW, 1988; Stone WL, 2014).

Barbitüratların daha önce kısa ve orta etki süreli olanları insomnia tedavisinde kullanılmakta idi. Uykuya dalış süresini kısaltmakta ve toplam uyku süresini artırma gibi etkileri vardır. REM süresini kısaltırlar ve aniden kullanımlarının kesilmesi ile birlikte rebound REM etkisi meydana gelir(Uzbay, 2015).

Hem benzodiazepinler hem de barbitüratlar alkol ve genel anestezi gibi maddelerle çapraz tolerans göstermektedirler. Alkol kullanımı olan bireylerde, barbitürat ve benzodiazepinlerin, terapötik dozlarda depresan ve sedatif etkileri görülmez(Greenblatt DJ, 1974).

2.5.6. Psikostimülanlar

Amfetamin ve türevleri, kokain ve khat olmak üzere psikomotor stimülanları üç başlık altında toplamak mümkündür. Amfetaminler oral yolla kullanıldıklarında absorpsiyonlarını geciktirerek sindirim sisteminde iyonize olurlar. Enjeksiyon yolu ile kötü amaçlı kullanıldığında ise daha yüksek kan konsantrasyonuna ulaşabilmektedirler(W. A. McKim, 2000).

Psikostimülanlar nukleus akumbensten dopamin salınımını artırır(Stahl, 2008). Normalde DAT tarafından dopamin nöron içerisine alınırken, VMAT tarafından da vezikül içerisine alınarak depo edilir. Metilfenidat ve kokain ise DAT'ı inhibe ederek sinaptik aralıkta dopaminin etkinliğini artırır(Stahl, 2008).

Vücutta genel olarak etkilerine bakıldığında psikostimülanlar sempatik sistemini aktive ederek etki gösterirler(Brick J, 1998). Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile birlikte gözde midriyazis ve bronşlarda ise bronkodilatasyon yaparlar. Amfetaminlerin yüksek doz kullanımlarında, panik atak, tremor, kalp atımında düzensizlik ve sanrı gibi belirtiler meydana gelmektedir(Uzby, 2015). Kokainin yüksek doz alınması, inme, nöbet ve akut kalp yetmezliği gibi tablolara yol açabilmektedir(Stahl, 2008).

2.5.7. Halüsinojenler

Halüsinojenlerin sınıflandırması, yapı olarak benzemiş oldukları nörotransmittere göre yapılmaktadır. Bu sınıflandırma; serotonine, noradrenaline ve asetilkoline benzer halüsinojenler şeklindedir. Yapı bakımından hiçbir nörotransmittere benzemeyenler ise diğer halüsinojenler başlığı altında incelenmektedir(W. A. McKim, 2000).

Serotonine benzer yapıda olan halüsinojenler; LSD (Liserjik asid dietilamid), psilosibin, Liserjik asid amid (LSA), Dimetilriptamin (DMT), harmin ve harmalin iken noradrenaline benzer yapıda olanlar; meskalin ve sentetik meskalin benzeri maddeler ve asetilkoline benzer halüsinojenler ise antikolinerjikler ve sentetik antikolinerjikler şeklinde sınıflandırılmıştır(Uzby, 2015).

Halüsinojenlerin etki mekanizması tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Serotonin etkinliğini azaltan ve reseptörlerini bloke eden LSD, halüsinojenlerin prototipi olarak bilinmektedir.

Yoksunluk belirtileri noradrenalin ve serotonin benzeri etki eden halüsinojenlerde görülmezken, yapılan bir hayvan çalışmasında fensiklidinin(PCP) ciddi anlamda yoksunluk belirtilerine yol açtığı gözlemlenmiştir(Audet MC, 2007; W. A. McKim, 2000).

2.5.8. Uçucu Solventler

Batı Amerika'da ilk kez 1959 yılında çocuk yaş grubu arasında yapıştırıcı koklama alışkanlığı gündeme gelmiştir(Lenore R, 1968). Koklanarak kullanılan kimyasallar dört şekilde sınıflandırılmaktadır; uçucu solventler, aerosoller, uçucu anesteziik maddeler ve uçucu nitritler(Crider RA, 1988).

Uçucu solvent kullanımı nedeni ile deliryum tablosu ortaya çıkabilir ve kullanım şekline göre de hipoksi tablosu ile sonuçlanabilir. Deliryum, davranışsal problemlere neden oluyorsa kısa süreli antipsikotik kullanılabilir. Böyle bir tabloda benzodiazepinlerin kullanımı kesinlikle kontrendikedir(Dilbaz N, 2012c). Torba içerisinde uçucu madde kullananların burun ve ağız bölgelerinde tipik kızarıklıklar meydana gelmektedir(Morton, 1987).

Tedavisi yaklaşık olarak 3-12 ay gibi bir süreyi kapsamakla birlikte, tedavi göreceki kişinin madde kullanımından uzak durması, okuluna ya da varsa işine dönmesi, tedaviye uyum sağlaması ve programa uyum göstermesi gerekmektedir. Bu ve benzer şartlar sağlandığı takdirde tedavide başarılı olabileceği kabul edilmektedir(Dilbaz N, 2012c).

2.5.9. Kafein

Metilksantin olarak ya da ksantin stimulanlar diye de bilinen ilaç grubunun en iyi tanımlanmış olan üyelerinden birisi kafeindir. Miktar olarak çoğunlukla kahve ve çikolata gibi ürünlerde bulunur(Uzday, 2015). Kan beyin bariyeri, süt ve plasenta gibi yapılardan kolaylıkla geçer ve %10-30 kadarı kanda proteince bağı bir şekilde bulunur(W. A. McKim, 2000).

Metilksantinler etkilerini adenosin reseptörleri üzerinden göstermektedir. A1, A2 ve A3 olmak üzere üç çeşit adenosin reseptörü olup, metilksantinler A1 ve A2a reseptörlerini bloke ederler(Fredholm, 1995). Metilksantinler çoğunlukla karaciğerden CYP1A2 enzimiyle ve az miktarlarda da idrardan değişmeden atılır. Karaciğerde metabolize olduğunda teobromin, teofilin ve paraksantin şeklinde üç metabolit

oluşturur(Uzday, 2015). Kafein oral yolla 3-8 gram kadar alındığında letal etki göstermektedir. Konvülsiyonlar ya da solunum kollapsı nedeni ile ölüm meydana gelmektedir(W. A. McKim, 2000).

2.6. BAĞLANMA VE BAĞLANMANIN BAĞIMLILIKLA OLAN İLİŞKİSİ

Bağlanma, bakım veren kişi ile bebek arasında kurulan ilişkide, bilhassa stresli durumlarda tutarlılık ve devamlılık gösteren, bebeğin bakım verene karşı yakın olma çabasının olduğu duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır(Thompson, 2002). Bağlanma, sadece çocukluk dönemine özel bir durum olmayıp, anne ile kurulan bu temel ilişki hayatın diğer dönemlerindeki bağlanmalar için de bir örnek teşkil eder(Collins NL, 2003). Kuramcılara göre; bağlanmanın bebeklik döneminde güvenli ya da güvensiz bir şekilde kurulmasından sonra, değişkenlik göstermesinin oldukça güç olduğu ifade edilmektedir(Hamilton, 2000).

İlk iki yıl olarak bilinen bebeklik dönemi fiziksel, duygusal ve mental olarak gelişimin en hızlı görüldüğü dönemdir. Bu dönemde bebeğin sadece fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması yeterli görülmez. Bebeğin kendi ihtiyaçlarını karşılayamaması nedeni ile bir bakım verene ihtiyaç duyar ve bu bakım veren kişi ile arasında bir bağ oluşur. Bu bağ bebeğin zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemli bir konuma sahiptir(Tüzün O, 2006).

Bowlby'nin, çocukluk ve bebeklik döneminde annelerinden uzun süre ayrı kalan çocuk ve ergen hırsızların yaşamlarının dikkatini çekmesi ile bağlanma kuramının temelleri atılmıştır(Thompson, 2002). Bowlby, biyolojik parametrelerle yönlendirilen, bebeğin anne ile ilişkisini ve diğer insanlarla olan sosyal ilişkisini başlatan gülme, emme, ağlama ve arama gibi davranışların da içinde olduğu bir ilişki şablonunu tariflemiştir(Bowlby, 1958). Temelinde korunmanın olduğu bağlanma ilişkisi yaklaşık olarak yedinci ayda gelişmeye başlar, yakınlık arayışı ile devam eder ve güvenli yer olgusu ile sona ermektedir(Lamb ME, 2002). Bahsedilen bu güvenli yer olgusu, ayrışma ve duygusal otonomiye doğru ilerleyen, bağlanmada davranışı ile keşif davranışı arasında kurulan ilişkiyi bünyesinde barındıran bir süreçtir(Thompson, 2002).

Bağlanma kuramı ilk kez Bowlby tarafından ortaya atılmış olup Ainsworth ve arkadaşlarınca geliştirilmiştir(Ainsworth MDS, 1978). Ainsworth bir deney ortamında, annelerinden ayrılan ve daha sonra anneleri ile yeniden bir araya getirilen çocukların bağlanma örüntülerini incelemiş ve nihayetinde güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçından olmak üzere üç ayrı bağlanma figürünü tariflemiştir. Diğerlerinin ve kendilerinin içsel çalışma modelinden esinlenen Bartholomew ve Horowitz ise kayıtsız-korkulu, güvenli ve saplantılı bağlanma örüntülerini tanımlamışlardır(Bartholomew K, 1991).

Bowlby ile Winnicott, anne-bebek ilişkisi ve bu ilişkide ortaya çıkabilecek yanlışlıklarla alakalı hususlarda benzer görüşlere sahiptirler. Bir bebeğin çevreye tutunmasının anne ile gerçekleşeceğini ve annenin bebeğin gereksinimlerine empati göstereceğini ifade eden Winnicott, Bowlby'nin görüşlerine tezat olarak bağlanmayı etiyolojik terimlerden çok varoluşsal terimlerle ifade etmektedir. Winnicott'un görüşüne göre anne empati yaparak, bebeğinin nesne devamlılığı açısından hangi kademedede olduğunu bilir ve böylelikle ne kadar süre ayrı kalabileceğini tahmin eder(Holmes, 1997).

Klein'e göre bebek ilk önce anne memesi ile ilişki kurar. Sevgi ve nefret gibi duyguların buraya yansıtıldığını söyler. Çocuğun sapkın güçlerle fantezileri bertaraf etme gücü ve yansıtma mekanizması, deneyimlenen gerçek ile annenin farklı olabileceğini, böylelikle gerçek ile fantezinin birbirlerinden ayrılmış olabileceğini ifade eder(Karen, 1998).

Güvenli bağlanmaya sahip çocuklar stresli durumların da dâhil olduğu her koşulda annelerinin yanında olduklarını bilirler. Anne ayrı kaldığında buna reaksiyon gösterirler ve döndüğünde kolayca yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gerçekleşebilmesi için çocuğun sürekli, tutarlı ve her zaman var olan bir bakım verenin olması oldukça önemlidir. Kaygılı/ikircikli bağlanma biçimi olan çocuklar, ihtiyaç duyduklarında kendilerine yardım edecek ve ya yanıt verecek bir annenin varlığından emin olamazlar. Bu nedenle ayrı kalmaya direnç gösterirler ve anneleri döndüklerinde de kolayca yatışamazlar. Bu anneler tepkilerinde tutarlılığı gösteremeyen ve kontrol maksatlı terk etme tehdidinde bulunabilen annelerdir(Bowlby, 1979). Kaçınan bağlanma biçimi olan çocuklar ise annelerinin kendilerine yardımcı olacağına dair hiç güveni olmayan çocuklardır. Devamlı olarak çocuklarını reddeden ya da geri

çeviren bu anneye sahip olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalırlar ve anneleri geri dönmüş olsalar bile yakın durmazlar(Bowlby, 1958).

Bowlby'nin bağlanma kuralı temel alınarak Bartholomew ve Horowitz erişkinlerde dört çeşit bağlanma biçimini ortaya atmışlardır. Bu dört bağlanma biçimi kişinin kendi benlik imajı(pozitif ya da negatif) ile başkalarının benlik imajının(pozitif ya da negatif) birleşiminden oluşturulmuştur(Bowlby, 1980, 1982; Çalışır, 2009). Bunlardan ilki güveli bağlanma olup, erişkinlerdeki güvenli bağlanma; kişinin kendisinin kıymetli ve sevilebilir biri olduğu duygusu ile başkalarının cevap vericiliği ve kabul ediciliğine dair beklentilerin birleştirilmesi şeklinde ifade edilmiştir(Bartholomew K, 1991). İkinci bağlanma biçimi ise saplantılı bağlanma biçimi olup, kişinin kendini sevmeye layık görmeme duygusu ile başkalarına karşı pozitif değerlendirmeleri yansıtır. Bu bağlanma biçimine sahip olan bireyler ise özgüvenleri az, diğerlerini destekleyici olarak gören fakat bu desteği olumlu şekilde değerlendiremeyen, kendilerini ifade edemeyen bireylerdir(Erözkan, 2004). Üçüncü bağlanma biçimi ise kayıtsız bağlanma olup, kişinin sevilebilir ve kıymetli biri olduğu duygusu ile başkalarının negatif beklentilerinin birleşmesi şeklinde açıklanmaktadır. Bu bağlanma stiline sahip olan kişiler ise yakın ilişki kurmaktan ve hayal kırıklığı yaşamaktan kaçınırlar. Dördüncü bağlanma biçimi olan korkulu bağlanma biçimi ise kişinin kendisini değersiz ve sevmeye layık görmeme duygusu ile başkalarının negatif, reddedici ve güvenilmez algılanmasına dair beklentilerle birleşmesi şeklinde açıklanmaktadır(Bartholomew K, 1991).

İnsanların bağlanma biçimi sahip oldukları anne ve babanın kendilerine olan tutumlarına karşı değişmektedir. Anne ve babaların çocuklarına yönelik bu tutum ve davranışları, çocukların sosyalleşme sürecini açıklamada önemli bir unsur oluşturmaktadır. Aile içerisindeki dayanışmanın ve otoritenin eksik oluğu kötü alışkanlıkların gündeme gelmesinde bir risk faktörü olarak karşımıza çıkabilmektedir(Kılıç, 2007). Yapılan bir araştırmada ergenlerin madde kullanımına karşı anne ve babanın tutum ve davranışları madde kullanımı için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir(Alikaşıfoğlu, 2005). Çocukluk çağında ebeveyn ile kurulan bağlanma biçiminin ise gelecek dönemlerde madde kullanımı için bir belirteç olabileceği ileri sürülmüştür(Schweitzer RD, 1989).

14- 25 yaş aralığında opiyat kullanımı olan adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada uyuşturucu madde kullanımı ile korkulu bağlanma biçiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir(Schindler et al., 2005). Afrikalı ve Amerikalı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise güvenli bağlanmaya sahip olanların madde kullanma ihtimalinin daha az olduğu belirtilmiştir, güvenli bağlanmanın madde bağımlılığında bir direnç noktası olabileceğinin önemi vurgulanmıştır(Massey, Compton, & Kaslow, 2014). Bağlanma stili ile madde bağımlılığının ilişkisini inceleyen 12 çalışmadan yapılan sistematik bir incelemede, 10 çalışmanın güvensiz bağlanma biçimi ile madde kullanımının ilişkili olduğu bildirilmiştir(Unterrainer, Hiebler-Ragger, Rogen, & Kapfhammer, 2018). Alkol bağımlılığı tanısı ile takipli 141 erkek üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise korkulu bağlanma biçiminin alkol kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(S. E. Shin, Kim, & Jang, 2011). Madde bağımlılığı tanısı ile takipli 28 erkek ve 12 kadın hastadan oluşan bir çalışmada, bağlanma biçiminin sosyal uyumla ilişkisi araştırılmış ve katılımcıların hiçbirisi güvenli bağlanma biçimi göstermemiştir(Delvecchio, Di Riso, Lis, & Salcuni, 2016). Tütün kullanımı ile bağlanma biçimi arasında bir ilişki olup olmadığını inceleyen, 522 katılımcının bulunduğu bir çalışmada; katılımcıların %68,5'i tütün kullanmakta idi. Tütün kullananların %23,5'i güvenli bağlanma, %27,8', kaçınan bağlanma, %30,2'si korkulu bağlanma ve %18,5'i saplantılı bağlanma profili göstermiştir(Delvecchio et al., 2016).

2.7. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP VE BAĞIMLILIK

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımlamasına göre; psikiyatrik ve bedensel hastalıklardan korunmak amaçlı, bunların teşhisi, tedavisi ve iyileştirilmesinin yanı sıra mevcut sağlıklı durumun sürdürülmesi için de kullanılan, farklı kültürel inanç, teori ve deneyimlere dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların tamamıdır(WHO, 2000).

Hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemler mevcut modern tıba yardımcı nitelikte ise tamamlayıcı tıp, modern tıbbın yerine farklı yöntemler kullanıldığında ise geleneksel tıp denmektedir. Ülkemizde de buna benzer terimler kullanılmakla birlikte, DSÖ'nün yapmış olduğu tanım göz önünde bulundurulduğunda, tıbbın herhangi bir

alternatifinin olamayacağı düşünölmüş ve bu nedenle geleneksel ve tamamlayıcı tıp ifadesi ön planda tutulmuştur(Mollahaliloğlu S, 2015).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tarihçesi Hipokrat dönemine dek uzanmaktadır(Grammaticos PC, 2008). 1900'lü yılların başından itibaren hekimlerin klinik tecrübelerinin bilimsel araştırmalar neticesinde elde edilen verilerle desteklenmesi ile meydana gelen kanıta dayalı tıp olarak devam etmiş, temel bilimlerle desteklenerek günümüze dek ulaşabilmiştir(Davidoff F, 1995; Rosenberg W, 1995).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin uygulanabilirliği ile alakalı belirsizlikleri ortadan kaldırılması için ölkemizde ilk defa bu hususla alakalı 1991 yılında Akupunktur Tedavi Yönetmeliği yayınlanmıştır(Gazete, 1991). 2014 yılında ise ölkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmelik içerisinde yer alan uygulamalar ise şunlardır; fitoterapi, osteoterapi, homeopati, müzik terapi, ozon uygulaması, hipnoz, akupunktur, kupa uygulaması, kayropratik, mezoterapi, proloterapi, sülük tedavisi, larva uygulaması, refleksoloji ve apiterapidir(Gazete, 1991, 2014; Mollahaliloğlu S, 2015).

Dünyada diğer ölkeler inceleme altına alındığında Çin'de geleneksel ve tamamlayıcı tıp bundan 3000 yıl öncesine dayanmaktadır. Halkın %60 kadarı geleneksel tıbbı kullanmaktadır(Che, 2017). Hindistan, Tanzanya, Etiyopya ve Benin gibi ölkelerde ise geleneksel tıbbın kullanım oranları %60-%90 arasında değişmektedir(Ong C. K., 2005).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın içerisinde kullanılan yöntemler çok köklü bir geçmişe sahiptir. Hint tıbbı ve Çin tıbbı bazı yöntemlerde ortak noktada buluşmuş olsalar da kendi aralarında farklılıklar gözlemlenmektedir(Ernst, 2000). Sınırlar uygulamadan uygulamaya ve ölkeden öлкеye değişiklik arz etmektedir. Örneğin; Ayurveda ve enerji terapisi gibi yöntemler Türkiye'de alternatif bir tıp yöntemi olarak kabul edilirken, Uzak Doğu'da ise geleneksel tıp içerisinde uygulanmaktadır(Health., 1997).

Tıpta fizik tedavi ve rehabilitasyon ve romatoloji gibi daha birçok branşta geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri kullanıldığı gibi psikiyatride de kullanılmaktadır.

Yapılan bir meta-analizde madde kullanım bozukluğu olan bireylerde akupunktur, bitkisel ürünler ve zihin-beden üzerine müdahaleler denenmiş ve olumlu sonuçlar vermiştir(Behere, Muralidharan, & Benegal, 2009). Alkol bağımlılarında tamamlayıcı ve geleneksel tıp yöntemlerinin kullanımını değerlendirmek için yapılan bir anket çalışmasında 312 hasta ankete katılmış ve ankete katılan hastaların sadece %16,5'i geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden birini kullanmıştır(Bardazzi et al., 2006). Alkol bağımlılığında akupunkturun kullanımına dair yapılmış bir meta-analizde, hasta grupta kontrol grubuna göre, akupunkturun alkolle ilişkili belirti ve davranışları azaltmada daha etkin olduğu gösterilmiştir(N. Y. Shin, Lim, Yang, & Kim, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde madde bağımlılığı tedavi programlarının ulusal temsili örnekleme üzerinden yapılan bir çalışmada tedavi programlarının %36,8'nin sanat terapisini ve %14,7'sinin de müzik terapisini uyguladığı gösterilmiştir(Aletraris, Paino, Edmond, Roman, & Bride, 2014). Sıçanlar üzerinde yapılan bir çalışmada; kronik morfin hidroklorür verilen ve bağımlı hale getirilen sıçanlara, geleneksel Kore müziği dinletilmiş ve müzik dinletisi sonrası morfin arama davranışının azaldığı gözlemlenmiştir(Kim, Lee, & Lee, 2018). Çin'de madde bağımlılığında bitkisel ürünler kullanılmış ve araştırmalara göre; opioidlerin kötüye kullanımını ya da bağımlılığını önleyebilmek için Ginseng kullanılabileceği, metamfetamin ve ketamin bağımlılığında *Uncaria Rhynchophylla* kullanımının olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir(Zhu, Zhang, Huang, & Lu, 2017).

