

Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi

Kültegin ÖGEL,¹ Nuray SARP,² Defne TAMAR GÜROL,³ Eda ERMAĞAN⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, farkındalığı etkileyen etkenleri araştırmak ve farkındalığın bağımlılık üzerindeki rolünü anlamaya çalışmaktır. Bu açıdan, farkındalık temelli terapilerin tedavide kullanımını da gözden geçirmektedir. **Yöntem:** Çalışmanın bağımlı grubuna, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezinde yatarak tedavi görmekte olan 191 kişi, bağımlı olmayan grubuna ise 75 öğretmen, 25 banka memuru, 100 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ), Genel Sağlık (GSA), Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği (BAS), Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Duygu Düzenleme Ölçeği (DDÖ), Dürtüsel Davranışlar Alt Ölçeği (DDAÖ), DSM-IV-TR için yapılandırılmış klinik görüşme formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Farkındalık düzeyi, bağımlı olan ve olmayan grup arasında farklı bulunmamıştır. İki grup karşılaştırıldığında DDAÖ, BASÖ, ÜBÖ-30, DDÖ bastırma alt ölçeği ve GSA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca, daha önce tedavi görmeyen ve alkol dışı madde kullanan bağımlılarda farkındalık düzeyi daha düşüktür. **Sonuç:** Bağımlı olan ve olmayan grup arasında farkındalık düzeyinde fark bulunmaması ancak farkındalığı etkilediği bilinen üst biliş, bastırma, dürtüsellik, fiziksel sorunlarda fark gözlenmesinin, araştırmanın örneklem seçimindeki sosyodemografik farklılıklardan kaynaklanabileceği ve BFÖ'nün ölçtüğü düşünülen farkındalığı tüm yönleriyle ölçemediğini de düşünülmüştür. Yine de farkındalığı etkileyen etkenlerin bağımlı grupta farklı bulunması, bağımlılıkta farkındalık terapisinin yararlı olabileceği izlenimini vermektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15:282-288)

Anahtar sözcükler: Bağımlılık, farkındalık, farkındalık temelli terapiler

Investigation of mindfulness and affecting factors of mindfulness among substance users and non users

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate the factors which affect the mindfulness and trying to determine the role of mindfulness on addiction. In this regard, the aim is to review the use of practicing mindfulness based therapies in the treatment. **Methods:** One hundred ninety one patients who have been taking treatment in Alcohol and Substance Addiction/Abuse Research and Treatment Center were included in the substance users group. A total of one hundred people, comprised of seventy five teachers and twenty five bank clerks, were included in the non-users group. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), General Health Questionnaire (GHQ), White Bear Suppression Inventory (WBSI), Meta-cognitions questionnaire (MCQ-30), The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), MMPI Impulsivity Scale (IMP), SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders were administered to the participants. **Results:** There were no significant differences of mindfulness levels between the addicted and non-addicted groups. When two groups were compared, statistically significant differences of IMP, WBSI, MCQ-30, ERQ suppression subscale

¹ Prof.Dr., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, ² Arş.Gör., Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

³ BATEM, İstanbul, Türkiye

⁴ Beşiktaş Rehberlik ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi / Correspondence address:

Arş.Gör. Nuray SARP, Acıbadem Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-mail: nuray_sarp@yahoo.com

Geliş tarihi: 17.07.2013, Kabul tarihi: 09.04.2014, doi: 10.5455/apd.169583

Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:282-288

and GHQ levels were observed. Lower levels of mindfulness were observed on users who did not receive any treatment in the past and users of non-alcoholic substances. **Conclusion:** In light of the results of this study, it was determined that albeit the significant differences between the levels of factors which are known to affect mindfulness, including metacognition, repression, impulsivity and physical problems, between groups, there was insignificant difference of mindfulness level observed in both the addicted and non-addicted groups, and this observation was deemed a trace of MAAS scale failing to properly measure the Mindfulness level. The significantly different levels of factors which affect the mindfulness observed in the addicted group indicate that the Mindfulness therapy might be beneficial in addiction. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:282-288)

Key words: addiction, mindfulness, mindfulness based therapies

GİRİŞ

Farkındalık (mindfulness) ve Farkındalık Temelli Terapiler ruh sağlığı alanında görece yeni bir kavram olmakla birlikte, konuyla ilgili araştırmalar literatürde hızla artmaktadır. Farkındalık şimdiye odaklanmak ve anlık öznel deneyimlere yönelmekle ilgili olup kabullenme, yargısızlık ve gözlemlene ana bileşenleridir.¹⁻⁵