Madde kullanım bozukluklarında müzik terapisinin etkinliğini inceleyen bir meta-analizde, motivasyonel ve tedaviye katılım yönünden müzik terapisinin hastaları olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir(Hohmann, Bradt, Stegemann, & Koelsch, 2017). Opioid kötüye kullanımı ya da bağımlılığında akupunkturun VTA'da beyin kaynaklı nörotrofik hormon düzeyinin artışı, medulla spinaliste ve hipotalamusta da dinorfin artışı ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir(Wu, Leung, & Yew, 2016). Cezaevinde kalan ya da cezaevinden yeni çıkmış bireylerin stresini azaltmak ve madde kullanımlarını engelleyebilmede yoganın etkili olabileceği ön görülmüştür(Wimberly & Engstrom, 2018). Bir başka çalışmada ise, yoganın madde bağımlılığı tanısı ile takipli hastalarda bilişsel fonksiyonları olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir(Gaihre & Rajesh, 2018).

2.8. BAĞIMLILIK VE TEDAVİSİ

Bağımlılık yapma özelliği olan maddelerin çeşitliliği göz önüne alındığında tedavi yöntemlerinin de bir o kadar çeşitlilik gösterebileceği düşünülebilir. Bununla birlikte eşlik edebilecek diğer tıbbi durumların varlığı ya da madde kullanımından kaynaklanan istenmeyen durumlar tedavinin güçleşmesine neden olabilmektedir. Tedavi sürecinde kişinin motivasyonu ve gönüllü olması önemli olmakla birlikte, tedavinin başlaması için zorunlu şartlardan biri değildir. Ailenin isteği ve birtakım yasal süreçlerin yaşanması da kişinin tedavi görmesinde başlatıcı nedenlerden olabilmektedir. Tedavi olmak isteyenler bir kliniğe başvurduğunda en kısa sürede tedavi programına alınmalıdır. Tedaviye alınan hastalar sadece bağımlılık tedavisi açısından değerlendirilmekle kalmayıp, psikososyal yönden de incelenerek, tespit edilen mevcut sorunlara yönelik girişimlerde bulunulmalıdır(Akvardar Y, 2012b.).

Tedavi süreci sadece hastanın tedavi olmasından ibaret olmayıp, hasta ve hasta yakınlarının bağımlılıkla ve tedavi süreci ile alakalı bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Tedavinin etkinliğinde diğer önemli bir husus ise tedavinin süresidir. Ortalama üç aylık bir süreç hastalarda belirgin bir düzelme sağlamakla birlikte bu süre kişiden kişiye ve tedavi programının içeriğine göre değişebilmektedir. Tedavi programı içerisinde yer alan terapiler, hastaların madde kullanımına karşı direnç göstermelerine, kendi sorunları ile başa çıkma becerilerini geliştirebilmelerine ve madde kullanımının yerine geçebilecek herhangi bir faaliyetin sağlanmasına katkıda bulunmalıdır. Arındırma (detoksifikasyon) tedavinin ilk aşaması olup, hastanın madde ile ilişkisinin kesildiği ve yoksunluk belirtilerinin yatıştırılmaya çalışıldığı dönemdir. Eroin gibi intravenöz yolla kullanılacak maddelerin kullanılmış olmasına ve bu nedenle HIV, Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıkların bulaşabilme ihtimaline karşılık gerekli değerlendirmeler yapılmış olmalıdır(Akvardar Y, 2012b.).

Tedavi programının içeriğinin önemi kadar, programın hasta üzerindeki hedeflerinin belirlenmesi de bir o kadar önemlidir. Bu hedefler içerisinde, alkol ya da madde kullanan kişinin madde kullanımını azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak,

kişinin ekonomik ve sosyal yönden iyilik halini sağlamak, alkol ya da madde kullanımını sonlandırarak kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı açısından düzelmesini sağlamak, kişinin kendisine, çevresine ve topluma karşı yıkıcı ya da zarar verici davranışlarını azaltmak yer almaktadır(Ögel K, 2018).

Tedavi aşamaları genel olarak dört aşamada oluşmaktadır. İlk yardım denilen birinci aşama akut yoksunluk ya da intoksikasyon belirtilerinin yatıştırılmaya çalışıldığı 1-2 günlük dönemden oluşmaktadır. İkinci aşama ise detoksifikasyon dönemi olup 0-4 haftalık sürece tekabül etmektedir. Bu dönemde detoksifikasyon devam eder ve hastanın motivasyonu artırılmaya çalışılır. Üçüncü aşama uzun dönem olup 4-24 haftalık süreç içerisinde kronik hale gelmiş tıbbi sorunların çözümünün arandığı dönemdir. Dördüncü aşama ise rehabilitasyon dönemi olup 6 ay-2 yıl sürece tekabül etmekte olup takip ve tedavinin devam ettiği süreçtir(Ögel K, 2018).

Bağımlılık sürecinde tedavi hem ayaktan hem yatırılarak yapılabilmektedir. Ayaktan tedavi sürdürümü için kişinin detoksifikasyon sürecinin tamamlanmış olması, mental bir bozukluğun ya da bedensel bir engelin olmaması, kişinin tedaviye karşı istekli olması, ileri düzeyde kişilik patolojisi ya da psikotik belirtilerin olmaması ve yatarak tedavi görmek istememesi gerekmektedir. Bağımlılık şiddetinin belirlenmesi, ağır alkol ya da madde bağımlılarının arındırılması, ruhsal durumun değerlendirilmesi ve madde ya da alkol kullanımından kaynaklanan diğer ciddi tıbbi sorunların tedavisi için yatırılarak takip ve tedavi yapılabilmektedir(Ögel K, 2018).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15.04.2019 ve 15.10.2019 tarihleri arasında AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi) polikliniğine ayaktan başvuran ve AMATEM yataklı servisinde yatırılarak takip ve tedavi edilen hastalar üzerinde yapılmış olup, çalışmaya DSM-5 Alkol Kullanım Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 103 hasta alınmıştır.

-Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

1. Alkol ve/ veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış olan(remisyondaki hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir.)
2. En az ilköğretim mezunu olan
3. Mental Retardasyonu olmayan
4. Test sorularını yanıtlamayı engelleyecek psikiyatrik hastalığı olmayan

-Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri:

1. Alkol ve/ veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almayan
2. Okur-yazar olmayan
3. Mental Retardasyonu olanlar
4. Test sorularını yanıtlamayı engelleyecek psikiyatrik hastalığı olanlar

Araştırmanın ilk aşamasında hastalara Gönüllü Olur Formu okutturulup imzalatılarak onamları alınmış olup, tüm kişisel bilgilerinin gizli kalacağı, çalışmanın tüm aşamalarında isim ve soy isminin geçmeyeceği, araştırmaya katılmaktan istedikleri an vazgeçebilecekleri ve bu nedenle takip ve tedavi hizmetlerinin aksamayacağı kendilerine bildirilmiştir.

Katılımcılarla yapılan ilk görüşmede, DSM-5 uyarlı psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-5 uyarlı SCID-2 (Structured Clinical Interview for DSM), Sosyodemografik Veri Formu, Tanrıya Bağlanma Envanteri, İlaç Dışı Tedavi Anketi doldurmaları için hastaların kendilerine verilmiş ve Bapi-U (Bağımlılık Profil İndeksi- Uygulayıcı Formu) ise hekim tarafından hastalara uygulanmıştır.

Çalışmada aşağıda belirtilen araçlar kullanılmıştır:

3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (Ek-2)

Katılımcıların isim, soy isim, yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı, özgeçmiş, soygeçmiş, düzenli kullandığı ilaçlar, ek hastalıkları, intihar öyküsü, intihar girişiminin şekli, daha önce psikiyatrik bir tanı alıp almadığı, AMATEM servisinde ya da polikliniğinde tedavi görüp görmediği ve madde kullanımı nedeni ile para harcayıp harcamadığına dair birden fazla verinin sorgulandığı parametrelerden oluşmaktadır.

3.2. BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ UYGULAYICI FORMU BAPİ-U) (Ek-3)

37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bu ölçek, madde kullanım özellikleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, bağımlılık tanı ölçütleri, şiddetli madde kullanma isteği, madde kullanımını bırakma motivasyonu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Kültegin ÖGEL, Defne TAMAR GÜROL, Cüneyt EVREN ve Figen KARADAĞ tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Bağımlılık tanı ölçütleri bölümünde DSM ve ICD'de yer alan tanı ölçütleri sorgulanmakta ve 8 madde içermektedir. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi bölümünde eğitim, aile, iş hayatı ve yasal anlamda sorunların sorgulanmasının yanı sıra gündüzleri madde alımını, ailesinin ya da içinde bulunduğu çevrenin kendisini eleştirmesi gibi parametreler de sorgulanmakta ve 10 madde içermektedir. Yoğun madde kullanma isteği aşermeyi değerlendirmekte ve 4 maddeden oluşmaktadır. Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu ise 3 maddeden oluşup kişinin maddeyi bırakma konusunda ne kadar istekli olduğunu değerlendirmektedir. Madde kullanım özellikleri ise 12 maddeden oluşup, bu bölümde hem alkol hem alkol dışı maddeler sorgulanmakta hem de sıklığı tayin edilebilmektedir.

3.3. TANRIYA BAĞLANMA ENVANTERİ (TBE) (Ek-4)

İnsanların Tanrı'ya olan bağlanma şeklini belirlemek amacı ile kullanılan ölçeklerden biri de Tanrıya Bağlanma Envanteridir. Ölçek 2004 yılında Richard Beck ve Angie McDonald tarafından 2004 yılında oluşturulmuştur(McDonald, 2004). Bu ölçek Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği'nden yola çıkılarak hazırlanmıştır(Brennan, 1998). Ölçek dilimize çevrilerek 2012 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(SUBAŞI, 2012).

TBE toplamda 28 sorudan oluşmaktadır. 14. ve 16. soruların kaçınan bağlanma biçimini değerlendirebiliyor olmasına rağmen, kaygılı bağlanma biçimi için daha çok yük taşımaya istinaden yazarlarca kaldırılması gerektiği belirtilmiştir. Bu iki soru çıkartıldığında TBE toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçek literatürde güvenli ve güvensiz olmak üzere iki boyutta değerlendirilirken, Richard ve McDonald tarafından bu ölçek kaygı ve kaçınma olmak üzere iki farklı boyut üzerinden değerlendirilmiştir. Ülkemizde ölçek üzerinde yapılan çalışmada faktör analizi sonucunda TBE' de 3 boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar; güven, kaygı ve kaçınma şeklinde olup, ölçekte yer alan 12. ve 15. sorular kaçınan ve kaygı boyutunda, 21. soru güvenli ve kaygılı boyutta binişik yük değeri aldığı için bu üç soru değerlendirmeye alınmamıştır.

Bahsi geçen bu üç soru şu şekildedir:

- 12. Soru: Tanrı ile ilişkimde duygusallıktan rahatsız olurum
- 15.Soru: Yanlış yaptığım zamanlarda Tanrı'nın beni affetmeyeceğinden korkarım
- 21. Soru: Ben hissedemezken başkalarının Tanrı'nın varlığını hissetmesine gıpta ederim

Bu üç sorunun envanterden çıkartılması ile oluşan boyutlar ve ilgili sorular şu şekilde yer almıştır:

1. Güven boyutu: 2, 4, 8, 9, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26
2. Kaygı boyutu: 3, 5, 14, 17, 25
3. Kaçınma boyutu: 1, 6, 7, 11

Cronbach Alfa değerleri güven, kaygı ve kaçınma için sırası ile.849, .770 ve .570 şeklinde bulunmuştur. TBE' nin genel olarak Cronbach Alfa değeri ise .787 şeklindedir. Hem faktör analizi hem de iç tutarlılık analizi göz önüne alındığında ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir(SUBAŞI, 2012)..

3.4. İLAÇ DIŞI TEDAVİ ANKETİ(Ek-5)

Bu ankette öncelikli olarak katılımcılara ilaç dışı herhangi bir tedavi arayışında bulunup bulunmadıkları sorulmaktadır. İlaç dışı herhangi bir tedavi arayışında bulunan katılımcılar, tablolarda yer alan yöntemleri inceleyerek, kullanmış olduğu maddelerden her biri için hangi yöntemi denediyse, süre-sıklık, yöntemden fayda görüp görmediğini, o dönem ilaç kullanıp kullanmadığını, ne kadar süre ile kullandığı maddeden uzak kaldığını, bu yöntemi denedikten ne kadar süre sonra yeniden madde kullanımına döndüğünü ve bu yöntem için para harcıyıp harcamadığını belirten seçenekleri işaretlemektedirler. Bu yöntemler içerisinde bireysel psikoterapi, hipnoz, hacamat, tarikata katılmak, spor yapmak, sanat kurslarına gitmek, grup terapisi, adsız alkolikler, manevi destek birimi, akupunktur, bitkisel ürünler, dua etmek, namaz kılmak gibi seçenekler yer almaktadır. Bu yöntemlerden herhangi birini seçen katılımcılar, seçmiş olduğu tedavi yöntemini halen daha sürdürmekte ise aynı anketi devam ettirmekte olduğu yöntem için yeniden doldurmaktadır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Önce veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) Windows 22.0 programına girilerek kaydedildi ve daha sonra aynı program üzerinde istatistik gerçekleştirildi. Verilerin normallik dağılımını incelemek için verilere Kolmogorov – Smirnov testi uygulandı. Bağımsız iki grupta, anormal dağılım gösteren sayısal değişkenler için Mann Whitney U testi, Bağımsız ikiden fazla grupta anormal dağılım gösteren değişkenler için Kruskall Wallis testi, kategorik değişkenler için ise Ki-Kare testi uygulandı. Normal dağılmayan veriler için gerekli yerlerde Spearman Korelasyon analizi uygulandı. Değişkenler arasındaki korelasyonu analiz etmek için normal dağılım gösteren veriler için Pearson, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Spearman Korelasyon analizi uygulandı. Kategorik değişkenler sıklık ve yüzde değerleri ile birlikte gösterilirken, sayısal değişkenler ortalama \pm standart sapmaları ile birlikte verildi. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ ve %95 güven aralığında değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. HASTALARA AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmamıza Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine ayaktan başvuran ve AMATEM yataklı servisinde yatarak tedavi gören toplamda 103 hasta dâhil edilmiştir. Hastaların 92'si(%89,3) erkek, 11'i (%10,7) kadın hastalardan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $35,66 \pm 11,20$ olup, en küçük hasta yaşı 18 (% 1) ve en büyük hasta yaşı ise 65(%1) olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar medeni durum açısından incelendiğinde ise 50 hastanın (%48,5) evli, 39 hastanın (%37,9) bekâr, 14 hastanın (%13,6) boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar çocuk sahibi olma açısından incelendiğinde, 54 hastanın (% 52,4) en az bir çocuk sahibi olduğu, 49 hastanın (%47,6) ise çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastalar eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde 28 hastanın (%27,2) ilkokul mezunu olduğu, 40 hastanın (%38,8) ortaokul mezunu olduğu, 34 hastanın (%33) lise mezunu olduğu ve 1 hastanın (%1) ise üniversite mezunu olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastalar mesleki açıdan incelendiğinde, 44 hastanın (%42,7) işçi olduğu, 35 hastanın (%34) herhangi bir mesleğinin olmadığı, 17 hastanın (%16,5) serbest meslek olarak çalıştığı, 5 hastanın(%4,9) memur olduğu ve 2 hastanın ise (%1,9) öğrenci olduğu saptanmıştır.

Tablo-1: Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	Sayı n	Yüzde %
Cinsiyet		
Erkek	92	%89,3
Kadın	11	%10,7
Medeni Durum		
Evli	50	%48,5
Bekâr	39	%37,9
Boşanmış	14	%13,6
Çocuk Sahibi		
Var	54	%52,4
Yok	49	%47,6
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	28	%27,2
Ortaokul	40	%38,8
Lise	34	%33
Üniversite	1	%1
Aktif Çalışma Durumu		
Çalışıyor	44	%42,7
Çalışmıyor	58	%56,3
Düzensiz Olarak Çalışıyor	1	%1

Çalışmaya katılan hastalar aktif çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde ise 44 hastanın (%42,7) düzenli olarak çalıştığı, 58 hastanın (%56,3) çalışmadığı ve 1 hastanın ise (%1) düzensiz olarak çalıştığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar gelir düzeyleri açısından incelendiğinde ise 47 hastanın (%45,6) 2000 TL ve altında, 51 hastanın (%49,5) 2001-5000 TL arasında, 4 hastanın (%3,9) 5001-10.000 TL arasında ve 1 hastanın(%1) ise 10.001 TL ve üzerinde gelirin olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar Beden Kitle İndeksi açısından incelendiğinde ise, ortalama BKİ değeri $24,50 \pm 4,28$ olup, en küçük BKİ değeri 17,10 ve en büyük BKİ değeri ise 37,83 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar ek kronik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde ise 26 kişinin(%25,2) en az bir kronik hastalığının olduğu, 77 hastanın ise(%74,8) herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hastalar ek kronik hastalıklar açısından incelendiğinde ortaya çıkan veriler Tablo-2’de verilmiştir.

Tablo-2: Hastaların Komorbid Ek Hastalıklarına İlişkin Özellikler

Hastalıklar	KADIN		ERKEK	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Diabetes Mellitus	-	-	7	%29,2
Hipertansiyon	1	%4,2	2	%8,3
KVS* hastalığı	1	%4,2	5	%20,8
Astım	4	%16,7	1	%4,2
Hepatit B	0	-	2	%8,3
Hepatit C	0	-	3	%12,5
KOAH	0	-	2	%8,3
TOPLAM	6	%25	18	%75

N hastaların birden çok ek hastalığının olması nedeni ile örneklem sayısını geçmektedir.

KVS* =Kardiyovasküler Sistem

Hastalar adli öykü özelliklerine göre incelendiğinde ise 103 hastadan 73 hastanın (%70,9) en az bir adli öyküsünün olduğu, 30 hastanın (%29,1) herhangi bir adli öyküsünün bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların adli öyküsüne ilişkin veriler Tablo-3’te gösterilmektedir.

Tablo-3: Hastaların Adli Öykülerine İlişkin Özellikler

Adli Durumlar	Sayı	Yüzde
	n	%
Hapis Cezası	47	%64,4
Para Cezası	40	%54,8
DS- Madde İlişkili*	38	%52,1
DS- Madde İlişkisiz	9	%12,3
TOPLAM	134	%100

N sayısı birden fazla adli öyküsü olan hastalar nedeni ile örneklem sayısını geçmektedir.

DS: Denetimli Serbestlik

Adli olay öyküsünün cinsiyet üzerine dağılımına dair veriler Tablo-4'te verilmiştir.

Tablo-4: Adli Durumların Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Veriler

	KADIN		ERKEK	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Adli Durumlar				
Hapis Cezası	1	%1,4	46	%63,0
Para Cezası	1	%1,4	39	%53,4
DS- Madde İlişkili*	3	%4,1	35	%47,9
DS- Madde İlişkisiz	0	%0	9	%12,3
TOPLAM*	4	%5,5	69	%94,5

Toplam* = toplam sayısı en az bir adli öyküsü olan hasta sayısını vermektedir.

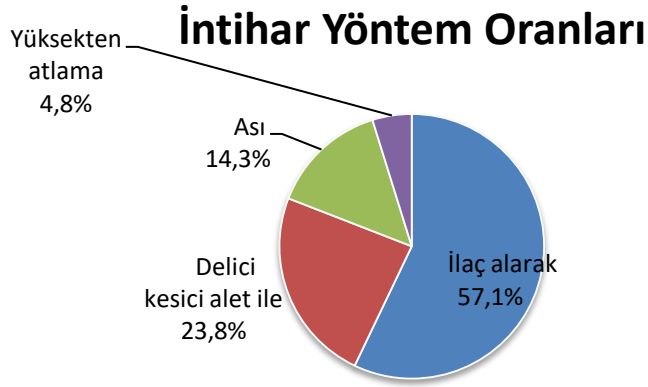
Hastalar intihar girişimleri açısından incelendiğinde, 40 hastanın(%38,8) yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu, 63 hastanın(%61,2) daha önce hiç intihar girişiminde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hastalar intihar girişim yöntemleri açısından incelendiğinde ortaya çıkan veriler Tablo-5'de gösterilmiştir.

Tablo-5: Hastaların Denediği İntihar Girişim Yöntemlerine İlişkin Veriler

	Sayı n*	Yüzde %
Yöntemler		
İlaç olarak	24	%57,1
Delici kesici alet ile	10	%23,8
Ası	6	%14,3
Yüksekten atlama	2	%4,8
Toplam	42	%100

n* toplam sayısı örnekleme geçmektedir.



Şekil-1: Hastaların İntihar Yöntem Oranları

Hastaların girişim yöntemlerinin cinsiyet üzerine dağılımına ilişkin sayısal veriler Tablo-6’da gösterilmiştir.

Daha önce en az bir kez intihar etmeyi düşünen hasta sayısı 51 (%49,5) olup, intihar etmeyi hiç düşünmeyen hasta ise 52 kişi(%50,5) olarak tespit edilmiştir

Tablo-6: İntihar Girişim Yöntemlerinin Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

	KADIN		ERKEK	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Yöntemler				
İlaç olarak	6	%15	18	%45
Delici kesici alet ile	1	%2,5	9	%22,5
Ası	0	-	6	%15
Yüksekten atlama	1	%2,5	1	%2,5
Toplam	8	%20	32	%80

Hastaların psikiyatrik ilaç kullanımına dair ilişkin veriler Tablo-7’de verilmiştir.

Tablo-7: Hastaların Kullandığı Psikiyatrik İlaçlara İlişkin Özellikler

	Sayı	Yüzde
	n	%
Antipsikotikler		
Ketiapin	35	%23,8
Olanzapin	2	%1,4
Risperidon	13	%8,8
Duygudurum Düzenleyicileri		
Karbamazepin	2	%1,4
Valproat	1	%0,7
Antidepresanlar		
Sertralin	6	%4,1
Venlafaksin	4	%2,7
Klomipramin	1	%0,7
Mirtazapin	33	%22,4
Diğer		
Buprenorfin-Nalokson	23	%15,6
Disülfiram	2	%1,4
Diazepam	20	%13,6
Modafinil	5	%3,4
TOPLAM	147	%100

n örneklem sayısını birden fazla ilaç kullanım durumu nedeni ile geçmektedir.

Hastaların daha önce psikiyatrik tanı alıp almadığına ilişkin veriler incelendiğinde 103 hastadan 37 kişinin (%35,9) daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldığı 66 kişinin(%64,1) ise daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların psikiyatrik özgeçmişine dair veriler Tablo-8’da verilmiştir.

Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı alan 37 hastadan 31 hastanın(%83,8) erkek ve 6 hastanın (%16,2) da kadın hasta olduğu tespit edilmiştir. Yaşam boyunca herhangi bir neden ile psikiyatrik tedavi görme açısından hastalar değerlendirildiğinde ise tedavi gören hastalardan 6’sının(%18,2) kadın ve 27’sinin(%81,8) ise erkek hasta olduğu görülmektedir.

Tablo-8: Hastaların Psikiyatrik Özgeçmişlerine İlişkin Veriler

	Sayı n	Yüzde %
TANILAR		
Anksiyete Bozukluğu,	13	%35,1
Majör Depresyon	11	%29,7
Panik Bozukluğu	4	%10,8
DEHB	1	%2,7
Uyum Bozukluğu	2	%5,4
Toplum dışı Kişilik Bozukluğu	3	%8,1
Kumar Oynama Bozukluğu	1	%2,7
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	%5,4
TOPLAM	37	%100

Erkek hastalar askerlik durumları açısından incelendiğinde ise ortaya çıkan veriler Tablo-9' da gösterilmiştir.

Tablo-9: Erkek Hastaların Askerlik Durumlarına İlişkin Sayısal Veriler

	Sayı n	Yüzde %
Askerlik Durumu		
Yapılmış	78	%84,8
Muaf	11	%12
Tecilli	3	%3,2
TOPLAM	92	%100

4.2. HASTA YAKINLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalar anne ve babalarının sosyodemografik özellikleri açısından incelendiğinde ortaya çıkan verilere göre en düşük anne yaşı 40(%3,9), en büyük anne yaşı 89(%1) ve annelerin yaş ortalaması ise $60,30 \pm 11,68$ olarak tespit edilmiştir. Hastalar babaları açısından değerlendirildiğinde ise en düşük baba yaşı 38(%1), en büyük baba yaşı 85(%2,1) ve babaların yaş ortalaması $61,29 \pm 9,97$ olarak bulunmuştur.

Hastaların anne ve babalarının, cinsiyete göre oranları Tablo-10'de gösterilmiştir.

Tablo-10: Hastaların Anne ve Babalarına İlişkin Sosyodemografik Veriler

Eğitim Düzeyi	Kadın Hastalar		Erkek Hastalar	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
BABA				
Okur-yazar değil	-	-	6	%6,5
Okur –yazar	-	-	3	%3,3
İlkokul	7	%63,6	50	%54,3
Ortaokul	3	%27,3	14	%15,2
Lise	1	%9,1	15	%16,3
Üniversite	-	-	4	%4,3
TOPLAM	11	%100	92	%100
ANNE				
Okur-yazar değil	1	%9,1	18	%19,6
Okur –yazar	-	-	1	%1,1
İlkokul	6	%54,5	49	%53,3
Ortaokul	4	%36,4	8	%8,7
Lise	-	-	13	%14,1
Üniversite	-	-	3	%3,3
TOPLAM	11	%100	92	%100

n kadın ve erkek hasta sayılarını göstermektedir.

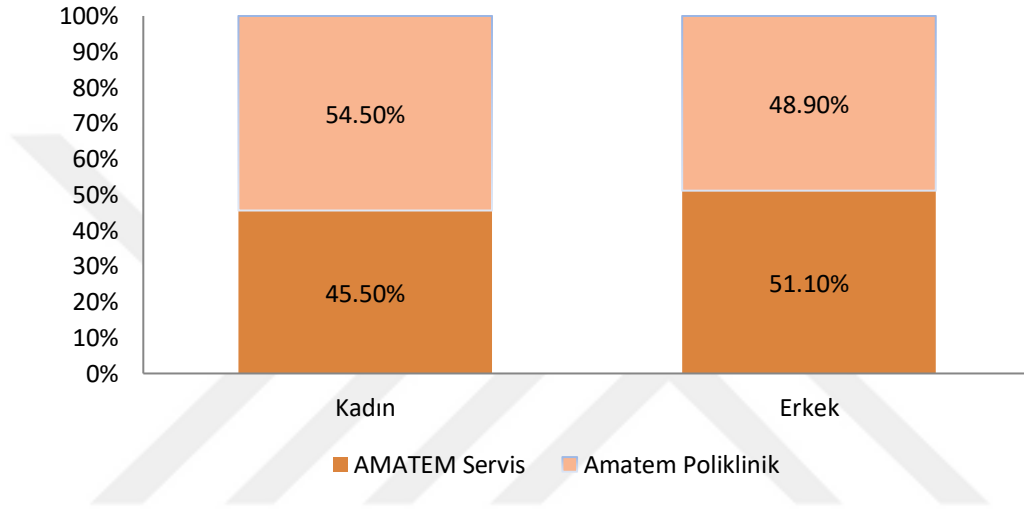
Hastaların anne ve babaların çalışma durumları incelendiğinde ise 11 hastanın(%10,7) annesinin düzenli olarak çalıştığı, 90 hastanın(%87,4) annesinin çalışmadığı ve hastalardan 2'sinin(%1,9) annesinin ölmüş olduğu tespit edilmiştir. Babaların çalışma durumu incelendiğinde ise hastalardan 36'sının(%35) babasının düzenli bir işte çalıştığı, 54 hastanın (%52,4) babasının çalışmadığı ve 13 hastanın(%12,6) babasının ölmüş olduğu bulunmuştur.

4.3. HASTALARIN KLİNİK VERİLERİNE AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalar hastanemiz AMATEM polikliniğine ayaktan başvuran ve AMATEM yataklı servisinde yatmakta olan hastalardan oluşmaktadır. Poliklinik ve servis hastalarının cinsiyete göre dağılımları Tablo-11'de verilmiştir.

Tablo-11: Hastaların Servis-Poliklinik Hastası Olmalarına İlişkin Özellikler

	Kadın		Erkek	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
AMATEM polikliniği	6	%54,5	45	%48,9
AMATEM servisi	5	%45,5	47	%51,1
TOPLAM	11	%100	92	%100



Şekil-2: Hastaların Servis-Poliklinik Hastası Olmalarına Göre Dağılımları

Çalışmaya katılan 103 hastadan 52'si(%50,5) AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmakta iken, 51'i(%49,5) AMATEM polikliniğine ayaktan başvuran hastalardan oluşmaktadır.

Hastaların daha önce AMATEM servisinde yatarak tedavi görüp görmediği ve AMATEM polikliniğine başvuruda bulunup bulunmadığına ilişkin sayısal veriler Tablo-12'de gösterilmiştir.

Tablo-12: Hastaların AMATEM Servis Yatış Ve Poliklinik Başvurularına İlişkin Özellikler

	AMATEM servisinde yatma		AMATEM polikliniğine başvuru	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Kadın Hasta	2	%5	7	%9,2
Erkek Hasta	38	%95	69	%90,8
TOPLAM	40	%100	76	%100

Çalışmaya katılan hastaların tanılarının cinsiyete göre dağılımları Tablo-14'te verilmiştir.

Tablo-13: Hastaların DSM-V Odaklı Tanı Profiline İlişkin Veriler

	KADIN		ERKEK	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
TANILAR				
Alkol Kullanım Bozukluğu	4	%36,4	38	%41,3
Opiyat Kullanım Bozukluğu	2	%18,2	31	%33,7
Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu	4	%36,4	25	%27,2
Kannabinoid Kullanım Bozukluğu	-	-	5	%5,4
Dinginleştirici, uyku verici ya da kaygı giderici Kullanım Bozukluğu	1	%9,1	-	-
TOPLAM	11	%100	92	%100

Not: Tabloda sadece saptanan bozukluklara yer verilmiştir.

Çalışmaya katılan tüm hastalar genel olarak tanı profili açısından değerlendirildiğinde ortaya çıkan sayısal veriler Tablo-14'te gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar içerisinde en küçük yaşta alkol madde kullanımına başlayan hasta yaşı 5 ve daha sonra da 9 yaş olarak tespit edilmiştir.

Tablo-14: Hastalarda Tespit Edilen Bağımlılık Tanılarının Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

	SAYI n	YÜZDE %
TANILAR		
Alkol Kullanım Bozukluğu	42	%38,2
Opiyat Kullanım Bozukluğu	33	%30
Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu	29	%26,4
Kannabinoid Kullanım Bozukluğu	5	%4,5
Dinginleştirici, uyku verici ya da kaygı giderici Kullanım Bozukluğu	1	%0,9
TOPLAM	110	%100

n sayısı birden fazla tanı alabilme nedeni ile örneklem sayısını geçmektedir.

Çalışmaya katılan hastalarla yapılan SCID-2 görüşmesi neticesinde konulan tanılara ait sayısal veriler Tablo-15'te gösterilmiştir.

Tablo-15: SCID-2 İle Tespit Edilen Kişilik Bozukluğu Tanılarına İlişkin Veriler

	KADIN		ERKEK	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
SCID-2				
Borderline Kişilik Bozukluğu	7	%63,6	20	%21,7
Antisosyal Kişilik bozukluğu	1	%9,1	14	%15,2
Narsistik Kişilik Bozukluğu	1	%9,1	1	%1,1
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	-	-	1	%1,1
Çekingen Kişilik Bozukluğu	-	-	1	%1,1
TOPLAM	11	%100	92	%100

Not: Tabloda sadece saptanan kişilik bozukluklarına yer verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaları alkol kullanım bozukluğu olanlar, opiyat kullanım bozukluğu olanlar ve diğerleri şeklinde 3 gruba ayırdığımızda kişilik bozukluğunun mevcut gruplara olan dağılımını gösteren veriler Tablo-16'da gösterilmiştir.

Tablo-16: Tespit Edilen Kişilik Bozukluklarının Bağımlılık Profilineki Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

		Alkol Kullanım Bozukluğu n=42		Opiyat Kullanım Bozukluğu n=33		Diğer Kullanım Bozuklukları n=30*	
		Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Tanı							
Borderline Kişilik Bozukluğu		11	%26,2	7	%21,2	12	%40
Antisosyal Kişilik Bozukluğu		7	%16,7	4	%12,1	1	%3
Çekingen Kişilik Bozukluğu		-	-	1	%3	-	-
Narsisistik Kişilik Bozukluğu		2	%4,8	-	-	1	%3,3
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu		1	%2,4	-	-	-	-
TOPLAM		42	%100	33	%100	30	%100

Not: Diğer kullanım bozuklarında yer alan n* sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Çalışmaya alınan hastaların Tanrı ile olan bağlanma biçimleri incelendiğinde ortaya çıkan veriler Tablo-17’de verilmiştir.

Tablo-17: Tanrı’ya Bağlanma Biçiminin Cinsiyet Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

	Kadın		Erkek	
	Sayı n*	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Bağlanma Biçimleri				
Güvenli	9	%75	79	%85,9
Kaygılı	2	%16,7	1	%1,1
Kaçıngan	1	%8,3	12	%13
TOPLAM	12	%100	92	%100

Not: kadınlarda gösterilen n* birden fazla bağlanma stili gösteren hastalar olduğu için toplam örneklem sayısını geçmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların genel olarak Tanrı’ya bağlanma stilleri incelendiğinde ise güvenli bağlanma biçimi gösteren hasta sayısının 88(%84,6), kaygılı bağlanma biçimi gösteren hasta sayısının 3(%2,9) ve kaçıngan bağlanma biçimi gösteren hasta sayısının 13(%12,5) olduğu tespit edilmiş olup, birden fazla bağlanma biçimi gösteren

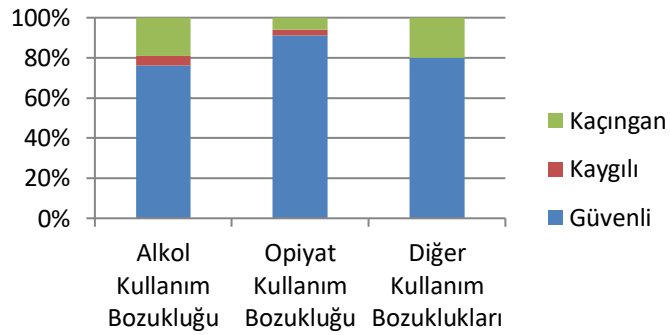
hastaların olması nedeni ile n örneklem sayısını geçmektedir.(n=104) Çalışmaya katılan hastaları alkol kullanım bozukluğu olanlar, opiyat kullanım bozukluğu olanlar ve diğerleri şeklinde 3 gruba ayırdığımızda Tanrı'ya bağlanma biçimlerine ilişkin sayısal veriler Tablo-18'de verilmiştir.

Tablo-18: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Bağımlılık Profiline Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

	Alkol Kullanım Bozukluğu n =42		Opiyat Kullanım Bozukluğu n* =34		Diğer Kullanım Bozuklukları n=30	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Bağlanma Biçimleri						
Güvenli	32	%76,2	31	%93,9	24	%80
Kaygılı	2	%4,8	1	%3	-	-
Kaçıngan	8	%19	2	%6,1	6	%20
TOPLAM	42	%100	34	%100	30	%100

n* birden fazla bağlanma stili gösterme faktöründen ötürü örneklem sayısını geçmektedir.

Hastaların Tanrı'ya bağlanma stillerinin kişilik bozukluğu olanlardaki dağılımına ilişkin sayısal veriler Tablo-20'de verilmiştir.



Şekil-3: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Bağımlılık Tanılarına Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan hastaların bağımlılıkla ilgili tedavi görmek için ilk başvurdukları merkez incelendiğinde; hastalardan 101 kişinin(%98,1) ilk olarak psikiyatri hekimine, 2 kişinin (%1,9) ise ilk olarak aile hekimine başvurmuş olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların daha önce alkol-madde kullanımını bırakmayı deneyip denemediğine dair ilişkin veriler incelendiğinde ise; toplam 103 hastadan 89 kişinin(%86,4) alkol-madde kullanımını bırakmayı en az bir kez denediği, 14 kişinin(%13,6) ise alkol madde kullanımını bırakmayı daha önce hiç denemediği tespit edilmiştir.

Tablo-19: Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin Kişilik Bozuklukları Üzerine Dağılımına İlişkin Sayısal Veriler

		Güvenli Bağlanma		Kaygılı Bağlanma		Kaçıngan Bağlanma	
		Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
Tam							
Borderline	Kişilik	23	%85,2	1	%3,7	3	%11,1
Bozukluğu							
Antisosyal	Kişilik	14	%93,3	1	%6,7	1	%6,7
Bozukluğu							
Çekingen	Kişilik	1	%100	-	-	-	-
Bozukluğu							
Narsisistik	Kişilik	2	%100	-	-	-	-
Bozukluğu							
Obsesif Kompulsif		-	-	-	-	1	%100
Kişilik Bozukluğu							
TOPLAM		38		2		4	

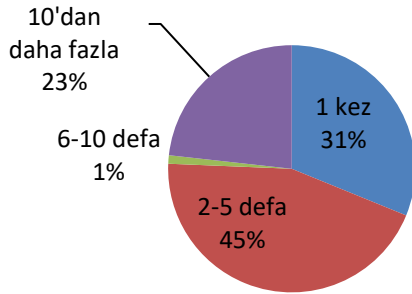
Not: n sayısı birden fazla bağlanma biçimi ve birden fazla kişilik bozukluğu özelliğinin gösterilmesi nedeni ile örneklem sayısından düşüktür.

Alkol madde kullanımını bırakmayı yaşam boyu en az bir kez deneyen hastaların bırakmayı deneme verilerine ilişkin sayısal veriler Tablo-20'de gösterilmektedir.

Tablo-20: Hastaların Yaşam Boyu Kullandıkları Maddeyi Bırakma Sıklıklarına İlişkin Özellikler

Deneme Sayısı	Yüzde %
1 kez	%31,1
2-5 defa	%44,4
6-10 defa	%1,1
10'dan fazla kez	%23,2

Madde Bırakma Sıklıkları



Şekil-4: Hastaların Yaşam Boyu Kullandıkları Maddeyi Bırakma Sıklıkları

Bağımlılığın başladığı noktadan itibaren hastaların çalışmaya katıldığı güne kadar alkol madde kullanımı olmaksızın geçirilen en uzun süreye dair ilişkin veriler incelendiğinde, çalışmaya katılan hastalardan 1 hastanın (%1,1) en fazla yarım gün alkol-madde kullanımı olmadan kalabildiği, 1 hastanın(%1,1) ise en fazla 240 gün süre ile alkol-madde kullanmadan durabildiği tespit edilmiş olup, ortalama alkol-madde kullanımı olmadan geçirilen süre $35,16 \pm 51,60$ olarak bulunmuştur.

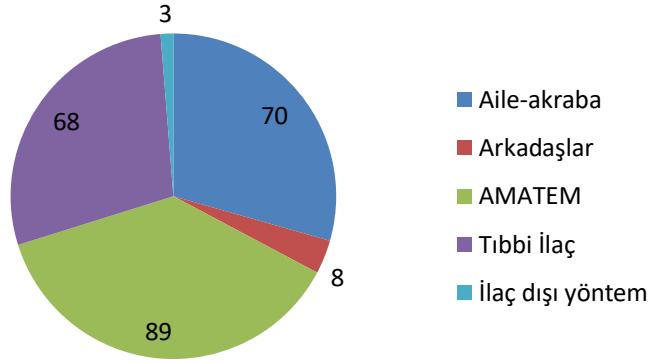
Hastaların bağımlılık sürecinde alkol madde kullanımı bırakma konusunda yardım aldığı kaynaklar incelendiğinde ise elde edilen sayısal veriler Tablo-21'de gösterilmiştir.

Tablo-21: Hastaların Yaşam Boyu Bağımlılıkla Mücadele İçin Yardım Aldığı Kaynaklara Ait Veriler

	Sayı n	Yüzde %
Kaynaklar		
Aile-akraba	70	%29,4
Arkadaşlar	8	%7,8
AMATEM	89	%86,4
Tıbbi ilaç	68	%66,0
İlaç dışı yöntem	3	%2,9
TOPLAM	238	%231,1

Not: birden fazla seçim tercihinin olması nedeni ile n ve % örneklem sayınsı geçmektedir.

YARDIM ALINAN KAYNAKLAR



Şekil-5: Hastaların Yaşam Boyu Yardım Aldığı Kaynaklara Ait Veriler

BAPİ-U skorlaması neticesinde, çalışmaya katılan hastalar bağımlılık şiddeti profili açısından incelendiğinde ise; 76 hastanın (%74,5) yüksek şiddetli bağımlılık, 24 hastanın(%23,5) orta şiddetli bağımlılık ve 2 hastanın(%2) düşük şiddetli bağımlılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde alkol kullanımına başlama yaşı, son bir yılda kullanım sıklığı, alkolü bırakmayı deneme sayısı, ne kadar süre kullanıldığı, ne miktarda tüketildiği ve alkol almadan ne kadar süre ile kalabildiklerine dair veriler Tablo-22a, 22b,22c'de gösterilmiştir.

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde opiyat kullanımına başlama yaşı, son bir yılda kullanım sıklığı, yaşam boyu opiyatı bırakmayı deneme sayısı, ne kadar süre kullanıldığı, ne miktarda tüketildiği ve opiyat kullanmadan ne kadar süre ile kalabildiklerine dair veriler Tablo-23a,23b,23c'de gösterilmiştir.

Tablo-22a: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkole Başlama Yaşına Ve Kullanım Süresine İlişkin Veriler

ALKOL	Başlama Yaşı				Kullanma Süresi (Yıl)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	5	33	17,33	±5,67	1	50	21,38	±11,67
n								
Yüzde %	%2,4	%2,4	-	-	%2,4	%2,4	-	-

Not: Alkol Kullanım Bozukluğu olan 42 hastanın verileridir.

Tablo-22b: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkol Kullanım Miktarına ve En Uzun Kullanım Olmadan Süreye İlişkin Sayısal Veriler

ALKOL	Kullanım Miktarı* (standart içki= std)				En Uzun Kullanım Olmadan Geçirilen Süre** (Gün)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	40	19,8	±11,34	4	3650	355,36	±887,19
n								
Yüzde %	%2,4	%2,4	-	-	%3,3	%3,3	-	-

Kullanım Miktarı* = Alkol Kullanım Bozukluğu olan 41 hastanın verileridir. En Uzun Kullanım Olmadan Geçirilen Süre**= Alkol Kullanım Bozukluğu olan 30 hastanın verileridir.