Farkındalığın etkilendiği ve Farkındalık Temelli Terapilerin etkilediği üst biliş (metacognition), duygusal düzenleme (emotional regulation), dürtüsellik (impulsivity) gibi temel bazı etkenler saptanmıştır.^{6,7} Farkındalığı bilişsel süreçler açısından ele alan pek çok çalışma, farkındalığı üst bilişle ilişkilendirmektedir.^{8,9} Duygusal düzenleme üstüne farkındalığın olumlu etkileri olduğu ve duygusal düzenlemede iyileşme sağladığı düşünülmektedir.^{10,11} Dürtüsellik ve dürtüsel davranışlar ile Farkındalığın örtüştüğü gösterilmiştir.¹² Duygusal deneyimin bastırılması (supresyon) ve ruhsal sorunların varlığı ile Farkındalık arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu da öne sürülmüştür.¹³

Ruh sağlığının farklı alanlarında Farkındalık ve Farkındalık Terapisi ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Bağımlılık alanı da Farkındalık Terapisinin sıklıkla kullanıldığı alanlardan biri olmuştur. Bağımlılık tedavisinde Farkındalık Temelli Terapilerin etkin olduğuna ilişkin araştırmalar dikkati çekmektedir.¹⁴⁻¹⁶ Yapılan araştırmalarda, özellikle tekrar madde kullanımını önlemede (relapse prevention) sekiz haftalık Farkındalık Temelli Terapinin etkili olduğu gösterilmiştir.¹⁷ Stres Odaklı Farkındalık Terapisinin de bağımlılık tedavisinde etkili olduğunu gösteren araştırmalar vardır.¹⁸

Türkiye’de farkındalıkla ilgili yapılan araştırma sayısı oldukça azdır. Farkındalık ve bağımlılık ilişkisi üstüne yapılan bir araştırma ise yoktur. Literatürüne baktığımızda, alkol ve madde bağımlılığı alanında yapılan farkındalık çalışmalarının, genelde farkındalık terapisinin bağımlılıkta kullanımı üstüne yoğunlaştığını görmekteyiz. Çoğunlukla tedavi etkinliği üstüne çalışılmış

olmakla birlikte, farkındalık ve bağımlılık arasındaki kavramsal ilişki üstünde durulmamıştır. Bir başka deyişle bağımlılık tedavisinde etkili görülen farkındalığın, bağımlılıkta nasıl bir işlevi olduğuna ilişkin yeterli bilgi yoktur. Bu çalışmanın amacı, bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık düzeylerini ve farkındalığı etkileyen etkenleri karşılaştırmak, böylece farkındalık kavramının bağımlılıktaki yeri üstüne bilgi edinmeye çalışmaktır.

YÖNTEM

Örnekleme

Araştırmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi’nde (AMATEM) yatarak tedavi görmekte olan, SCID-I uygulanarak bağımlılık tanısı konan 191 alkol ve alkol dışı madde kullanıcısı alınmıştır.

Bağımlı olmayan popülasyonu oluşturmak üzere İstanbul merkezinde bir ilköğretim okulunda çalışan 75 öğretmen ve bir bankada çalışan farklı mesleklerden 25 banka memuru olmak üzere toplam 100 kişi çalışmaya alınmıştır.

Araçlar

Bilinçli Farkındalık Ölçeği-BFÖ (Mindful Attention Awareness Scale-MAAS): BFÖ, şu an odaklı dikkat ve farkındalığı ölçmek için tasarlanmıştır. BFÖ 15 maddeden oluşan altılı Likert tipi bir ölçektir. Her madde 1 (neredeyse her zaman) ile 6 (neredeyse hiç) arasında puanlanır. Öğrenci örnekleminde iç tutarlık $\alpha=0.82$ ($s=327$), genel yetişkin örnekleminde ise $\alpha=0.87$ ($s=239$) olarak bulunmuştur. BFÖ’nün test-tekrar test sonuçları da oldukça yüksektir ($r=0.81$).¹³ Yetişkin örnekleminde yapılan çalışmalarda iç tutarlık $\alpha=0.78$ ($s=100$), test-tekrar test sonucu ise 0.83 ($s=78$);¹⁹ iç tutarlılık $\alpha=0.80$, ($s=78$) ve test-tekrar test korelasyon sonucu 0.86 olarak bulunmuştur.²⁰