Alkol kullanım bozukluğu olan 42 hastadan 41 hastanın alkol kullanma sıklığına dair sonuçlar ise; son bir yılda hiç alkol kullanılmaması %2,4(remisyonda olan hastalar),

sadece birkaç kez kullanılması %4,9, ayda 1-3 kez kullanılması %9,8, haftada 1-5 kez kullanılması %16,7 ve hemen her gün kullanılması ise %65,9 olarak sonuçlanmıştır.

Tablo-22c: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Alkol Kullanmayı Bırakma Denemesine İlişkin Sayısal Veriler

Bırakmayı Deneme Sayısı				
ALKOL	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	40	6,53	±10,11
n				
Yüzde	%53,3	%3,3	-	-
%				

Not: Bırakmayı deneme sayısı için geçen örneklem sayısı: 30

Tablo-23a: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanımına Başlama Yaşına ve Kullanma Süresine İlişkin Sayısal Veriler

OPIYAT	Başlama Yaşı				Kullanma Süresi (yıl)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	14	39	24,43	±6,46	1	23	7,5	±6,21
n								
Yüzde	%3,3	%3,3	-	-	%10	%3,3	-	-
%								

NOT: Başlama yaşı ve kullanma süresi için geçen örneklem sayısı 30 kişidir.

Tablo-23b: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanım Miktarı Ve En Kullanım Olmadan Süreye İlişkin Sayısal Veriler

OPIYAT	Kullanım Miktarı (Gram)				En Uzun Kullanım Olmadan Süre (Gün)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	10	3,07	±1,71	15	4380	662,6	±890,2
n								
Yüzde	%10,7	%10,7	-	-	%6,9	%3,4	-	-
%								

Not: Kullanım miktarı için geçen örneklem sayısı: 28, En uzun kullanım olmadan geçirilen süre için geçen örneklem sayısı: 29

Tablo-23c: Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Opiyat Kullanımını Bırakma Sayısına İlişkin Veriler

OPIYAT	Bırakmayı Deneme Sayısı			
	Min	Max	Ort	SD
Sayı n	1	20	2,6	±4,66
Yüzde %	%84	%4	-	-

Not: Bırakmayı deneyeme sayısı için geçen örneklem sayısı: 25

Opiyat kullanım bozukluğu olan 33 hastadan 32 hastanın, son bir yıl içerisinde opiyat kullanım sıklığı incelendiğinde, 22 hastanın (%68,8) hiç kullanmadığı, 5 hastanın (%15,6) hemen her gün kullandığı, 2 hastanın (%6,3) haftada 1-5 kez kullandığı, 2 hastanın(%6,3) sadece 1-2 kez denediği, 1 hastanın(%3,1) ise ayda 1-3 kez kullandığı tespit edilmiştir.

Çoklu madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, madde kullanımına başlama yaşı, madde kullanım süresi, kullanılan maddenin miktarı, son bir yıl içerisinde kullanım sıklığı ve kullanmayı bırakma sayısına ait veriler Tablo-24a,24b,24c'de gösterilmiştir.

Sentetik kannabinoid kullanan çoklu madde kullanım bozukluğu içinde değerlendirilen hastaların sentetik kannabinoid kullanım sıklığına bakıldığında 30 kişiden 11 kişinin(%36,7) son bir yılda hiç kullanmadığı, 6 kişinin(%20) hemen her gün kullandığı, 5 kişinin(%16,7) haftada 1-5 kez kullandığı, 5 kişinin(%16,7) sadece 1-2 kez denediğini ve 3 kişinin(%10) ise ayda 1-3 kez kullandığı tespit edilmiştir.

Ekstazi kullanımı olan çoklu madde kullanım bozukluğu içinde değerlendirilen hastaların ekstazi kullanım sıklığına bakıldığında 30 kişiden 17 kişinin(%56,7) son bir yılda ekstazi hiç kullanmadığı, 6 kişinin(%20) haftada 1-5 kez kullandığı, 2 kişinin(%6,7) ayda 1-3 kez kullandığı, 2 kişinin(%6,7) sadece 1-2 kez denediği ve 2 kişinin(%6,7) ise hemen her gün kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo-24a: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımına Başlama Yaşına Ve Kullanım Süresine İlişkin Sayısal Veriler

Sentetik Kannabinoid	Başlama Yaşı				Kullanım Süresi (yıl)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	12	36	23,08	±6,08	1	11	4,8	±2,66
Yüzde %	%4,3	%4,3	-	-	%5	%5	-	-
Ekstazi	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	13	35	22,37	±6,20	1	15	7,14	±4,48
Yüzde %	%6,3	%6,3	-	-	%7,1	%7,1	-	-
Amfetamin	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	16	43	26	±8,9	1	5	2,44	±1,42
Yüzde %	%11,1	%11,1	-	-	%33,3	%11,1	-	-

Not: sentetik kannabinoid başlama yaşı ve kullanım süresi için geçen örneklem sayısı sırası ile 20-23 kişi, ekstazi için; 16-14 kişi, amfetamin için; 9-9 kişi

Tablo-24b: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Kullanım Miktarına Ve En Uzun Kullanım Olmadan Geçirilen Süreye İlişkin Sayısal Veriler

Sentetik Kannabinoid	Kullanım Miktarı(gram)				En Uzun Kullanım Olmadan Süre(gün)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	20	8,1	±6,08	4	3285	716,9	±921,4
Yüzde %	%10	%20	-	-	%7,7	%7,7	-	-
Extasy	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	12	4,20	±3,02	30	1095	285	±453,9
Yüzde %	%13,3	%6,7	-	-	-	-	-	-
Amfetamin	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	5	2,28	±1,38	7	730	241,4	±309,4
Yüzde %	%28,6	%14,3	-	-	%20	%20	-	-

Not: sentetik kannabinoid kullanım miktarı ve en uzun kullanım olmadan geçirilen süre için geçen örneklem sayısı sırasıyla; 10-13, extasy için;15-5, amfetamin için;7-5kişi, extasy kullanım miktarı adet cinsinden verilmiştir.

Amfetamin kullanımı olan çoklu madde kullanım bozukluğu içinde değerlendirilen hastaların amfetamin kullanım sıklığına bakıldığında 30 kişiden 22 kişinin(%73,3) son bir yılda hiç amfetamin kullanmadığı, 6 kişinin(%20) hemen her gün kullandığı, 1 kişinin(%3,3) ayda 1-3 kez kullandığı ve 1 kişinin (%3,3) ise sadece 1-2 kez kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo-24c: Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımını Bırakma Sayısına İlişkin Veriler

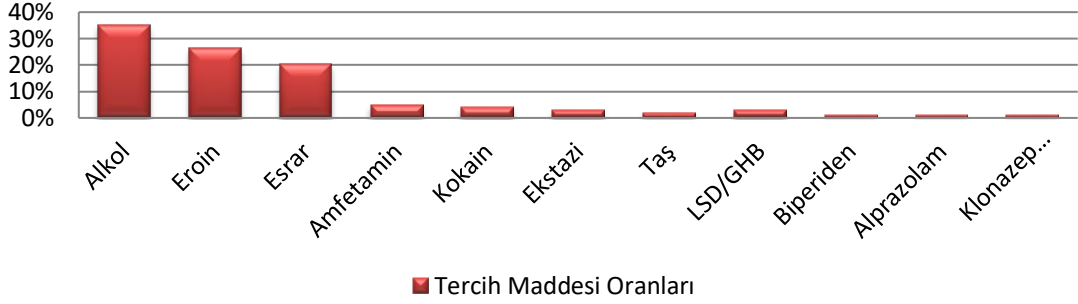
		Bırakmayı Deneme Sayısı			
		Min	Max	Ort	SD
Sentetik Kannabinoid	Sayı	1	30	5,23	±7,93
	n				
	Yüzde	%46,2	%7,7	-	-
	%				
Ekstazi	Sayı	1	15	4,60	±6,06
	n				
	Yüzde	%60	%20	-	-
	%				
Amfetamin	Sayı	1	30	9,25	±13,96
	n				
	Yüzde	%50	%25	-	-
	%				

Not: her üç madde için geçen örneklem sayısı 30 kişidir.

Çoklu madde kullanım bozukluğu grubu içinde yer alan ve uçucu madde kullanan hastalar incelendiğinde ise 6 hastanın uçucu madde kullandığı ve bu 6 hastanın içinde en düşük kullanım yaşı 10 ve en büyük kullanım yaşı 20, ortalama başlangıç yaşı $14,33 \pm 3,61$ olarak tespit edilmiştir. 6 hasta içerisinde uçucu madde kullanımını bırakmayan kişi sayısı 2 olup bir kişi 1 kez, bir kişi ise 15 defa uçucu madde kullanmayı bırakmayı denemiştir.

Hastaların en çok tercih ettikleri maddeler incelendiğinde 103 hastadan 36 kişi(%35) alkolü, 27 kişi(% 26,2) eroini, 21 kişi(%20,4) esrarı 5 kişi(%4,9) amfetamini, 4 kişi(%3,9) kokaini, 3 kişi(%2,9) ekstaziyi, 2 kişi(%1,9) taşı, 2 kişi(%2,9) LSD, GHB gibi maddeleri, 1 kişi biperideni (%1), 1 kişi(%1) alprazolamı, 1 kişi(%1) klonazepamı ve 1 kişi(%1) de uçucu maddeleri tercih maddesi olarak seçmiştir. (Şekil-6)

Tercih Maddesi Oranları



Şekil-6: Hastaların Tercih Maddesine İlişkin Sayısal Veriler

Çalışmaya katılan 103 hastadan 34 hasta (%33) bağımlılıktan kurtulabilmek için ilaç dışı tedavi arayışında bulunmuş ve yaşam boyu en az bir yöntem denemiş olup, 69 hastanın (%67) ise daha önce ilaç dışı tedavi arayışında hiç bulunmadığı tespit edilmiştir. İlaç dışı tedavi arayışında bulunan hastaların, hangi yöntemleri denediği ve hangi yöntemlerin ne sıklıkla tercih edildiğine dair veriler Tablo-25'de gösterilmiştir.

İlaç Dışı Tedavi Anketinde yer alan; Adsız Alkoliklere katılma, Akupunktur, Sanat Kurslarına katılma ve meditasyon/yoga gibi yöntemlerin hastalar tarafından tercih edilmediği bildirilmiştir. Diğer seçeneğini dolduran herhangi bir hasta bulunmamaktadır.

İlaç Dışı Tedavi Anketinde namaz kılma, spor, tarikata katılma, dua etme, muska/cevşen takma yöntemlerini seçen hastaların yöntem uygulama süresine ve yöntem ile kullanım olmadan geçirilen süreye ilişkin veriler Tablo-26a,26b'de gösterilmiştir.

Namaz kılma yöntemini seçen 18 kişiden 16 kişi(%88,9) namazdan fayda gördüğünü, 2 kişinin(%11,1) kararsız kaldığı, hiç kimsenin zarar görmediğini söyledikleri tespit edilmiştir.

Namaz kılma yöntemini seçen 18 kişiden 7 kişinin(%38,9) namaz kıldığı dönemde tıbbi tedavi altında olduğu, 11 kişinin(%61,1) de namaz kıldığı dönemde tıbbi tedavi görmediği tespit edilmiştir.

Tablo-25: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sayısal Veriler

	Sayı n	İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri İçindeki Yüzde %	Tüm Hastalar İçinde(n=103) Yüzde %
YÖNTEMLER			
Namaz kılma	18	%33,3	%17,4
Spor	7	%13,0	%6,7
Tarikata katılma	6	%11,1	%5,8
Dua etme	5	%9,3	%4,8
Muska-cevşen takma	4	%7,4	%3,8
Hobi	3	%5,6	%2,9
Bitkisel ürünler kullanma	3	%5,6	%2,9
Hac umre	2	%3,7	%1,9
Oruç tutma	1	%1,9	%0,9
Hacamat	1	%1,9	%0,9
Manevi Destek Birimi	1	%1,9	%0,9
Bireysel Psikoterapi	1	%1,9	%0,9
Grup Terapisi	1	%1,9	%0,9
Hipnoz	1	%1,9	%0,9
TOPLAM	54	%100	-

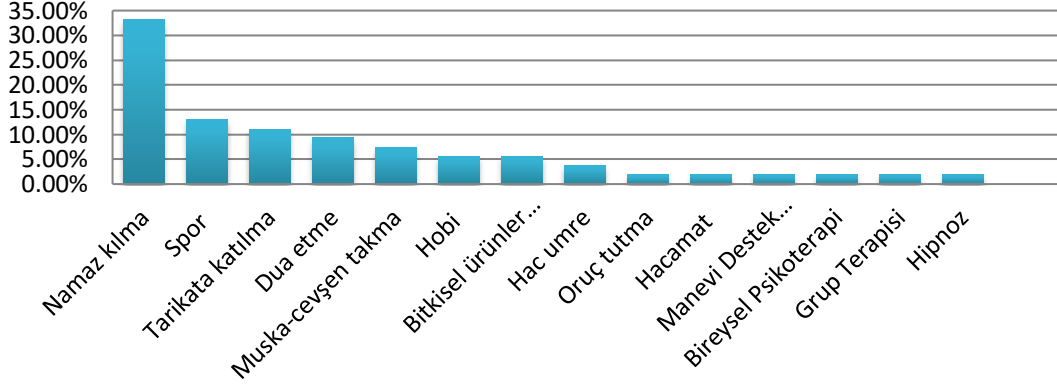
Not: toplam sayı, birden fazla yöntemin kullanılması nedeni ile örneklem sayısını geçmektedir.

Spor yöntemini seçen 7 kişiden 4 kişi(%57,1) spor için ödeme yapmış olduğu, 3 kişi(%42,9) ise herhangi bir ödeme yapmadığı tespit edilmiştir. Yapılan ödemede en düşük miktar 130TL ve en yüksek miktar ise 9000 TL olduğu tespit edilmiştir.

Spor yöntemini seçen 7 kişinin tamamının spor yapmaktan fayda gördüğünü söylediği tespit edilmiştir.

Namaz kılma yöntemini seçenlerin %95,4'ü ve spor yapanların %85,4'ü Tanrı ile güvenli bağlanma biçimi göstermiştir.

İLAÇ DIŞI TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN SEÇİLME ORANLARI



İlaç Dışı Tedavi Arayış Biçimleri

Şekil-7: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sayısal Veriler

Tarikata katılma yöntemini seçen 6 hastadan 2 hastanın(%33,3) bu yöntemden fayda gördüğü, 3 hastanın(%50) kararsız kaldığı ve 1 kişinin(%16,7) zarar gördüğünü söyledikleri tespit edilmiştir. Tarikata katılım yöntemini seçen 6 hastadan 1 kişinin(%16,7) tarikata katılmak için 5000 TL harcama yaptığı ve başka bir harcama yapan hastanın olmadığı tespit edilmiştir.

Dua etme yöntemini seçen 5 hastadan 4 hastanın(%80) dua etmekten fayda gördüğünü, 1 hastanın(%20) kararsız kaldığını belirtmiş olduğu tespit edilmiştir. Dua etme yöntemini seçen 5 hastadan 3 hastanın(%60) o dönem tıbbi tedavi altında olduğu, 2 hastanın(%40) ise tıbbi tedavi görmediği tespit edilmiştir.

Muska/cevşen takma yöntemini seçen 4 hastadan 2 hastanın(%50) bu yöntemden fayda gördüğünü,1 hastanın(%25) kararsız kaldığını ve 1 hastanın(%25) zarar gördüğünü belirttiği tespit edilmiştir. Yöntemin denendiği sırada o dönem tıbbi tedavi gören hasta sayısı 1 (%25) iken, tedavi görmeyenlerin sayısı 3 (%75) olarak tespit edilmiştir. Yöntem için ödeme yapan hasta sayısı 2 (%50) olup, 1 kişinin 50 TL ve 1 kişinin de 200TL ödeme yaptığı tespit edilmiştir.

Tablo-26a: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler

NAMAZ	Madde Kullanmadan Geçen Süre(gün)				Yöntemin Uygulanma Süresi(gün)			
	Min	Max	Ort	SD	Min	Max	Ort	SD
Sayı	1	2190	312,6	±576,7	1	2020	235	±518,5
n								
Yüzde %	%12,5	%6,3	-	-	%5,6	%5,6	-	-
SPOR	4	1095	176,28	±406,3	3	90	29,28	±41,49
Sayı								
n	%28,6	%14,3	-	-	%14,3	%28,6	-	-
Yüzde %								
TARİKAT	2	1095	227,4	±485,1	1	30	7,5	±11,7
Sayı								
n	%16,7	%16,7	-	-	%66,7	%16,7	-	-
Yüzde %								
DUA ETME	1	90	46	±38,75	10	60,	22	±21,67
Sayı								
n	%25	%25	-	-	%60	%20	-	-
Yüzde %								
MUSKA/CEVŞEN TAŞIMA	30	730	212,5	±345,2	30	730	212,5	±345,2
Sayı								
n	%50	%50	-	-	%50	%25	-	-
Yüzde %								

NOT: yöntemin uygulanma süresi ve madde kullanmadan geçen süre için örneklem sayısı sırası ile namaz için 18-16 kişi; tarikat için 6-5 kişi; muska/cevşen takma için 4-2 kişi

Hobi edinme yöntemini seçen 3 hastadan tamamının hobi edinmekten fayda gördüğünü belirtmiş olduğu, hastalardan 1 kişinin (%33,3) o dönem tıbbi tedavi altında olduğu, 3 hastanın hobi edinmekle kullandığı maddeyi bıraktığı tespit edilmiştir.

Hobi edinmenin uzun dönem etkisine bakıldığında ise; 1 kişinin(%33,3) kullandığı maddeyi bıraktığı, 2 kişinin(%66,7) ise eski haline geri döndüğü tespit edilmiştir. Hobi edinme ile en az kullanım olmadan geçirilen süre 1 gün(%33,3), en uzun kullanım olmadan geçirilen süre 60 gün (%66,7), ortalama kullanım olmadan geçirilen kalınan süre ise 22,66 ± 32,47 olarak tespit edilmiştir. Hobi edinmeyi deneyen 3 hastanın hiçbirisi hobi için ödeme yapmadığını belirtmiştir. Edinilen hobiler, bağlama kursu, aşçılık ve tarihi belgeseller izlemek olarak belirtilmiştir.

Tablo-26b: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Yöntem Sırasında Ve Uzun Dönemde Madde Kullanım Şekline Etkisine İlişkin Veriler

	Yöntem sırasında Kullanım şekli		Uzun dönem Kullanım şekli	
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %
NAMAZ				
Bırakmış	13	%72,2	3	%16,7
Aynen devam	1	%5,6	9	%50
Azaltmış	4	%22,2	2	%11,1
Artırmış	-	-	4	%22,2
TOPLAM	18	%100	18	%100
SPOR				
Bırakmış	4	%57,1	-	-
Aynen devam	-	-	5	%71,4
Azaltmış	3	%42,9	-	-
Artırmış	-	-	2	%28,6
TOPLAM	7	%100	7	%100
TARİKAT				
Bırakmış	5	%83,3	1	%16,7
Aynen devam	1	%16,7	3	%50
Azaltmış	-	-	-	-
Artırmış	-	-	2	%33,3
TOPLAM	6	%100	6	%100
DUA ETME				
Bırakmış	1	%20	1	%20
Aynen devam	2	%40	2	%40
Azaltmış	2	%40	2	%40
Artırmış	-	-	-	-
TOPLAM	5	%100	5	%100
MUSKA/CEVŞEN				
TAKMA				
Bırakmış	2	%50	-	-
Aynen devam	1	%25	1	%25
Azaltmış	1	%25	1	%25
Artırmış	-	-	2	%50
TOPLAM	4	%100	4	%100

Tablo-27: Olguların Sosyodemografik Veri Özellikleri İle BAPİ Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hastaların, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu ve aylık gelir düzeyi ile BAPİ total skorları karşılaştırıldığında; cinsiyet, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi ile anlamlı ilişki bulunmazken, medeni durum ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p=0,000$) tespit edilmiştir. Evli ve bekâr grupta Mann Whitney U testine göre BAPİ total skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup, bekâr grubun BAPİ total skor ortalaması evli gruba göre daha yüksek oranda bulunmuştur.