Genel Sağlık Anketi-GSA (General Health Questionnaire-GHQ): On iki maddeden oluşan GSA, bireysel iyilik durumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Yüksek puanlar ruhsal sorunun varlığı

ğına işaret eder. Türkçe sürümü yüksek iç tutarlılığa ($\alpha=0.78$) ve iyi test-tekrar test sonucuna sahiptir ($r=0.84$).²¹

Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği-BASÖ (White Bear Suppression Inventory-WBSI): İstenmeyen düşünce, duygu ve beden duyuları gibi içsel ve dışsal olarak kaçınmayı ve azalmış farkındalığı ölçmektedir. Yüksek puanlar istenmeyen düşüncelerin bastırılma potansiyelinin yüksek olduğunu gösterir. Özgün ölçekten 0.89 iç tutarlılık, 0.80 test-tekrar test sonuçları elde edilmiştir. Türkçe sürümü için sonuçlar oldukça iyi bulunmuştur ($\alpha=0.92$, $r=0.92$).²²

Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) (Meta-Cognitions Questionnaire - MCQ-30): Cartwright-Hatton ve Wells^{23,24} tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 30 maddeden ve beş alt ölçekten (olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik, tehlike, bilişsel farkındalık, kontrol ihtiyacı) oluşmaktadır. Puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel etkinliği gösterir. Türk örnekleminde yapılan çalışmada, güvenilirlik katsayısı ölçek maddeleri için 0.40-0.94 arasında, alt ölçekler için 0.70-0.85 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.²⁵

Duygu Düzenleme Ölçeği-DDÖ (the Emotion Regulation Questionnaire-ERQ): Gross ve John²⁶ tarafından geliştirilen DDÖ, duygu düzenlemesinin iki temel ögesi olan bilişsel yeniden değerlendirme (the reappraisal subscale) ve bastırmanın (the suppression subscale) kişiler arasındaki farklarını ölçmek için oluşturulmuştur. Yeniden değerlendirme altı maddeden, bastırma ise dört maddeden oluşmaktadır. Türkçe sürümünün iç geçerliliği $\alpha=0.89$ olarak bulunmuştur.²⁷

Dürtüsel Davranışlar Alt Ölçeği-DDAÖ (MMPI impulsivity scale, impulsivity, IMP): MMPI kişilik ölçeğinden Gough tarafından oluşturulmuştur. Yirmi bir maddeden oluşan bir alt ölçektir ve elde edilen yüksek puanlar dürtüsel davranışların sıklığını göstermektedir.²⁸ Batıgün ve Şahin²⁹ tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ($\alpha=0.73$).

DSM-IV-TR için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): First ve arkadaşları³⁰ tarafından geliştirilen ölçek, Çorapçioğlu ve arkadaşları³¹ tarafından Türkçeye çevrilerek uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

İşlem

Çalışmaya alınan iki gruba da SCID-I'in bağımlı-

lılık bölümü uygulanmıştır. SCID-I uygulamaları, uygulama konusunda eğitilmiş iki klinik psikolog tarafından yapılmıştır. Bağımlı grubunun hepsine SCID-I uygulamasında bağımlılık tanısı konmuş, bağımlı olmayan grupta ise hiç kimseye bağımlılık tanısı konmamıştır. Daha sonra diğer ölçekler çalışmaya alınan kişilere uygulanmıştır. SCID uygulaması dışında diğer ölçeklerde isim alınmamış, uygulama anonim yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student's t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, belirleyicilik analizlerinde ise regresyon analizi kullanılmıştır. Çok değişkenli analiz için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmış, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya alınan örneklemin sosyodemografik özellikleri tabloda gösterilmiştir (Tablo 1). Bağımlı grupta kadın katılımcıların oranı oldukça düşüktür. Bağımlı grupta üniversite düzeyinde olanların sayısı çok düşük iken, bağımlı olmayan grubun önemli bir kısmı üniversite mezunudur. Geçmişte ve bugün ilaç kullanımı, bağımlı grupta oldukça yüksek iken, bağımlı olmayanlarda oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir. İki grupta da örneklemin yarıdan çoğu sigara içmektedir. Bağımlı olan grubun yarısından fazlası her gün alkol kullanırken, bağımlı olmayan grupta bu oran çok düşüktür. Bağımlı olmayan grupta madde kullanan kişi yoktur.