	BAPİ Total Skor					
	n	min	max	Ortalama	SD	İstatistik*
Cinsiyet						
Kadın	11	2,75	8,18	5,99	$\pm 1,87$	$p=0,726$
Erkek	91	0	14,18	5,76	$\pm 2,26$	
Eğitim Durumu						
İlkokul	28	0	14,18	5,73	$\pm 2,62$	$p=0,380$
Ortaokul	40	0	8,64	6,10	$\pm 1,99$	
Lise	34	1,50	8,94	5,44	$\pm 2,13$	
Üniversite	1	7,06	7,06	7,05	-	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	44	0	8,79	5,32	$\pm 2,41$	$p=0,360$
Çalışmıyor	58	1,50	14,18	6,15	$\pm 2,02$	
Düzensiz çalışıyor	1	5,46	5,46	5,46	-	
Medeni Durum						
Evli	50	0	8,02	4,87	$\pm 2,15$	$p=0,000$
Bekâr	39	2	8,94	6,54	$\pm 1,54$	
Boşanmış	14	3,25	14,18	6,96	$\pm 2,77$	
Aylık Gelir Düzeyi						
2000TL ve altı	47	2,75	14,18	6,39	$\pm 1,96$	$p=0,130$
2001TL-5000TL	51	0	8,79	5,27	$\pm 2,36$	
5001-10.000TL	4	4,21	7,07	5,95	$\pm 1,30$	
10.001-20.000TL	1	3,07	3,07	3,07	-	
20.001TL ve üzeri	-	-	-	-	-	

Mann Whitney U*, Kruskal Wallis H*

Tablo-28: Olguların Tanrı'ya Bağlanma Stilleri Ve İlaç Dışı Tedavi Arayışı İle BAPİ Total Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hastaların Tanrı'ya olan bağlanma stilleri ile ilaç dışı tedavi arayışında bulunup bulunmama göre BAPİ total skorları karşılaştırıldığında, Tanrı'ya bağlanma stilinin BAPİ total skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmazken, ilaç dışı tedavi arayışında bulunmanın Kruskal Wallis testine göre BAPİ total skoru ile istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.004$) ilişki bulunmaktadır. İlaç dışı tedavi arayışında bulunan hastalarda, bulunmayanlara göre BAPİ total skoru daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

BAPİ TOTAL SKOR					
	Min	Max	Ortalama	SD	İstatistik*
Bağlanma Stilleri					
Güvenli	0	14,18	5,67	±2,29	p=0,127
Kaygılı	2,75	7,12	4,96	±2,18	
Kaçıngan	3,70	8,94	6,86	±1,29	
İlaç Dışı Tedavi Deneme					
Deneyenler	2	14,18	6,73	±2,01	p=0,004
Denemeyenler	0	8,79	5,32	±2,17	

Mann Whitney U*, Kruskal Wallis H*

Tablo-29: Olguların Sosyodemografik Veri Özellikleri Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle İlaç Dışı Tedavi Yöntem Seçimleri İle İlişkinin Değerlendirilmesi

İlaç dışı tedavi arayışında bulunan hastalar ile ilaç dışı tedavi arayışında bulunmayan hastalar arasında, eğitim, medeni durum, aylık gelir ve Tanrı'ya bağlanma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmayan hasta grubunda ilaç dışı tedavi arayışında bulunma oranları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Ki kare analizinin uygulanabilmesi için gelir düzeyi 2000TL ve altı ile 2000TL üstü, çalışma durumu; çalışıyor çalışmıyor, eğitim durumları; ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri,

Tanrı'ya bağlanma stilleri ise güvenli ve güvensiz bağlanma olarak yeniden kategorize edilmiştir.

	İlaç dışı tedavi yöntemi deneyen		İlaç dışı tedavi yöntemi denemeyen		İstatistik*
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	
Bağlanma Stili					
Güvenli	31	%35,2	57	%64,8	p=0,374
Güvensiz	3	%20	12	%80	
Eğitim Durumu					
İlkokul	7	%25	21	%75	p=0,451
Ortaokul	13	%32,5	27	%67,5	
Lise ve üzeri	14	%40	21	%60	
Medeni Durum					
Evli	14	%28	36	%72	p=0,515
Bekâr	14	%35,9	25	%64,1	
Boşanmış	6	%42,9	8	%57,1	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	8	%17,8	37	%82,2	p=0,004
Çalışmıyor	26	%44,8	32	%55,2	
Aylık Gelir Düzeyi					
2000TL ve altı	19	%40,4	28	%59,6	p=0,143
2000TL üstü	15	%26,8	41	%73,2	

*Pearson Ki-Kare Testi

Tablo-30: Olguların Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Olguların Tanrı'ya bağlanma biçimleri ile cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, iş durumu ve aylık gelir özellikleri karşılaştırıldığında Ki-Kare testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İş durumu çalışıyor-çalışmıyor; eğitim düzeyi; ilkökul, ortaokul, lise ve üzeri, aylık gelir; 2000TL ve altı, 2000TL üzeri olarak Ki-Kare analizinin uygulanması için yeniden kategorize edilmiştir.

	GÜVENLİ BAĞLANMA		GÜVENSİZ BAĞLANMA		İstatistik*
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	
Eğitim Durumu					
İlkokul	22	%78,6	6	%21,4	p=0,240
Ortaokul	37	%92,5	3	%7,5	
Lise ve üzeri	29	%82,9	6	%17,1	
Medeni Durum					
Evli	44	%88	6	%12	p=0,732
Bekâr	32	%82,1	7	%17,9	
Boşanmış	12	%85,7	2	%14,3	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	39	%86,7	6	%13,3	p=0,755
Çalışmıyor	49	%84,5	9	%15,5	
Aylık Gelir Düzeyi					
2000TL ve altı	40	%85,1	7	%14,9	p=0,931
2000TL üstü	48	%85,7	8	%14,3	

*Pearson-Ki-Kare Testi

Tablo-31: Olguların BAPİ Total Skorları ile Tanrı'ya Bağlanma Envanteri Alt Ölçek Boyutlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Olguların BAPİ total skorları ile Tanrı'ya Bağlanma Envanterinin kaygı boyutu alt ölçek skorları pozitif yönde düşük korelasyon gösterdiği ($p < 0,05$), güven ve kaçınma alt boyut ölçekleri ile korelasyon göstermediği bulunmuştur.

	Güven	Kaygı	Kaçınma	İstatistik*
BAPİ Total Skor	-0,166	0,201*	0,132	r
	0,94	0,42	0,184	p
TOPLAM	103	103	103	

*Spearman ve Pearson Korelasyon Analizi

Tablo-32: Olguların İlaç Dışı Yöntem Seçimleri ile Yaşları Ve BAPİ Total Skorları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Olguların dini yöntemler ile dini olmayan yöntemleri seçimleri ile yaş, BAPİ total skorları arasında uygulanan Mann Whitney U testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

	İlaç Dışı Tedavi Yöntemi Deneyenler	İlaç Dışı Tedavi Yöntemi Denemeyenler	İstatistik
	n		
BAPİ Total Skor	25	25	p=0,168
Yaş	78	78	p=0,856

*Mann Whitney U Testi

Tablo-33: İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanma Süresinin Alkol-Madde Kullanımı Olmadan Geçirilen Süre Ve BAPİ Total Skor İle İlişkinin Değerlendirilmesi

Dine yönelim şekli olarak namaz kılmayı seçen bireylerde, namaz kılma sıklığı ile namaz kılma ile kullanım olmadan geçirilen süre arasında pozitif yönde kuvvetli korelasyon ilişkisi olduğu(p=0,002), BAPİ total skor ile ilişkili olmadığı görülmektedir.

Spor yapma yöntemini seçen bireylerde, spor yapma sıklığı ile spor yaparak kullanım olmadan geçirilen arasında Spearman Korelasyon analizine göre pozitif yönde çok kuvvetli korelasyon (p=0,000) ilişkisinin olduğu, BAPİ total skoru ile anlamlı ilişkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tarikata katılma yöntemini seçen bireylerde, tarikata katılma süresi ile tarikata katılma ile kullanım olmadan geçirilen süre arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. BAPİ total skoru ile tarikata katılma süresi arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Dua etme yöntemini seçen bireylerde, dua etme sıklığı ve dua etmekle kullanım olmadan geçirilen süre arasında Spearman Korelasyon analizine göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

	Kullanım Olmadan Geçirilen Süre	BAPİ Total Skor	İstatistik
Namaz	0,715	-0,342	r
Sıklık	0,02	0,165	p
Spor	0,982	-0,90	r
Sıklık	0,00	0,848	p
Dua Etme	0,258	0,894	r
Sıklık	0,742	0,41	p

*Spearman Korelasyon Testi

Tablo-34: Bağımlılık Şiddeti ile Kişilik Bozukluğunun Ve İlaç Dışı Tedavi Arayışı İle İlişkinin Değerlendirilmesi

Yüksek şiddetli bağımlılık gösteren hastalar ile düşük şiddetli bağımlılık gösteren hastalar arasında, ilaç dışı tedavi arayışı arasında Ki-Kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken(p=0,005), iki grup arasında kişilik bozukluğu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Aynı iki grup arasında intihar girişim durumları açısından Ki Kare analizine göre istatistiksel olarak (p=0,039) anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yüksek şiddetli bağımlılık gören ve özgeçmişinde intihar öyküsü hasta grubunda ilaç dışı tedavi arayışının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

	Yüksek Şiddetli Bağımlılar n	Düşük Şiddetli Bağımlılar n	İstatistik*
İlaç dışı tedavi arayışı			
Deneyenler	31	3	p=0,005
Denemeyenler	45	24	
Kişilik bozukluğu			
Var	33	10	p=0,563
Yok	43	17	
İntihar Girişimi			
Var	34	6	p=0,039
Yok	42	21	

*Ki-Kare Testi

Tablo-35: Olguların Kişilik Bozukluğu İle BAPİ Total Skorlarının, Yaşam Boyu Madde Kullanmadan Geçirilen En Uzun Sürenin Ve Madde Kullanımını Bırakma Sayıları Arasındaki İlişine Ait Değerlendirmeler

Kişilik bozukluğu tanısı olan olgular ile kişilik bozukluğu tanısı olmayan olgular arasında, yaşam boyu madde kullanmadan geçirilen en uzun süre, BAPİ total skor ve maddeyi bırakma sayıları açısından uygulanan Mann Whitney U Testi ve Ki Kare Testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bırakma sayısı 5 ve 5'ten az kez bırakmayı deneyenler ile 6 ve 6dan fazla kez bırakmayı deneyenler olarak yeniden kategorize edilmiştir.

		Kişilik Bozukluğu var n	Kişilik Bozukluğu yok n	İstatistik
En Kullanım Olmadan Geçirilen Süre	Uzun	41	54	p=0,327
Bırakma Sayısı		39	51	p=0,058

*Mann Whitney U Testi, Ki Kare Testi

Tablo-36: Olguların Daha Önce AMATEM Servisinde Yatarak Tedavi Görme Durumları İle BAPİ Total Skor, Madde Bırakmayı Deneme Ve En Uzun Madde Kullanmadan Geçen Süre İle İlişisine Ait Değerlendirmeler

AMATEM servisinde daha önce yatarak tedavi gören olgular ile AMATEM servisinde hiç yatışı olmayan hastalar arasında Mann Whitney U Testi sonucuna göre BAPİ total skor, madde kullanmadan geçirilen en uzun süre ve madde bırakma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bırakma sayısı 5 ve 5'ten az kez bırakmayı deneyenler ile 6 ve 6dan fazla kez bırakmayı deneyenler olarak yeniden kategorize edilmiştir.

	Yatarak Tedavi Gören Hastalar	Yatarak Tedavi Görmeyen Hastalar	İstatistik
	n	n	
En Uzun Maddesiz Süre	39	56	p=0,888
Bırakma Sayısı	40	50	p=0,263

*Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

Daha önce AMATEM polikliniğinde ayaktan tedavi gören hastalar ile hiç tedavi almamış hastalar arasından Mann Whitney U testine göre BAPİ total skorları, Madde bırakma sayısı ve madde kullanmadan geçen en uzun süre ile istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu.

Tablo-37: Olguların Geçmiş Adli Durumları İle Bağımlılık Şiddeti, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimlerinin İlişkisine Ait Değerlendirmeler

Adli öyküsü olan ve adli öyküsü olmayan olgular arasında Ki-Kare testine göre Tanrı'ya bağlanma biçimleri, bağımlılık düzeyleri ve ilaç dışı tedavi arayışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

	Adli Öyküsü Olanlar		Adli Öyküsü Olmayanlar		İstatistik
	n	%	n	%	
Bağımlılık Şiddeti					
Yüksek	54	%71,1	22	%28,9	p=0,947
Düşük	19	%70,4	8	%29,6	
İlaç Dışı Tedavi Arayışı					
Var	23	%67,6	11	%32,4	p=0,613
Yok	50	%72,5	19	%27,5	
Tanrı'ya Bağlanma Biçimi					
Güvenli	63	%71,6	25	%28,4	p=0,761
Güvensiz	10	%70,9	5	%21,9	

*Ki-Kare Testi

Tablo-38: Olguların Annelerinin Yaş Grupları İle Bağımlılık Şiddeti, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve Tanrı'ya Bağlanma Biçimleri İle İlişisine Ait Değerlendirmeler

Olguların genç ve orta yaş grubu anneleri ile bağımlılık şiddeti, ilaç dışı tedavi arayışı ve Tanrı'ya bağlanma biçimlerinin ilişkisi değerlendirildiğinde annelerin yaş grupları ile ilaç dışı tedavi arayışında bulunma ve dini yöntemlerden birini seçme ki kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunurken(sırasıyla $p=0,006$ ve $p=0,029$) Tanrı'ya bağlanma biçimleri ve bağımlılık şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

	Genç Yaş Annesi Olanlar		Orta Yaş Annesi Olanlar		İstatistik
	n	%	n	%	
Bağımlılık Şiddeti					
Yüksek	53	%70,7	22	%29,3	$p=0,698$
Düşük	18	%66,7	9	%33,3	
İlaç Dışı Tedavi Arayışı					
Var	29	%87,9	4	%12,1	$p=0,006$
Yok	42	%60,9	27	%39,1	
Tanrı'ya Bağlanma Biçimi					
Güvenli	64	%72,7	24	%27,3	$p=0,086$
Güvensiz	7	%50	7	%50	
Yöntem Çeşidi					
Dini yöntemler	21	%87,5	3	%12,5	$p=0,029$
Dini olmayan yöntemler	50	%64,1	28	%35,9	

Tablo-39: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler İle Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler Arasında Bağımlılık Şiddeti, BAPİ Total Skoru, İlaç Dışı Tedavi Arayışı Ve İlaç Dışı Yöntem Seçim Şekilleri İle İlişisine Ait Değerlendirmeler

Alkol kullanım bozukluğu olan ve opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde Ki kare analizine göre Tanrı'ya bağlanma biçimlerinde ve bağımlılık şiddetinde; sırasıyla ($p=0,037$; $p=0,00$) ve Mann Whitney U analizine göre BAPİ total skorlarında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) farklılık bulunurken, iki grup arasında istatistiksel olarak ilaç dışı tedavi arayışları ve yöntem çeşitleri arasında anlamlı

farklılık saptanmamıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde bağımlılık şiddeti, opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde ise Tanrı'ya güvenli bağlanma daha yüksek oranda tespit edilmiştir.

	Alkol Kullanım Bozukluğu Olanlar		Opıyat Kullanım Bozukluğu Olanlar		İstatistik
	n	%	n	%	
Bağımlılık Şiddeti					
Yüksek	37	%88,1	14	%42,4	p=0,000
Düşük	5	%11,9	19	%57,6	
Tanrı'ya Bağlanma					
Güvenli	32	%76,2	31	%93,9	p=0,037
Güvensiz	10	%23,8	2	%6,1	

*Mann Whitney U, Ki-Kare Analizi

Tablo-40: Olguların İlaç Dışı Tedavi Arayışı Durumları İle Psikiyatrik Özgeçmişleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İlaç dışı tedavi arayışı olan olgular ile ilaç dışı tedavi arayışı olmayan olgular arasında Ki-Kare analizine göre özgeçmişinde psikiyatrik tanı alma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bağımlılık dışında ek psikiyatrik tanısı olan bireylerde ilaç dışı tedavi arayışında bulunma oranları istatistiksel olarak daha düşük oranda tespit edilmiştir.

	Psikiyatrik Tanısı Var		Psikiyatrik Tanısı Yok		İstatistik*
	n	%	n	%	
İlaç Dışı Tedavi					
Deneyenler	17	%45,9	17	%25,8	p=0,037
Denemeyenler	20	%54,1	49	%74,2	
TOPLAM	37	%100	66	%100	

*Ki-Kare Testi

Tablo-41: Olguların Kişilik Bozuklukları İle Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Ve Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Kişilik bozukluğu olan hastalar ile kişilik bozukluğu olmayan hastalar arasında, geçmişte psikiyatrik tedavi görme ve psikiyatrik tanı alma arasında Ki-Kare testine göre istatistiksel olarak sırası ile ($p=0,002$; $p=0,000$) anlamlı olarak bulunmuştur.

Daha Önce	Kişilik Bozukluğu Olan Hastalar		Kişilik Bozukluğu Olmayan Hastalar		İstatistik
	n	%	n	%	
Psikiyatrik Tanı Alma					
Evet	24	%55,8	13	%21,7	p=0,000
Hayır	19	%44,2	47	%78,3	
Psikiyatrik Tedavi					
Evet	21	%48,8	12	%20	p=0,002
Hayır	22	%51,2	48	%80	

*Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

Alkol- madde bağımlılığı tedavisi, genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik daha birçok unsuru bünyesinde barındıran multifaktöriyel bir durumdur. Bilimsel verilerden elde edilen ve genel uygulamalarda yer tutmuş farmakolojik tedavilerin ve psikoterapi yöntemlerinin yanı sıra hastaların bireysel çabaları ve farklı tedavi arayışları da bağımlılıkla mücadelede önemli gözükmektedir. Hastaların bireysel çabaları, farklı organizasyon ve disiplinlerle ilişkili olan bu girişimler ilaç dışı tedavi yöntemleri olarak adlandırılabilir. Bu yöntemlerin hangi hasta profili tarafından, hangi koşullarda ve ne şekilde uygulandığını bilmek, bizleri bağımlı hastaları tedavi konusunda doğru yolda kanalize etmemize yardımcı olabilir.

Çalışmamız, alkol-madde bağımlılığı tanısı almış hastaların ilaç dışı tedavi arayışında bulunup bulunmadıklarını ve bunun Tanrı inancı ile olası bağlantısını araştırmayı hedeflemiştir. Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM yataklı servisine ve polikliniğine başvuran DSM-5'e göre alkol ve veya madde kullanım bozuklukları tanısından herhangi birini almış 103 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, hastaların 92'si (%89,3) erkek, 11'i(%10,7) kadın hastadan oluşmaktadır. Yurt dışında yapılan bir çalışmaya bakıldığında bağımlılığın erkek hastalarda daha fazla oranda görüldüğü yönündedir(Ghaderi, Motmaen, Abdi, & Rasouli-Azad, 2017; McHugh, Votaw, Sugarman, & Greenfield, 2018). Ülkemizde AMATEM kliniğinde yatarak tedavi görmüş hastalar üzerinde yapılmış retrospektif bir çalışmada çalışmaya 1222 hasta dahil edilmiş ve hastaların %94,8'inin erkek ve %5,2'sinin de kadın hasta olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların yaş ortalaması $39,8 \pm 8,7$ olarak bulunmuştur(Karaağaç H, 2017). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaş ortalaması $35,66 \pm 11,20$, en küçük hasta yaşı 18 ve en büyük hasta yaşı ise 65 olarak tespit edilmiştir.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde ise 40 kişinin(%38,8) ortaokul mezunu o, 34 kişinin(%33) lise mezunu, 28 kişinin(%27,2) ilkokul mezunu olduğu ve 1 kişinin(%1) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan 200

kişilik başka bir çalışmada da ortaokul / lise mezunu oranları ve üniversite mezunu ön planda iken okuryazar / ilkokul mezunu arka planda kalmaktadır(B. YILDIRIM, 2011). Ama genel olarak yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul düzeyinde olduğu görülmektedir(Evren C, 2001; Zorlu N, 2011). Çalışmamızın sosyodemografik verilerine dair sonuçları TUBİM 2018 uyuşturucu raporlarındakilere göre benzer olduğu görülmektedir(TUBİM, 2018).

Eğitim düzeyi, alkol-madde bağımlılığında önemli bir prediktör olabildiği gibi ilaç dışı tedavi arayışında da ciddi rol oynayabilir. Eğitim düzeyinin düşük olması, tedaviye yardımcı olabilecek ilaç dışı yöntemler hakkında bilgi edinmenin önünde ciddi bir engel teşkil edebilir. Öyle ki ülkemizde tamamlayıcı tıp üzerine yapılmış bir çalışmada eğitim durumunun yüksekokul ve üzeri olması ile kitap, dergi ya da gazete yolu ile bu yöntemler hakkında bilgi edinmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(Arzu Araz, 2007). Eğitim düzeyinin düşmesiyle birlikte hastaların kültürel ve dini normlardan etkilenmesi söz konusu olabilir ve bu nedenle de kültürümüzün ve İslam dininin geçmişten günümüze dek bizlere sunmuş olduğu bir takım yöntemler hastalar tarafından tercih edilebilir. Ülkemizde kronik böbrek yetmezliği hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada tamamlayıcı tıp uygulamalarından en çok dini inanışlarına göre yöntem seçtikleri ve bu seçilen yöntemlerin en çok düşük düzey eğitimi olan hastalarda görüldüğü bulunmuştur(ÖZDEMİR, 2009). Yine ülkemizde şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise geleneksel tıp uygulamaları kullanımı ile yüksek eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(Yazıcı ve ark, 2016).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumlarına bakıldığında 58 kişinin(%56,3) aktif olarak herhangi bir işte çalışmadığını, 44 kişinin(%42,7) düzenli bir işte çalıştığını ve 1 kişinin(%1) ise düzensiz olarak herhangi bir işte çalıştığını tespit ettik. Literatürde sosyoekonomik düzeyler arasında alkol-madde kullanım arasında anlamlı bir fark olmadığı ve bu durumun sadece kullanılan maddenin cinsini etkilediği belirtilmektedir(K. Ögel, 2018). Düşük gelir düzeyinin olması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceğinden, maddi güç gerektiren birtakım ilaç dışı tedavi yöntemlerini seçmesine engel olabilir. Aynı zamanda maddi güç gerektirmeyen yöntemlerin seçimini dolaylı yoldan artırıyor olabilir.

Hastaların bağımlılıkla alakalı yardım aldıkları kaynaklara baktığımızda tercih ettikleri ilk kaynağın AMATEM, ikinci sırada aile akrabalarının ve üçüncü sırada ise tıbbi ilaçların yer aldığı görülmektedir. En az oranda başvurdukları kaynak ise ilaç dışı tedavi yöntemleri olmuştur.