Tüm örnekleimde BFÖ'nün ortalama puanı 4.10 ± 0.92 , GSA ortalama puanı 3.75 ± 3.59 , BBASÖ ortalama puanı 49.13 ± 13.64 , ÜBÖ-30 ortalama puanı 75.91 ± 18.37 , DDÖ-bastırma alt ölçeği ortalama puanı 16.74 ± 6.58 , yeniden değerlendirme alt ölçeği ortalama puanı 29.45 ± 10.90 , DDAÖ puanı ortalaması 9.63 ± 4.6 olarak saptanmıştır.

Bağımlı olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında, DDAÖ, BASÖ, ÜBÖ-30, DDÖ bastırma alt ölçeği ve GSA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 2). İki grup arasında

Tablo 1. Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi (s=291)

	Bağımlı grup		Bağımlı olmayan gr.	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim				
İlkokul	78	41.5	0	0
Orta okul	52	27.7	0	0
Lise	2	22.3	3	3.1
Üniversite	16	8.5	95	9.6
Cinsiyet				
Erkek	170	89.5	50	51.5
Kadın	20	47.0	47.1	48.5
Medeni durum				
Bekar	101	52.9	50	51.5
Evli	90	47.1	47	48.5
Çocuk				
Yok	70	37.4	51	52.0
Var	117	62.6	47	48.0
Fiziksel sağlık sorunu				
Yok	19	79.3	83	85.6
Var	39	20.7	14	14.4
Geçmişte ilaç kullanımı				
Yok	89	10.4	68	70.1
Var	99	84.4	29	29.9
Şu an ilaç kullanımı				
Yok	92	50.3	87	89.7
Var	91	49.7	10	10.3
Alkol				
Hiç	5	2.7	20	20.4
Ayda birkaç kez	10	5.4	20	20.4
Toplam 1-2 kez	39	21.2	42	42.9
Haftada birkaç	30	16.3	15	15.3
Her gün	100	54.3	1	1.0
Madde*				
Yok	129	67.5		
Var	62	32.5		

* Bağımlı olmayan grupta madde kullanana rastlanmamıştır.

BFÖ, ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık alt ölçeği ve DDÖ yeniden değerlendirme alt ölçeğinde ise anlamlı fark saptanmamıştır.

Bağımlı olanlarda kronik bir fiziksel hastalığı olan, geçmişte ve halen ruhsal ilaç kullanımı olan ve alkol dışı madde kullanan bireylerde farkındalık ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Bağımlı olmayan grupta da alkol kullanımı olduğu düşünülerek, bağımlı olan ve olmayan grup ortak analize alınmıştır. BFÖ ortalaması her gün alkol kullananlarda 4.06 ± 0.85 , her gün alkol kullanmayanlarda 4.10 ± 1.05 olarak saptanmış,

iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($t=0.31$, $p>0.05$). Her gün alkol kullananlarda dürtüsellliği ölçen DDAÖ puan ortalaması 10.3 ± 4.6 , her gün alkol kullananmayanlarda ise 9.3 ± 4.4 olarak bulunmuş, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($t=-1.79$, $p<0.05$).

Farkındalık düzeyini hangi etkenlerin belirlediğini araştırmak için BFÖ kullanılarak yapılan regresyon analizinin sonuçları Tablo 4'te görülmektedir. Analize göre farkındalık düzeyi ile ruhsal tedavi amacıyla daha önce ilaç kullanımı, madde kullanımı, DDAÖ ve GSA anlamlı düzeyde olumsuz yönde ilişkilidir. Daha önce bağımlılık tedavisi görmüş olma ise anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkilidir.