Hastalar bağımlılık profili açısından değerlendirildiğinde ise 42'si(%38,2) alkol kullanım bozukluğu, 33'ü(%30) opiyat kullanım bozukluğu, 29'u (%26,4) çoklu madde kullanım bozukluğu, 5'i(%4,5) kannabinoid kullanım bozukluğu ve 1 kişi de (%0,9) dinginleştirici, uyku verici ya da kaygı giderici(sedatif, hipnotik, anksiyolitik) kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Tanı profili dağılımı incelendiğinde ise ülkemizde yapılan çalışmalarda yöntemsel farklılıkların olmasından ötürü bağımlılık tanılarının dağılımına ilişkin oranlar da farklılık göstermektedir(K Ögel, 2005). Bizim çalışmamızda tanı profilinin alkol ve opiyat kullanım bozuklukları şeklinde ağırlık olmasının nedeni, çalışmaya katılmak isteyen gönüllü hastaların bu tanılara sahip olmalarından, çalışmaya Denetimli Serbestlik gören ve AMATEM polikliniğine başvurusu olmayan hastaların dâhil edilmemiş olmasından ve de hastanemizin AMATEM servisinin ve polikliniğinin nispeten ağır hastalara hizmet sunuyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Denetimli Serbestlik gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada 513 hastanın %90,8' inin esrar kullandığı tespit edilmiştir(Yazici, Yazici, Akkisi Kumsar, & Erol, 2015). Bununla birlikte alkol kullanım bozukluğuna dair komplikasyonların ölümcül seyredebilmesi ihtimaline karşın yatarak tedavi görmek isteyen hastalara tıbbi açıdan öncelik tanındığı için tanı profili bu faktörden dolayı etkilenmiş olabilir.

Hastaların psikiyatrik özgeçmişlerine baktığımızda ilk sırada anksiyete bozukluğu %35,1 ikinci sırada ise majör depresyonun (%29,7) olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında alkol-madde bağımlılığı olan bireylerde anksiyete bozukluğu ve majör depresyon görülme sıklığı sırası ile %76 ve %79 olarak bulunmuştur(Lubman DI, 2007). Yine alkol bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada majör depresyon görülme sıklığı %35 olarak belirlenmiştir(T. L. Öner H, Levent BA, Öner S. , 2002). Madde kullanım bozukluğu ile psikiyatrik diğer tanıların seyretmesinin prognozu olumsuz etkilediği ve tedaviyi zorlaştırdığı ifade edilmektedir(Brooner RK, 1997; Shorey RC, 2014a).

Çalışmamızda en düşük alkol başlangıç yaşını $5\pm 5,67$ olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada en düşük alkol başlangıç yaşı $14 \pm 2,8$ olarak tespit edilmiştir(A. İNCE, 2002). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışma gibi alkol başlangıç yaşı oldukça düşük bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise alkol başlangıç yaşı 8-21 yaş aralığında tespit edilmiştir(Alaçam, 2015). Çalışmamızda çoklu madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, sentetik kannabinoid, ekstazi, amfetamin kullanımına başlangıç yaşları sırası ile 12,13 ve 16 şeklinde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da bulduğumuz gibi madde kullanımının 17 yaşın altında dahi başlayabileceğine dair literatürde veri mevcuttur(Strashny, 2014).

Bir çeşit geçiş nesnesi olarak da tabir edilebilecek olan Tanrı algısının temelleri aslında anne ve baba algısı ile başlar(Hayta, 2010; Kartopu, 2014). Bakım veren ile meydana gelen bağlanma stili ile Tanrı ile kurulacak bağlanma biçiminin benzer olabileceği görüşü nedeni ile çalışmamızda Tanrı'ya Bağlanma Envanteri'ni kullandık. Literatürde ülkemizde yapılan bir çalışmada Tanrı ile bağlanma biçiminin, kişiler arası ilişkilerdeki bağlanma biçimine benzemeyebileceğine dair bir görüş de yer almaktadır(M BULUT, 2018).

Çalışmaya katılan hastaların Tanrı'ya bağlanma biçimleri ele alındığında hastaların büyük çoğunluğu (%84,6) güvenli bağlanma biçimi gösterirken, diğerleri güvensiz bağlanma biçimini göstermektedir. Literatürde insan ile Tanrı algısını irdeleyen birden fazla çalışma mevcuttur(L. A. Kirkpatrick, 1998). Tanrı algısı ile kurulan mevcut iki hipoteze göre; birinci hipotezde Tanrı ile olan bağlanmanın çocukluk döneminde ebeveyn ile kurulan bağlanmanın bir uzantısı şeklinde olduğu, ikinci hipoteze göre de anne ve baba ile kurulan bağlanmada meydana gelen eksikliklerin giderilebilmesi için Tanrı'ya atfedildiği yönündedir(Beck, 2004; L. A. Kirkpatrick, 1998; L. A. v. S. Kirkpatrick, P. R., 1990). Konu ile alakalı yapılan araştırmalarda Tanrı ile bağlanma figürünün ruhsal açıdan iyi olma ile ilişkili olduğu, kişinin Tanrı tarafından korunduğu düşüncesinin, rahatlatıcı etkisinin bulunabileceği gösterilmiştir(Flannelly, 2008). Bu nedenle de bizim çalışmamızda yer alan hastalar, bu gerekçeler nedeni ile güvenli bağlanma biçimini daha çok göstermiş olabilirler.

Bağımlı hastalarda Tanrı ile güvenli bağlanmanın yüksek oranda görülmesinin nedenlerinden biri, toplumun bağımlılığı gerek dini gerek psikososyal boyutta stigmatize edici şekilde dışa vuruyor olması olabilir. Hastalar bu durum karşısında kendisini her koşulda kabul eden Tanrı'ya yönelip dua ya da ibadet ederek kaygılarını yatıştırıyor olabilirler.

Tanrı'ya güvenli bağlananlar ile güvensiz bağlananlar arasında sosyodemografik veri özellikleri ve bağımlılık şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında madde ya da alkol bağımlıları üzerinde ebeveyn ile bağlanma stili erişkin bağlanma biçimi ölçeği ile değerlendirilmiş olup, bağımlı hastalar üzerinde Tanrı ile bağlanma biçimini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Madde bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada ebeveyn bağlanma şeklinin bağımlılık üzerinde etkisi olduğunu ifade etmektedir(Unterrainer et al., 2018). Yaptığımız çalışmada, ilaç dışı tedavi yöntemlerini dini ve dini olmayan yöntemler şeklinde kategorize ettiğimizde, Tanrı'ya bağlanma biçimi ile yöntem seçimi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yöntem seçiminde hastanın iş durumunun etkili olduğu çalışmamızda tespit edilmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi yöntem seçimini etkileyen tek bir parametrenin olmadığıdır. Birden fazla unsurun kişinin ilaç dışı tedavi yöntemi seçiminde etkili olabileceği görülmektedir.

Hastaların BAPİ total skorları ile Tanrı'ya Bağlanma Envanteri kaygı boyutu arasında pozitif yönde düşük oranda korele olduğu gözlenmiştir. Kaygılı bağlanma stili olan hastaların, stresle başa çıkma becerileri yetersiz olabileceğinden madde kullanımına yönelmeleri ve dolayısı ile BAPİ total skorlarının bu nedenle yükselebileceği düşünülebilir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada Tanrı ile olan bağlanma biçiminin stresle başa çıkma becerilerini etkileyebileceğine dair bir veri bulunmaktadır(Parenteau, Hurd, Wu, & Feck, 2019).

Alkol kullanım bozukluğu ve opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde ise Tanrı'ya bağlanma biçimleri ve bağımlılık şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlemlenmektedir. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda güvenli bağlanma alkol kullanım bozukluğu olan grubu göre daha fazla oranda görülürken, bağımlılık şiddeti ise alkol kullanım bozukluğu olanlardan opiyat kullanım bozukluğu grubuna nazaran daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastalar bağımlılık şiddeti açısından değerlendirildiğinde yüksek şiddetli bağımlılık gösteren hasta profili orta ve düşük şiddet bağımlılık gösteren hasta profiline göre daha fazla oranda bulunmaktadır. Yüksek şiddetli bağımlılık profilinin önde olmasının nedenlerinden biri de örneklemin yarısının yatan hasta profilinden oluşmasından kaynaklanmaktadır. BAPİ total skoru ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Ortalama BAPİ total skoru evlilere göre bekâr grupta daha yüksektir. Bekâr grupta BAPİ total skorunun ortalamasının daha yüksek olmasının nedenlerinden biri, hastaların madde ya da alkol kullanımını yalnızlıkla başa çıkma stratejisi olarak kullanmış olmaları olabilir. Daha önce yapılan bir çalışmada genç yetişkinlerin ekstaziyi yalnızlıkla baş etmek için kullandıkları gösterilmiştir(Rokach A, 2003).

Yaşam boyu ilaç dışı tedavi arayışında bulunan hastalar ile ilaç dışı tedavi arayışında bulunmayan hastalar kıyaslandığında, ilaç dışı tedavi arayışında bulunan hastaların daha şiddetli bağımlılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Bağımlılık şiddetini yüksek ve düşük şeklinde kategorize ettiğimizde yüksek şiddetli bağımlılık gösteren hasta grubunda intihar girişim oranları daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı grupta ilaç dışı tedavi arayışı düşük şiddetli bağımlılık gösteren gruba göre daha fazlaydı. Anlaşılacağı üzere, bağımlılığın şiddetinin artıyor olması beraberinde getirdiği birtakım problemler nedeniyle de kişiyi ilacın dışında başka tedavi yöntemlerini denemesine neden oluyor olabilir.

İlaç dışı tedavi arayışı ile çalışma durumu arasında ilişkinin değerlendirilmesi neticesinde, çalışmayan grubun ilaç dışı tedavi arayışında daha çok bulunduğu gözlemlenmektedir. Gelir düzeyinin düşük olması maddi güç gerektiren ilaç dışı tedavi kaynaklarına ulaşımı kısıtlayabileceği gibi, madde satın alınmasını da sınırlandıracağından, kişiyi tedavi olmaya itiyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastalarla alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin yarısında eş tanı olarak kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. En çok eşlik eden iki kişilik bozukluğu ise Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve Toplum dışı Kişilik Bozukluğudur. Literatürde B kümesi kişilik bozukluklarının alkol kullanım bozukluğuna eşlik etme sıklığı (%21-55) olarak gösterilmekte iken, Toplum dışı Kişilik Bozukluğunun alkol kullanım bozukluğuna

eşlik etme sıklığının ise (%16-%37,5) olduğu belirtilmiştir(Eken B, 2003; T. L. Öner H, Levent BA ve ark. , 2002). Hastalarımızda kişilik bozukluğu tanısı alanlarda özgeçmişinde başka bir psikiyatrik bozukluğu tanısı alma oranı, kişilik bozukluğu olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kişilik bozukluğu olanların ise yaklaşık yarısı daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi görmüş olan hastalardır. Yapılan bir çalışmada majör depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısında kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır(Zanarini, 1998). Her ne kadar bağımlılığa kişilik bozukluğunun eşlik ediyor olması prognozu kötüleştiriyor görünse de yaptığımız çalışmada kişilik bozukluğunun eşlik etmesinin, yaşam boyu madde ya da alkol kullanımı olmadan geçirilen en uzun süre ile alkol-madde kullanımını bırakma sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Alkol-madde kullanımını bırakma isteğini, sadece kişilik örgütlenmesi üzerinden açıklamak yeterli olmayacağı ve beraberinde sosyodemografik özelliklerin, bağımlılık şiddetinin ve daha birçok faktörün de etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastalara uygulanan ilaç dışı tedavi anketinde en az bir yöntem seçenlerin oranı %33 olarak bulduk. Bu hastaların ilaç dışı tedavi arayış biçimi olarak seçmiş oldukları birinci arayış biçimi namaz kılma, ikincisi spor yapmak, üçüncü ve dördüncü yöntemler sırası ile dua etmek ve muska/cevşen taşımaktır. Burada namaz kılmayı, dua etmeyi, muska cevşen takmayı bir yöntem olarak kabul etmekten ziyade, hastaların dine yönelim şeklinin bir ifadesi olarak kullandık. En az tercih edilen yöntemler ise grup terapisi, hipnoz ve bireysel psikoterapi olmuştur. Çalışmamızda en çok tercih edilen dine yönelim şekli namaz kılma ile ilgili elde ettiğimiz bulgu ise, namaz kılınan gün sayısının, alkol-madde kullanmadan geçirilen süre ile korele olduğudur. Dine yönelim şekli olarak namaz kılmayı seçenlerin %94,4'ü ise Tanrı ile güvenli bağlanma biçimi gösterirken, %5,6'sı güvensiz bağlanma biçimi göstermekte. Ülkemizde 141 katılımcının sağlandığı bir çalışmada, alkol-madde bağımlıları üzerinde başa çıkma tutumları içerisinde en çok yer alan tutumlardan birinin de dini olarak başa çıkma olduğu gösterilmiştir(E Erbay 2016).

Yine çalışmamızda spor yapma sıklığı ile alkol-madde kullanımından uzak durulan gün sayısı arasında kuvvetli korelasyon ilişkisi bulunmuştur. Literatürde bu veriyi destekler nitelikte bir çalışma mevcuttur. Çalışma yurtdışında gerçekleştirilmiş olup,

çalışmada egzersiz yapmanın alkol ve kokain aşermesi üzerine nöral etkide bulunduğunu böylelikle aşermeyi azaltarak nüksü de azaltabileceği yönünde görüş bildirilmiştir(Colledge, Ludyga, Mucke, Puhse, & Gerber, 2018). Gerçekten de çalışmamıza göre hastaların spor yapma sıklığını artırarak, uzun süre alkol-madde kullanmadan hayatlarına devam edebildiği görülmüştür. Bulduğumuz bu veri literatür tarafından da desteklenmektedir.

Spor yapanların %85,4'ü Tanrı ile güvenli bağlanma biçimi göstermektedir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında mevcut tedaviye eklenen aerobik egzersizin alkol kullanım miktarını azalttığı gösterilmiştir(Brown et al., 2014). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise madde bağımlılarının, bağımlılık başladıktan sonraki boş zamanlarında daha önce yapmış oldukları boş zaman aktivitelerini yapamadıklarını, bunun yerine madde kullanımını tercih ettiklerini ve boş zamanlarda ulaşımı kolay aktivitelerin yapılmasının önemli olduğunu ifade ettikleri görülmüştür(Ertüzün E, 2016). Görünen o ki; bağımlı hastaların ilaç tedavisine ek olarak ya da başlı başına bağımlılığa yönelik yöntem seçiminde, yöntemin uygulanabilirliği ve ulaşılabilir olmasının önemi apaçık görülmektedir.

Çalışmamızda tarikata katılma ve muska / cevşen kullanma ile alkol-madde kullanımından uzak durulan süre ile alakalı anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer ilaç dışı tedavi arayış biçimlerini seçenlerin sayısı az olduğu için, bağımlılıkla mücadelede ek fayda sağlayıp sağlayamadığına dair yorum yapmak güçleşmektedir. Bununla alakalı yorum yapabilmek için örneklem sayısının daha geniş tutulduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yurt dışında yapılan bir çalışmada normal popülasyonda madde kullanımını engellemede ve madde bağımlılarında kullanımı azaltmada dini odaklı yaklaşımların oldukça etkili olduğu gözlemlenmiştir (Grim & Grim, 2019). Başka bir çalışmada ise madde bağımlılığının tedavisinde din odaklı yönelimlerin tamamlayıcı yöntemler olarak kullanılabilineceğini söylemektedir(van der Meer Sanchez & Nappo, 2008). Çalışma grubumuzda hastaların ilaç dışı dini odaklı yönelim olarak namaz kılmayı tercih edip ve en uzun alkol-madde kullanmadan geçirilen süreyi bu yöntemle sağlaması, literatürde yer alan bu veriyi destekler nitelikte görülmektedir.

Bireysel psikoterapi, grup terapisi ve hipnoz gibi yöntemlerin daha az seçilmesinin nedenleri, yöntemlerin ulaşılabilirliğinin güçlüğü ve maddi güç gerektirmesi beraberinde bazı alt kültürel nedenlerden ötürü dini yöntemlere başvurulmuş olması ve maliyet gerektirmemesi gibi nedenler ile açıklanabilir. Hastaların bağımlılık şiddetinin yüksek olması ve akut çözümler arama istekleri, terapi yöntemlerinin belli bir zaman aralığında yapılıyor oluşu da seçim açısından önem arz etmektedir. Bununla birlikte çalışmamızın örneklem sayısının geniş çapta olmayışı da bu yöntemlerin daha az seçildiği gibi bir yoruma neden oluyor olabilir. Bu gerçekliğin yanı sıra alkol madde kullanımından ötürü hastalarda bilişsel yıkım da görülebilir(Cannizzaro, Elliott, Stohl, Hasin, & Aharonovich, 2014). Mevcut yıkımdan ötürü hastalar bu tedavi yöntemlerine uygun görülmemiş olabilirler, böylelikle de buna benzer yöntemlerin tercih edilme oranları daha düşük görülebilir. Bizim çalışmamızda nörobilişsel fonksiyonları değerlendiren bir test yoktu. Lakin çalışmaya, psikiyatrik görüşmede nörobilişsel yıkımı olabileceği düşünülen hastalar dâhil edilmemiştir.

İlaç dışı tedavi anketimizde yer alan akupunktur, yoga/ meditasyon, sanat terapisi gibi yöntemlerin hiç biri hastalar tarafından daha önce yaşam boyu denenmemiş olarak tespit edilmiştir. Bunun önemli nedenlerinden biri hastanelerde buna benzer yöntemlerin yaygın olarak kullanılmaması ile birlikte, hastaların ortalama eğitim düzeylerine ilişkin olarak yeni gelişmelerden habersiz olmaları olabilir. Yurtdışı kaynaklı bir çalışmada akupunkturun sağlık merkezlerinde alkol bağımlılarında kullanılma oranı %1 olarak verilmiştir(Bardazzi et al., 2006). Bu nedenle hastalar, sağlık merkezlerinde bu yöntemlerin bağımlılık için denenmemesinden ötürü tercih edememiş ve böylelikle tercihleri diğer yöntemlere kaymış olabilir.

Çalışmamızın en önemli avantajlarından biri, bağımlı hastalar üzerinde daha önce bağımlılık ve din konularının araştırılmış olmasına rağmen, bizim Tanrı ile bağlanma biçimi profilini çalışmış olmamızdır. Bağımlı hastalar üzerinde yapılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp çalışmalarının sayıca oldukça azdır.

Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri ise örneklem sayısının geniş çapta olmayışıdır. Örneklem sayısının bu sayıda kalmasının en önemli nedenlerinden biri de yüz yüze yapılan SCID-1 ve SCID-2 görüşmelerinin uzun sürmesinin, hastaların çalışmaya katılmaya gönüllülüklerini sınırlandırması olabilir. Örneklem sayısının

nispeten küçük oluğu, ilaç dışı tedavi yöntemlerinin seçiminde daha kapsamlı verilerin ortaya çıkmasına engel olmuş olabilir. Buna en büyük etkenlerden biri hastaların bazı kişilik ve sosyodemografik özelliklerinin polikliniğine başvuruda problem oluŐturabileceĐi gibi, diğeri ise bağımlılıkla alakalı yeterli i görünün saĐlanmamıŐ olması olabilir. Diğer bir kısıtlılık ise çalışmaya katılan hastaların ebeveyn ile kurmuŐ oldukları bağlanma stilinin deĐerlendirilmemiŐ olmasıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bağımlı hastalarda ilaç dışı tedavi arayışı %33 oranındadır. Hastaların ilaç dışı tedavi seçiminde Tanrı ile bağlanma biçimi arasında bir ilişki olmadığı görülmektedir. dışı tedavi yöntem seçiminin bağımlılık şiddeti ve çalışma durumu ile ilişkisi olabileceği tespit edilmiştir. İlaç dışı tedavi yöntemlerinden dini içerikli yöntemlerin daha sık tercih edildiği, akabinde sporun yer aldığı görülmektedir. Hastaların en çok seçmiş olduğu dine yönelim biçimlerinden biri olan namaz kılmanın ve din odaklı olmayan yöntemlerden biri olan spor yapmanın uygulanma sıklığının artması ile alkol-madde kullanmadan geçirilen süre arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Alkol –madde bağımlılığının bilinen tedavi yöntemlerine geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın bizlere sunduğu yöntemler de dâhil edilebilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın bağımlı hastalar üzerindeki etkisini ve bu yöntemlerin seçimini etkileyen unsurları anlayabilmek için daha fazla araştırmanın daha geniş örneklemeler üzerinde yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- A. İNCE, Zuhale DOĞRUER*, M. Hakan TÜRKÇAPAR**. (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2002, ;5:82-91.
- Adams IB, Martin BR. (1996). Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 91, pp: 1585-1614.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Walls S.Hillsdale, Lawrence Erlbaum,. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. .
- Akvardar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B, Uzbay T, Akgür S, Bılıcı M, Gürol D, Mete L, Gürel Ş, Zorlu N. . (2012b.). *Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. .
- Alaçam, Hüseyin Alaçam, Ali Korkmaz**, Muharrem Efe***, Ceyhan Balcı Şengül*, Cem Şengül*. (2015). Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması. *Pamukkale Tıp Dergisi*.
- Aletraris, L., Paino, M., Edmond, M. B., Roman, P. M., & Bride, B. E. (2014). The use of art and music therapy in substance abuse treatment programs. *J Addict Nurs*, 25(4), 190-196. doi: 10.1097/jan.0000000000000048
- Alikaşifoğlu, M. (2005). Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. . *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi ;43:73-83*.
- APA. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2nd edition (DSM- II)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition (DSM- III)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM- IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-V)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arzu Araz, Hacer Harlak, Gülgün Meşe. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007: 6 (2) Kor Hek 2007; 2006 (2002): 2112-2122
- Audet MC, Goulet S, Dore FY. (2007). Enhanced anxiety follows withdrawal from subchronic exposure to by agmatine. *Jpn J Pharmacol* 69: 285-287.
- Ayvaişık, B. (2009). *Alkol ve Madde Bağımlılığında Bilişsel Süreçler: beyindeki yapısal değişiklikten bağımlılığa giden yol. In psikopatolojilerde bilgi işleme süreçleri (Ed.M. Irak)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- B. YILDIRIM, Esra ENGİN, Serap YILDIRIM. (2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler/Loneliness and Effective Factors in Alcohol and Drug Dependence. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2012(2011):2025-2030.
- Bardazzi, G., Merluzzi, J. A., Voller, F., Fontana, A., Abenavoli, L., Leggio, L., & Addolorato, G. (2006). Complementary medicine for alcohol dependence in Italian services: a mail questionnaire. *Complement Ther Clin Pract*, 12(3), 216-221. doi: 10.1016/j.ctcp.2005.12.003
- Bartholomew K, Horowitz LM. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. . *J Pers Soc Psychol* ; 61:226-244. .

- Beck, R. ve McDonald, A. . (2004). Attachment to God: The Attachment to God Inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology*, , 32, 92-103.
- Behere, R. V., Muralidharan, K., & Benegal, V. (2009). Complementary and alternative medicine in the treatment of substance use disorders--a review of the evidence. *Drug Alcohol Rev*, 28(3), 292-300. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00028.x
- Benowitz, NL. (1996). Pharmacology of nicotine; addiction and therapeutics. *Annu.Rev Pharmacol Toxicol* 36:597-613, 1996.
- Bloom, P. (2010). *How Pleasure Works*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.,
- Bowirrat A, Oscar Berman M. (2005). Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism and reward deficiency syndrome. *AM J Med Genet* 132B: 129-137.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 39:350-373. .
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. . London: Tavistock Publications, .
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness and Depression*, . New York, : Basic Books.,
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*, . New York, : Basic Books, .
- Bozarth MA, Wise RA. (1984). Anatomically distinct opiate receptor fields mediate rewards and physical dependence. *Science* 244: 516-517.
- Breivogel CS, Griffin D, Di Marzo V, Martin BR. (2001). Evidence for a new G protein - coupled cannabis receptor in a conditioned taste aversion procedure. *Euro DJ Pharmacology* 253, PP: 83-89.
- Brennan, Clark, Shaver. (1998). *"Self-Report Measurement of Adult Romantic Attachment: An Integrative Overview"*. New York: : Guilford Press, 1998.
- Brick J, Erickson CK. (1998). *Drugs, the Brain, and Behavior. The Pharmacology of Abuse and Dependence*. New York: The Haworth Medical Press.
- Brooner RK, King VL, Kidorf M ve ark. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54(51):71-80.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J. M., . . . Stuart, G. L. (2014). A preliminary, randomized trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*, 47(1), 1-9. doi: 10.1016/j.jsat.2014.02.004
- Camart, N., Cotte, M., Leignel, S., Bouvet, C., & Limosin, F. (2016). [Dimensions of personality, attachment style and early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients: Are there gender-specific differences?]. *Encephale*, 42(6), 523-528. doi: 10.1016/j.encep.2016.05.001
- Cannizzaro, D. L., Elliott, J. C., Stohl, M., Hasin, D. S., & Aharonovich, E. (2014). Neuropsychological Assessment Battery-Screening Module (S-NAB): performance in treatment-seeking cocaine users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 40(6), 476-483. doi: 10.3109/00952990.2014.916718
- Ceylan, M. Emin; Göka, Erol. (1998). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. (2. Cilt; Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans;), 1-27.
- Chan GC, Hinds TR, Impey S, Storm DR. (1998). hİPPOCAMPAL NEUROTOXİCİTY OF THC. *J Neurosci* 18:5322-5332.
- Che, C. T., George, V., Ijnu, T. P., Pushpangadan P., Andrae-Marobela K. (2017). *Traditional Medicine'. In Badal McCreath S., Delgoda R. (ed) Pharmacognosy, Fundamentals, Applications and Strategies*. Boston: Academic Press, .
- Cheer JF, Wassum KM, Heien ML, Phillips PE, Wightman RM. (2004). Cannabinoids enhance subsecond dopamine release in the nucleus accumbens of awake rats. *J Neurosci* 24: 4393-4400.

- Chopra IC, Smith JW. (1974). Psychotic reaction following cannabis use in East Indians. *Arch Gen Psychiat* 30:24-27.
- Claridge, G. (1972). *Les Drogues et le Comportement Humain*. Paris: Payot,.
- Cloninger CR , HW Goedde). (1987). *Recent advances in family studies of alcoholism. Genetics and alcoholism* (D. Agarwal Ed.). New York,: Liss AR, .
- Colledge, F., Ludyga, S., Mucke, M., Puhse, U., & Gerber, M. (2018). The effects of an acute bout of exercise on neural activity in alcohol and cocaine craving: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 713. doi: 10.1186/s13063-018-3062-0
- Collins DR, Pertwee RG, Davies SN. (1994). The action of synthetic cannabinoids on the induction of long-term potentiation in the rat hippocampal slice. *Eur J Pharmacol* 259: R7-R8.
- Collins NL, Laurson W. (2003). Adolescents' relationships with parents. . *J Lang Soc Psychol* 2003; 22: 58-65. .
- Coşkunol H. (1996). *Alkol Kullanım Bozuklukları: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları: alkol kullanım bozuklukları kitabından*.
- Crider RA, Rouse BA. (1988). Inhalant overview. *NIDA. Res Monogr* 85: 1-7.
- Cushman, P. (1981). Neuro-endocrine effects of opioids. *Adv Alcohol Substance Abuse* 1: 77-99.
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1:240-255. .
- Davidoff F, Haynes B, Sacket D, Smith R. (1995). Evidence based medicine. . *BMJ* 1995; 310: 1085-6.
- Deighton, Hilary j. (2000). *Eski Atina Yaşantısında Bir Gün* (H. K. Ersoy, Trans.). istanbul: Homer Kitapevi.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Lis, A., & Salcuni, S. (2016). Adult Attachment, Social Adjustment, and Well-Being in Drug-Addicted Inpatients. *Psychol Rep*, 118(2), 587-607. doi: 10.1177/0033294116639181
- Dewey, WL. (1986). Cannabinoid Pharmacology. *Pharmacol Rev* 38, pp:151-178.
- Dhawan BN, Cesselin F, Raghbir R, Bradley PB, Portoghese PS, Hamon M. (1996). International Union of Pharmacology. XII. Classification of opioid receptors. *Pharmacol rev* 48: 567-592.
- Dilbaz N, Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, Oral G, Uluğ B, Uzbay İT, Akgür A, Bilici M, Gürol Tamar D, Mete L, Gürel ŞC, Zorlu N(eds). (2012c). *Uçucuların kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal sorunlar*. Ankara: Pozitif Matbaa.
- DS Hasin et al, CP O' Brein, M Auriacombe, G Borges, K Bucholz, A Budney (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders:recommendations and rationale. *AM J Psychiatry*, 170:834-851.
- E Erbay , Nihan Oğuz [2] , Buğra Yıldırım [3] , Engin Fırat [4]. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi ArchiveVolume 20, (Issue 3)*.
- Eken B, Evren EC, Saatçioğlu Ö ve ark. . (2003). Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Düşünen Adam, , 16:71-79*.
- EMCDDA. (2018). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction,Statistical Bulletin 2018 — treatment demand [Online]. .
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2000;78(2):252–7.
- Erözkan, A. (2004). Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ; 4:155-175*. .

- Ertüzün E, Arzu KOÇAK UYAROĞLU [2] , Başak DEMİREL [3] , Emine KOCAK [4]. (2016). Boş Zaman Aktivitelerinin Madde Bağımlılığı Sürecindeki Rolüne İlişkin Nitel Bir Çalışma. *DergiPark Spor Bilimleri Dergisi Arşiv* Cilt 27, Sayı 2. doi: <https://doi.org/10.17644/sbd.255151>
- Evren, C. (2014). Türkiye Psikiyatri Derneği, Sentetik Esrar Türevleri (Bonzai) ile ilgili Basın Açıklaması 04.09.2014. *Bağımlılık Dergisi*, ,15(14): 57-59.
- Evren C. (2001). Madde Kullananların özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*,, 14, 142-149.
- Evren C, Bozkurt M. (2013). Sentetik Kannbinoidler; Son yılların krizi. *Düşünen Adam*, 26: 21-11.
- Fine J, Juni S. (2001). Ego atrophy in substance abuse: addiction from a socio-cultural perspective *Am J Psychoanal* 6 1(3):293-304,.
- Flannelly, Kevin J. ve Christopher, G. Ellison, & Harold, G. Koenig, & Kathleen, C. Galek. (2008). Beliefs About Life-after-Death, Psychiatric Symptomatology and Cognitive Theories of Psychopathology, . *Journal of Psychology and Theology*, , 36, 94-103.
- Fredholm, BB. (1995). Adenosine, adenosine receptors and the actions of caffeine *Pharmacol Toxicol* 76: 93-101.
- Gaihre, A., & Rajesh, S. K. (2018). Effect of Add-On Yoga on Cognitive Functions among Substance Abusers in a Residential Therapeutic Center: Randomized Comparative Study. *Ann Neurosci*, 25(1), 38-45. doi: 10.1159/000484165
- Gaoni Y, Mechoulam R. (1964). Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. *DJ Am Chen Sock* 86, PP: 1646-1647.
- Gazete, Resmi. (1991). Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayı No:20885 (29.05.1991).
- Gazete, Resmi. (2014). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. , *Resmi Gazete Sayı No:29158*. (27 .10.2014).
- Ghaderi, A., Motmaen, M., Abdi, I., & Rasouli-Azad, M. (2017). Gender differences in substance use patterns and disorders among an Iranian patient sample receiving methadone maintenance treatment. *Electron Physician*, 9(9), 5354-5362. doi: 10.19082/5354
- Goldman D, Oroszi G, Ducci F (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. . *Nat Rev Genet*, 6:521–532.
- Gönüllü G O, Münevver HACIOĞLU , Nurcihan TARLACI (2002). Egopsikolojisi ve Madde Bağımlılığı - Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Psikiyatri Kliniği *Düşünen Adam*, ,15(12): 104-107
- Grammaticos PC, Diamantis A. (2008). Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. . *Hell J Nucl Med* 2008;11(1):2-4.
- Greenblatt DJ, Shader RI. (1974). *The Benzodiazepines in Clinical Practise*. New York: Raven Press.
- Grim, B. J., & Grim, M. E. (2019). Belief, Behavior, and Belonging: How Faith is Indispensable in Preventing and Recovering from Substance Abuse. *J Relig Health*, 58(5), 1713-1750. doi: 10.1007/s10943-019-00876-w
- Güleç ve Köşger, Gülcan Güleç, Ferdi Köşger, Altan Eşsizoğlu. (2015). Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, ;7(4):448-460. doi: doi:10.5455/cap.20150325081809
- Hamilton, CE. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. . *Child Dev* 2000; , 71:690-694. .
- Hayta, A. . (2010). Nesne ilişkileri kuramı ve Tanrı tasavvuru üzerine eleştirel bir

- değerlendirme. . *Değerler Eğitimi Dergisi*, , 8(20), 39-79.
- Health., National Institute of. (1997). Defining and describing complementary and alternative medicine, Panel on definition an description, CAM Research Methodology Conference. *April 1995. Altern Ther and Health Med.* 1997;3(2:49–57.
- Herkenham M, Lynn AB, Johnson MR, Melvin LS, de Costa BR, Rice KC. (1991). Characterization and localization of cannabinoid reseptors in rat brain: A quantitative in vitro autoradiographic study. *J Neurosci* 11: 563-583.
- Hesselbrock V, Bauer LO, Hesselbrock MN ve ark. (1991). *Neuropsychological factors in individuals at high risk for alcoholism. Recent developments in alcoholism.* . New York,: Plenum Press.
- Ho AK, Allen JP. (1981). Alcohol and the opiate receptor: Interactions with the endogenous opiates. *Adv Alcohol substance Abuse* 1: 53-75.
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS One*, 12(11), e0187363. doi: 10.1371/journal.pone.0187363
- Holmes, J. (1997). *John Bowlby&Attachment Theory.* : :s:127,137-140, 185-196, Routledge.
- Howlett AC, Qualy JM, Khachatrial LL. (1986). Involvement of Gi in the inhibition of adenylate cyclase by cannabimimetic drugs. *Mol Pharmacol* 29, PP:307-313.
- Jacobson, R. (2014). Medical Marijuana: How the evidence stacks up . *Sci Am Mind* 25 (Issue3, May).
- JH Jaffe, JC Anthony. (2005). Substance related disorders: inroduction and overview. In V. S. (Eds HI Sadock (Ed.), *In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th edition ed., pp. p: 1137-1167). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kalix, P. (2014). Khat, an amphetamine-like stimulant. *J Psychoactive Drugs* 26: 69-74.
- Kaplan & Sadock, Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. (2016). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry-Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri: Wolter Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins-Güneş Tıp Kitapevleri.*
- Karaağaç H, Usta ZE, Usta A, Yarmalı MG, Gödekmerdan A. (2017). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Retrospektif Analizi. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 3: 251-257.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached.* New York,: Oxford University Press,.
- Kartopu, S. ve Özbolat, A. . (2014). Şathiyelerde Tanrı algısı: Tipolojik bir yaklaşım. *Electronic Turkish Studies*, , 9(5), 1299-1318.
- Kılıç, HG. (2007). *Bazı demografik değişkenler ve anne baba tutumlarına göre madde bağımlısı bireylerin anne baba bağılılıkları ilişkisinin incelenmesi.*, [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi] Adana: .
- Kim, K. J., Lee, S. N., & Lee, B. H. (2018). Music therapy inhibits morphine-seeking behavior via GABA receptor and attenuates anxiety-like behavior induced by extinction from chronic morphine use. *Neurosci Lett*, 674, 81-87. doi: 10.1016/j.neulet.2018.03.035
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a Substitute Attachment Figure: a Longitudinal Study of Adult Attachment Style and Religious Change in College Students,. *Personality and Social Psychology Bulletin*,, 24, 961-973.
- Kirkpatrick, L. A. ve Shaver, P. R. (1990). Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion,. *Journal for The Scientific Study of Religion*, , 29, (3), 315-334.

- Kokcu, F., & Kesebir, S. (2010). [The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms: a controlled study on bipolar patients and their children]. *Turk Psikiyatri Derg*, 21(4), 309-318.
- Koob, GF. (2003). Alcoholism: allostasis and beyond. *Alcohol Clin Exp Res*. 27:232-243.
- Koob GF, Bloom FE. (1988). Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. *Science* 242, pp:715-723.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık. "Alkol ve Madde Bağımlılığı"*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş.
- Köroğlu, E. (2013.). *DSM 5*, . Ankara, : Hekimler Yayın Birliği,.
- Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. . (2002). Developmental phases: infancy. In *Child and Adolescent Psychiatry*,. In e. E. E. M. Lewis):293-323. (Ed.). Philadelphia, : Lippincott Williams Wilkins.
- Larsson S, Lilja J, Borg S, et al: . (2001). Toward an integrative approach in the analysis of dependency problems, *Subst Use Misuse*. 36(39-10):1323-1356.
- Lenore R, Kupperstein LR, Susman RM. (1968). Bibliography of the inhalation of glue fumes and other toxic vapors. A substance abuse practise among adolescents. *Subst Use Misuse* 3: 177-197.
- Lubman DI, Allen NB, Rogers N, Cementon E, Bonomo Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. . *J Affect Disord* 103:105-112. .
- M BULUT, Murat YILDIZ. (2018). TANRI'YA BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE YORDANMASI. *Erciyes Universities Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018/2011, 2079-2098.
- Massey, S. H., Compton, M. T., & Kaslow, N. J. (2014). Attachment security and problematic substance use in low-income, suicidal, African American women. *Am J Addict*, 23(3), 294-299. doi: 10.1111/j.1521-0391.2014.12104.x
- Mat, A. (2010). *Bitkiden İlaç- Hepsinin Bir Öyküsü Var*. İstanbul: Pharma Vision Kültür Yayınları.
- McCrary S, Epstein E. (1999). *Addictions, A Comprehensive Guidebook*. New York: : Oxford University Press.
- McDonald, Richard Beck ve Angie. (2004). ATTACHMENT TO GOD: THE ATTACHMENT TO GOD INVENTORY, TESTS OF WORKING MODEL CORRESPONDENCE, AND AN EXPLORATION OF FAITH GROUP DIFFERENCES. *Journal of Psychology and Theology*, Vol. 32, No. 32, 92-103.
- McHugh, R. Kathryn, Votaw, Victoria R., Sugarman, Dawn E., & Greenfield, Shelly F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- McKim, MW. (2000). *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology*. New Jersey: Prentice-Hall. Inc.
- McKim, William A. (2000). *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology (4th Edition)*. Prentice-Hall, Inc., New Jersey.
- Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. . (2015). The new period in traditional and complementary medicine. *Ankara Medical Journal* 2015;15(2):102-5.
- Moore, EA. (2011). *The Amphetamine Debate*. North Carolina: McFarland Company Inc.
- Morton, HG. (1987). Occurrence and the treatment of solvent abuse in children and adolescents. *Pharmacol Ther* 33: 449-469.
- Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. (1993). Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature* 365: 61-65.
- NIH. (2015). Fact sheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- Olds J, Milner PM. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain. *J Comp Physical Psychol*, 47: 419-427.
- Ong C. K., Bodeker G., Grundy C., Burford G. and Shein K. (2005). WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *World Health Organization Centre for Health Development, Kobe, Japan*.
- Ozturk MO. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. s:566-570.
- Ögel, K. (2005). EPIDEMIOLOGY OF SUBSTANCE USE DISORDERS -Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005, 1(47):61-64.
- Ögel K. (2018). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. istanbul: Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. . (2018). Madde kullanımı ve bağımlılığın nedenleri. . from <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf>
- Öner H, Tamam L, Levent BA ve ark. . (2002). Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eş tanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, , 12: 14-22.
- Öner H, Tamam L, Levent BA, Öner S. . (2002). Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda Eksen I ve Eksen II eş tanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12:14-22.
- ÖZDEMİR, AYDAN A. (2009). *KRONİK BÖBREK HASTALARINDA TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI*. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA.
- Pakiş I, Polat O (2016). Sentetik Kannabinoidler. *ACU Sağlık Bil Derg*, (1):6-13.
- Parenteau, S. C., Hurd, K., Wu, H., & Feck, C. (2019). Attachment to God and Psychological Adjustment: God's Responses and Our Coping Strategies. *J Relig Health*, 58(4), 1286-1306. doi: 10.1007/s10943-019-00765-2
- Phillis JW, O'Regan MH. (1988). The role of adenosine in the central actions of the benzodiazepines. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 12: 384-404.
- Rinaldi Carmona M, Barth F, Heulme M, Heulme M, Shire D, Canadra B, Congy C, Martinez S, Maruani J, Neliat G, Caput D, Ferrara P, Soubrie P, Breliere JC, Fur G (1994). SR141716A a potent and selective antagonist of the brain cannabinoid receptor. *FEBS Lett* 350: 240-244.
- Roberto M, Gilpin NW, Siggins GR (2012). The central amygdala and alcohol: role of gamma-aminobutyric acid, glutamate, and neuropeptides. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2: a012195.
- Rokach A, Orzech T. . (2003). Coping with loneliness and drug use in young adults. *Social Indicators Research*, 2003;2061:2259-2083.
- Rosenberg W, Donald A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. . *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
- Sağlam, E., Uzbay, Tİ. ve Beyazyürek, M. . (2003). Madde bağımlılığının psikofarmakolojik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*; 4: 2: 81-7.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attach Hum Dev*, 7(3), 207-228. doi: 10.1080/14616730500173918
- Schweitzer RD, Lawton PA. . (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *Br J Addict* 1989;84:309-14.
- Seallet, AC. (1991). Neurotoxicity of cannabis and THC: A review of chronic exposure studies in animals. *Pharmacol Biochem Behav* 40:671-676.
- Seely KA, Lapoint J, Moran JH ve ark.. (2012). Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 39: 234-243.
- Shin, N. Y., Lim, Y. J., Yang, C. H., & Kim, C. (2017). Acupuncture for Alcohol Use Disorder: A Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2017, 7823278. doi: 10.1155/2017/7823278


- Shin, S. E., Kim, N. S., & Jang, E. Y. (2011). Comparison of problematic internet and alcohol use and attachment styles among industrial workers in Korea. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 14(11), 665-672. doi: 10.1089/cyber.2010.0470
- Shorey RC, Anderson S, Stuart GL (2014a). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users,. *Clin Psychol Psychother*, , 21:341-351.
- Stahl, SM. (2008). *Stahl's Essential Psychopharmacology : Neuroscientific Basis and Practical Applications*, . New York, NY.: Cambridge University Press.
- Stix, G. (2009). Turbocharging the brain. *Sci Am* 301 (october) pp: 29-35.
- Stone WL, Bailey B, Khraisha N. (2014). The pathophysiology of smoking during pregnancy: a systems biology approach. *Front Biosci* 6: 318-328.
- Strashny, Alex. (2014). Age of substance use initiation among treatment admissions aged 18 to 30 *The CBHSQ Report: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)*.
- SUBAŞI, Hacer. (2012). ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TANRI İLE İLİŞKİLERİNİN BAĞLANMA KURAMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ*. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, ss:175-198.
- Tallman JF, Paul SM, Skolnick P, Gallager DW,. (1980). Receptors for the age of anxiety: Pharmacology of the benzodiazepines. *Science* 207:274-281.
- Taner, S. (2005). *Boğaziçi Üniversitesi Öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Uzmanlık tezi. Boğaziçi Üniversitesi, istanbul.*
- Thompson, RA. (2002). *Attachment theory and research. In Child and Adolescent Psychiatry*, . Philadelphia, : Lippincott Williams Wilkins, .
- Tosun, Prof. Dr. Musa. (2008). MADDE BAĞIMLILIĞINA GENEL BAKIŞ. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, TÜRKİYE'DE SIK KARŞILAŞILAN PSİKIYATRİK HASTALIKLAR-Sempozyum Dizisi No:62* 201-219.
- Trudell JR, Messing RO, Mayfield J ve ark. . (2014). Alcohol dependence: molecular and behavioral evidence. . *Trends Pharmacology SC*, 35:317–323.
- TUBİM. (2012). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi
- TUBİM. (2014). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi
- TUBİM. (2018). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi
- Tüzün O, Sayar K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam Dergisi*, 19(11):24-39
- UNODC. (2016). United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. . (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7)
- Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Rogen, L., & Kapfhammer, H. P. (2018). [Addiction as an attachment disorder]. *Nervenarzt*, 89(9), 1043-1048. doi: 10.1007/s00115-017-0462-4
- Uzbay. (2015). *Madde Bağımlılığı -Prof.Dr. I.T. Uzbay*. İstanbul Medical Sadly ve Yayıncılık
- Uzbay, IT. (1981). *Mezopotamya uygarlığında eczacılık mesleğine dair bir inceleme*.
- Uzbay, IT. (2006). Madde bağımlılığı ve dopamiinerjik sistem. *Türkiye Klinikleri ,Dahili Tıp Bilimleri , Psikiyatrrri(Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı)*, 1(47):65-72.
- Uzbay İT., Yüksel, N. (2003). *Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı*. . Ankara: Çizgi Tıp Kitabevi,.
- Ünal M, Özpoyraz N.Güleç C, Köroğlu E, . (1998). *Alkol Kullanımı ile ilişkili bozukluklar. eds. Psikiyatri Temel Kitabı(içinde)*. Ankara: : Hekimler Yayın Birliği,.

- van der Meer Sanchez, Z., & Nappo, S. A. (2008). Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Soc Sci Med*, 67(4), 638-646. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.04.009
- W.H.O. (2010.). . World Drug Report. , . New York. .
- WHO. (2000). *World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva: WHO Books; 2000:80.*
- Wimberly, A. S., & Engstrom, M. (2018). Stress, Substance Use, and Yoga in the Context of Community Reentry Following Incarceration. *J Correct Health Care*, 24(1), 96-103. doi: 10.1177/1078345817726536
- Wu, S. L., Leung, A. W., & Yew, D. T. (2016). Acupuncture for Detoxification in Treatment of Opioid Addiction. *East Asian Arch Psychiatry*, 26(2), 70-76.
- Yazici, A. B., Yazici, E., Akkisi Kumsar, N., & Erol, A. (2015). Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 2259-2263. doi: 10.2147/ndt.s89417
- Yazıcı ve ark, Esra YAZICI, Ahmet Bülent YAZICI, Mustafa İNCE, Atila EROL, Ayşe ERDOĞAN, Hüsnü Selim İKİZ, İsmet KIRPINAR. (2016). The search for traditional religious treatment amongst schizophrenic patients: the current situation. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(3):174-180.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. . (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry*, (155(12), 1733-1739.).
- Zhu, W., Zhang, Y., Huang, Y., & Lu, L. (2017). Chinese Herbal Medicine for the Treatment of Drug Addiction. *Int Rev Neurobiol*, 135, 279-295. doi: 10.1016/bs.irn.2017.02.013
- Zorlu N, Türk H, Manavgat Aİ, Karadas B, Gülseren S.. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 253. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi/Retrospective studying of sociodemographic, clinical characteristics and extent of alcohol use disorder among patients applied by probation. . *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, , 12, 253.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/04/2019-E.4277

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/70
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Esra YAZICI
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

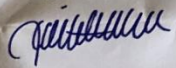
İlgi : 22.03.2019 tarihli 70 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Alkol - Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde İlaç Dışı Tedavi Arayışı ve İlişkili Etmenler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

SS 02

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.


Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
04...104...12019.

312334137

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envisyon.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BELM4VFD6>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlık: Kırıkkale/Kırıkkale, Kırıkkale Adapazarı/Sakarya

EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

HASTANIN

ADI-SOYADI:.....

YAŞ:/yıl

CİNSİYET: 1. KADIN 2. ERKEK

MEDENİ DURUM: 1. EVLİ 2. BEKAR 3. BOŞANMIŞ 4. AYRI YAŞIYOR

ÇOCUK : 1. VAR 2. YOK VARSA SAYISI:.....

MESLEĞİ: 1. MEMUR 2. İŞÇİ 3. SERBEST MESLEK 4. ÇALIŞMIYOR 5. ÖĞRENCİ

İŞ DURUMU: 1. ÇALIŞIYOR 2. ÇALIŞMIYOR 3. DÜZENSİZ OLARAK ÇALIŞIYOR

AYLIK GELİR: 1. 20BİN BİR TL ÜZERİ 2. 10BİN BİR -20BİN TL 3. 5001-10000TL 4. 2001-5000 TL 5. 2000TL ALTI

VÜCUT AĞIRLIĞI:/kg BOY:/cm

KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1. VAR 2. YOK

1. Diabetes mellitus 2. Hipertansiyon 3. Anemi 4. Hipotiroidi 5. Hipertiroidi 6. KOAH
7. astım 8. Kardiyovasküler sistem hastalıkları 9. DİĞER:.....

ÖZGEÇMİŞ

Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı? 1. EVET 2. HAYIR

Daha önce psikiyatrik tanı aldıysanız tanınız nedir ?.....

Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? 1. EVET 2. HAYIR

SOYGEÇMİŞ

Anne: yaş..... çalışıyor/çalışmıyor eğitim düzeyi yıl

Baba: yaş..... çalışıyor/çalışmıyor eğitim düzeyi yıl

Ailede tanı almış ruhsal hastalık var mı: 1. EVET 2. HAYIR

Ailede psikiyatri tedavi gören var mı: 1. EVET 2. HAYIR

ADLİ ÖYKÜSÜ: 1. PARA CEZASI 2. HAPİS CEZASI 3. DENETİMLİ SERBESTLİK (MADDEYE BAĞLI) 4. DENETİMLİ SERBESTLİK (MADDE DIŞI) 5. ADLİ ÖYKÜ YOK

ASKERLİK ÖYKÜSÜ: 1. Muaf 2. Yapılmış 3. Tecilli 4. Firar 5. Hava değişimi

Daha önce intihar düşünceniz oldu mu: 1. EVET 2. HAYIR EVETSE PLAN: VAR/YOK

Daha önce intihar girişiminiz oldu mu? 1. EVET 2. HAYIR EVETSE HASTANE YATIŞ: VAR/YOK

Girişim varsa yöntem: 1. ASI 2. İLAÇ 3. KESİ 4. YÜKSEKTEN ATLAMA 5. SİLAH 6. DİĞER:.....

Daha önce fiziksel olarak kendinize zarar verme davranışınız oldu mu? (jilet, yumruk, darbe vb): EVET / HAYIR

DÜZENLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR:

psikiyatri dışı : 1. VAR 2. YOK varsa: 1.antihipertansif 2. antidiyabetik 3.vitamin 4.diğer:.....

psikotrop:

1.....

4

7.....

2.....

5

8.....

3.....

6.....

9.....



MADDE	BAŞLA MA YAŞI	KULLANI M SÜRESİ	KULLANIM SIKLIĞI (Son 1 YILDA kullanım)	MİKTAR I/GÜN	BIRAKMAY I DENEME SAYISI	En Uzun Maddesiz süre(gün-ay- yıl)
SİGARA			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
ALKOL			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
ESRAR			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
SENTETİK KANABİNOİ D			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
AMFETAMİ N (CAPTAGON, ICE)			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
OPİOİD (EROİN,MO RFİN)			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
Kokain			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
TAŞ (KRAK KOKAİN)			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
ÇEŞİTLİ HAPLAR. BENZ,ROŞ,R			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ			

OHİPNOL(eş değer diazepam dozu)			C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
UÇUCU MADDE (TİNER, BALI, GAZ)			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			
DİĞER (LSD, GHB , EXSTAZİ....)			A.HİÇ B. SADECE BİR-İKİ KEZ C.AYDA 1-3 KEZ D. HAFTADA 1-5 KEZ E. HEMEN HER GÜN			

BAĞIMLILIK TEDAVİ ÖYKÜSÜ:

1. Bağımlılık ile ilgili tedavi görmek için ilk hangisine başvurduunuz ?

1. aile hekimime başvurudum 2. Bir psikiyatriste başvurudum 3. İlaç dışı bir yöntem denedim

2. DAHA ÖNCE ALKOL/MADDEYİ BIRAKMAYI DENEYİNİZ Mİ ? EVET- HAYIR

Deneme sayısı: 1)bir kez 2) 2-5 defa 3)6-10 4)10dan daha fazla

3. BAĞIMLILIK BAŞLADIKTAN SONRA EN UZUN TEMİZ KALDIĞI SÜRE:.....AY

4. BIRAKMA SÜRECİNDE YARDIM ALDIĞI KAYNAKLAR (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)

A AİLE- AKRABALAR

C. ARKADAŞLAR

B. AMATEM

D. TIBBİ İLAÇLAR

E. İLAÇ DIŞI TEDAVİLER

ŞUANKİ MEVCUT DURUM:

AMATEM SERVİSİNDE YATARAK TEDAVİ GÖRME: 1. EVET 2. HAYIR

AMATEM POLİKLİNİĞİNDE AYAKTAN TEDAVİ GÖRME: 1. EVET 2. HAYIR

DAHA ÖNCE:

AMATEM SERVİSİNDE YATARAK TEDAVİ GÖRME: 1. EVET 2. HAYIR

AMATEM POLİKLİNİĞİNDE AYAKTAN TEDAVİ GÖRME: 1. EVET 2. HAYIR

EK 3. BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ UYGULAYICI FORMU (BAPİ-U)



UYGULAYICI FORMU

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin cezaevinde bulunmadan önceki son dönemde içinde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

"[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" yerine alkol içiyorsa "Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" veya esrar içiyorsa "Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın "hiçbir zaman" veya "neredeyse her zaman" seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde "bazen" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt "hayır" ise "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyiniz

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı:

Tarih:

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

① Kadın ② Erkek

IV Eğitiminiz?

① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

① Evet ② Hayır

VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

① Evet ② Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.

Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değilse	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?	①	②	③
2 Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz?	①	②	③
3 Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz?	①	②	③
4 Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz?	①	②	③
5 Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz?	①	②	③
6 Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz?	①	②	③
7 Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz?	①	②	③
8 Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz?	①	②	③
9 Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz?	①	②	③
10 Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz?	①	②	③
11 Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz?	①	②	③

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?

Yukarıda kullandığımı söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

11b1 Alkol	<input type="checkbox"/>	11b7 Rohipnol, rivotril (roş)	<input type="checkbox"/>
11b2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	<input type="checkbox"/>	11b8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	<input type="checkbox"/>
11b3 Ecstasy (ekstazi)	<input type="checkbox"/>	11b9 Akineton, tantum, xanax gibi haplar	<input type="checkbox"/>
11b4 Eroin	<input type="checkbox"/>	11b10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	<input type="checkbox"/>
11b5 Kokain	<input type="checkbox"/>	11b11 LSD, GHB gibi maddeler	<input type="checkbox"/>
11b6 Taş (krak kokain)	<input type="checkbox"/>		

		Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. Yanıt kartını gösterin			
12	[Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz? <i>Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde] etkisindeyken yaptıklarımı, söylediklerimi...vs hatırlamadığım zamanları kastediyoruz.</i>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
VIII	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır? Ⓐ Benim için sorun değil Ⓑ 1 yıldan az Ⓒ 1-2 yıldır Ⓓ 3-4 yıldır Ⓔ 5 yıl ve daha fazla			
13	Kullandığımız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
14	Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığımız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
15	Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
16	Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığımız oldu mu?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
17	Planladığımızdan daha fazla [madde] kullandığımız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığımız oldu mu?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
18	Kullandığımız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığımız oldu mu?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
19	[Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığımız oldu mu? <i>Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?</i>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
20	[Madde] kullandığımız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatımızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
21	[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
22	[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
23	[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
24	[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
25	[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ

		Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.				
<i>Yanıt kartını gösterin</i>				
26	[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	②	③
27	[Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamınıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla?	①	②	③
28	[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla?	①	②	③
29	Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığımız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	①	②	③
30	[Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığımız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	①	②	③
31	Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığımızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?	①	②	③
→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.		①	②	③
<i>Yanıt kartını gösterin</i>				
32	[Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	②	③
33	[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	②	③
34	[Madde] ile karşılaştığımızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? <i>Gerekirse açıklayın: [Madde] yakınımda bulunduğunda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?</i>	①	②	③
35	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	②	③
36	[Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla?	①	②	③
37	[Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?	①	②	③

EK 4: TANRI'YA BAĞLANMA ENVANTERİ (TBE)

Aşağıda Tanrı ile olan ilişkinizde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Sizden sadece içinde bulunduğunuz anı değil genel olarak Tanrı ile olan ilişkilerinizi düşünerek aşağıdaki ifadelerin size ne derece uygun olduğunu (X) işareti koyarak belirtiniz.		Bana Hiç Uygun Değil	Bana oldukça uygun değil	Bana uygun değil	Kararsızım	Bana uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1	Tanrı'yla ilişkim konusunda çokça endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
2	Tanrı'ya yakın olma duygusu çok ihtiyaç duyduğum bir şey değildir	1	2	3	4	5	6	7
3	Eğer Tanrı'nın hayatıma müdahil olmadığını hissedersen çok sinirlenirim	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayatımdaki her konuda tamamen Tanrı'ya tabiyim	1	2	3	4	5	6	7
5	Tanrı'nın başkalarını benden daha çok gözetmesini kıskanırım	1	2	3	4	5	6	7
6	Tanrı'ya niyazda bulunurken pek göz yaşı dökmem	1	2	3	4	5	6	7
7	Bazen Tanrı'nın sevgili kulu olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
8	Tanrı'yla olan tecrübelerim çok içten ve heyecan vericidir	1	2	3	4	5	6	7
9	Tanrı'ya yakın insanlara gıpta ederim	1	2	3	4	5	6	7
10	Tanrı'ya gereğinden fazla bağlı olmamayı tercih ederim	1	2	3	4	5	6	7
11	Tanrı'nın benden razı olup olmadığını konusunda çoğu zaman endişelenirim	1	2	3	4	5	6	7

12	Tanrı'yla ilişkimde duygusallıktan rahatsız olurum	1	2	3	4	5	6	7
13	Hatalarım olsa da Tanrı'nın benden razı olup olmadığını sorgulamam	1	2	3	4	5	6	7
14	Tanrı'yla ilişkimde gel gitler yaşarım	1	2	3	4	5	6	7
15	Yanlış yaptığım zamanlarda Tanrı'nın beni affetmeyeceğinden korkarım	1	2	3	4	5	6	7
16	Tanrı'nın yardımı olmasaydı hiçbir şey yapamazdım	1	2	3	4	5	6	7
17	İsteklerime cevap vermediğinde çoğu zaman Tanrı'ya kızarım	1	2	3	4	5	6	7
18	İnsanlar kendileri için yapmaları gereken şeylerde Tanrı'ya tabi olmamalıdır	1	2	3	4	5	6	7
19	Tanrı'nın beni sevdiğinden emin olmayı çok isterim	1	2	3	4	5	6	7
20	Tüm problem ve kaygılarımı Tanrı'yla her gün paylaşırım	1	2	3	4	5	6	7
21	Ben hissedemezken başkalarının Tanrı'nın varlığını hissetmesine gıpta ederim	1	2	3	4	5	6	7
22	Tanrı'nın hayatımdaki herşeyi kontrol etmesine müsaade etmekten rahatsız olurum	1	2	3	4	5	6	7
23	Tanrı ile iyi olan ilişkilerime zarar vermekten endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
24	Tanrı'ya ettiğim dualar çok duygu yüklüdür	1	2	3	4	5	6	7

25	Tanrı'nın başkalarına yardım edip de beni unuttuğunu hissettiğim zamanlarda çok üzülürüm	1	2	3	4	5	6	7
26	Hayatımdaki çoğu kararı Tanrı'ya havale ederim	1	2	3	4	5	6	7



EK 5: İLAÇ DIŞI TEDAVİ ANKETİ

Değerli katılımcı;

Ülkemizde ve dünyada alkol ve/veya madde kullanımı olan bireylerin alkol ve/veya madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya yardımcı olacağı düşüncesi ile tıbbi tedaviye başvurmak yanında aşağıdaki uygulamaları da deneyebildikleri görülmüştür. Sizin de bu konularla ilgili deneyiminiz olup olmadığını anlamak amacı ile aşağıda uygulamalar sıralanmıştır. Lütfen aşağıdaki maddeleri tek tek okuyup; alkol veya madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya yardımcı olacağı düşüncesi sizin kullanmış olduğunuz yöntemler varsa karşlarına uygun şekilde işaretleyiniz.

Madde ya da alkol bağımlılığı nedeni ile ilaç dışı herhangi bir tedavi yöntemine başvurduğunuz mu ?

A.EVET

B.HAYIR

EVETSE HANGİ MADDEYİ BIRAKMAK İÇİN:

.....

(FARKLI MADDELER (SİGARA, ALKOL, ESRAR SÖZ KONUSU İSE HERBİR MADDE İÇİN AYRI BİR FORM DOLDRUNUZ)

Aşağıdaki yöntemlerden **yaşamınız boyunca** alkol maddeyi bırakmak ya da azaltmak amacı ile denemiş olduklarınızı size uygun bir şekilde doldurunuz.

YÖNT EMİN ADI	SIKLIK /SÜRE/ KAÇ KEZ	YÖNTEM DEN ALINAN SONUÇ	O DÖNEM TIBBİ TEDAVİ GÖRME	SONUÇ	SONU Ç süresi (gün/ ay yıl)	2. SONUÇ	PROGNOZ	ÖDEME
BİRE YSEL PSİK OTER APİ	..... SÜRE ...../S EANS	a.fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR.....TL
GRU P TERA PİSİ	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
ADSI Z ALKO LİKLE R	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
HİPN OZ	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
MAN EVİ DEST EK	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
AKUP UNKT UR	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
HACA MAT	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar gördüm	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
BİTKİ SEL ÜRÜ NLER	..... ...../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsız m c- zarar	A.EVE T B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTIMIŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL

		gördüm						
YOGA /MED İTASYON	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
NAMAZ KILMA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
ORUÇ TUTMA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
HAC/UMRE	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
TARİKATA KATILMA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
DUA ETME	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
CEVŞEN MUSA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
HOBİ EDİNMEK	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
SPOR YAPMA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL
SANAT KURSU NA KATILMA	..... ../ SEANS	a-fayda gördüm b- kararsızım c- zarar gördüm	A.EVET B.HAYI R	A-BIRAKMIŞ B-AYNEN DEVAM ETMİŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ		A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE GERİ DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A-BIRAKMIŞ B-ESKİ HALİNE DÖNMÜŞ C-AZALTMİŞ D-ARTIRMIŞ	A.EVET B. HAYIR....TL

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı:	Çağlar TURAN
Doğum yeri ve tarihi:	07/10/1989
Uyruğu:	TC
Medeni durumu:	Bekar
İletişim adresi ve telefonu:	cturan1989@gmail.com
Yabancı dili:	İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Uzmanlık Eğitimi 2016-2020
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2014
Karacabey Anadolu Lisesi 2003-2007
Cumhuriyet İlköğretim Okulu 1995-2003

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Asistan Doktor:	2016-2020
Pratisyen Hekim:	2014-2016

IV- Mesleki Deneyimi

Bursa Karacabey Devlet Hastanesi 2014-2016
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Asistan doktor

V- Bilimsel İlgi Alanları

Makale:

- 1- Atrial natriuretic peptide and posterior pituitary neurohormone changes in patients with acute schizophrenia.
Neuropsychiatr Dis Treat 2018 Jul 16;14:1855-1860. doi:
10.2147/NDT.S169619. eCollection 2018.
Guzel D¹, Yazici AB², Pek TM², Doganay S¹, Simsek ABS², Sağlam K¹, Turan C², Yazici E²

POSTER:

- 1- Risperidon İnduced Temporomandibular Joint Dislocation : A Case Report

Ayşe Erdoğan Kaya¹, Esra YAZICI², Nurullah SEZER³, Çağlar TURAN⁴

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi –Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı:1,4

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi-Aile Hekimliği Anabilim Dalı:3

- 2- A Case With Respiratory Arrest During Clozapine Treatment

Rabia Erdoğan, Özlem Akçay Ciner, Çağlar Turan, Ali Savaş Çilli

Department of Psychiatry, Sakarya University Faculty of Medicine, Sakarya, Turkey

- 3- Psychosis at an Older Age and Arachnoid Cyst

Çağlar Turan, Esra Yazıcı, Özlem Akçay, Ayşe Erdoğan, Rabia Erdoğan Atila Erol

Sözel bildiri:-

VII- Bilimsel Etkinlikleri:-

VIII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Kursu