TARTIŞMA

Farkındalık düzeyi, bağımlı olan ve olmayan grup arasında farklı bulunmamıştır. Başka araştırmalarda bağımlılarda, bağımlı olmayanlara göre farkındalık düzeyi daha düşük saptanmıştır. Bu nedenle araştırma bulgularımız diğer çalışmaların bulgularıyla örtüşmemektedir.³²

Öte yandan araştırmamızda bağımlı olan grupta dürtüsellüğün, üst bilişle ilgili sorunların ve düşüncelerin bilinçli olarak bastırılmasının (supresyon) daha fazla olduğu saptanmıştır. Tüm bu etkenler diğer araştırmalarda düşük farkındalık düzeyi ile bağlantılı bulunmuştur.³³⁻³⁵ Bir başka deyişle, araştırmamızda farkındalık düzeyini etkileyen etkenlerin bağımlı grupta yüksek çıktığı ancak farkındalık düzeyinin bağımlılarda bağımlı olmayanlarla benzer olduğu saptanmıştır. Bulgular, araştırmaya katılan katılımcıların özellikleri ve aralarındaki farklılıklardan etkilenmiş olabilir. Özellikle iki grup arasındaki eğitim düzeyi ve cinsiyet farklarının fazla olmasının sonuçları etkilediği düşünülmektedir. B Bağımlı grupta erkek ve kadın arasındaki fark fazla iken, bağımlı olmayan grupta bu fark oldukça azdır. Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarındaki- kadın ve erkek oranlarının kontrol edilememiş olması araştırmanın kısıtlılığıdır. Ancak bu durumda bile bağımlı grubun eğitim düzeyi daha yüksek ve cinsiyetler arasındaki fark daha az iken,, farkındalık sonuçlarının benzer çıkması bize diğer etkenlerin de etkili olduğunu düşün-dürmektedir. Bu etkenlerin başında farkındalığı ölçmek için kullandığımız ölçek gelmektedir. BFÖ'nün temelde dikkat sorunlarını ölçtüğü, bir bütün olarak farkındalığı ölçmekte yetersiz kaldığı tartışılmaktadır.³⁶

GSA puanları bağımlı olanlarda daha yüksek

Tablo 2. Bağımlı olan ve olmayanların BFÖ, DDAÖ, BASÖ, ÜBÖ-30, DDÖ ve GSA'dan aldıkları puan ortalamaları

	Bağımlı olan (s=161) Ort.±SS	Bağımlı olmayan (s=100) Ort.±SS	t
DDAÖ	10.35±4.69	8.26±4.08	3.94**
BFÖ	4.06±0.99	4.16±0.77	-0.92
BASÖ	51.02±13.40	45.50±13.42	3.34**
Üst Biliş Ölçeği-30			
Olumlu inançlar	14.91±5.00	13.04±4.33	3.17**
Bilişsel güven	14.48±6.24	13.23±4.10	2.05*
Kontrol edilemezlik, tehlike	15.46±4.76	13.65±4.40	3.17**
Bilişsel farkındalık	17.39±4.66	17.00±3.19	0.84
Kontrol ihtiyacı	16.39±4.89	13.77±3.85	4.66**
Toplam puan	78.64±19.97	70.69±13.48	4.02**
Duygu Düzenleme Ölçeği			
Yeniden değerlendirme	29.91±11.89	28.59±8.70	0.98
Bastırma	17.51±6.90	15.29±5.67	2.93**
Genel Sağlık Anketi (GSA)	4.20±3.65	2.90±3.32	z=3.09**

* $p<0.05$; ** $p<0.01$, z: Mann-Whitney U testi

Tablo 3. Bağımlı olanlarda bazı değişkenlerle Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

BFÖ	Ort.±SS	t
Kronik fiziksel hastalık		2.56*
Yok	63.54±14.29	
Var	55.77±16.57	
Geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma		3.10**
Yok	65.72±13.45	
Var	58.20±15.53	
Halen psikiyatrik ilaç kullanımı		2.43*
Yok	65.08±13.87	
Var	59.10±15.32	
Günde 1'den çok sigara içme		-0.60
Yok	65.50±12.14	
Var	61.72±15.13	
Her gün alkol kullanımı		0.18
Yok	61.56±14.90	
Var	62.01±15.61	
Alkol dışı madde kullanımı		3.85**
Yok	67.58±13.02	
Var	58.10±14.85	
Daha önce bağımlılık kliniğine yatış		-0.26
Yok	61.24±15.45	
Var	61.91±14.95	

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

olarak saptanmıştır. Bağımlı olanlarda ruhsal ve fiziksel sorunların daha yüksek olduğu düşünülecek olursa, bu bulgunun saptanması doğaldır.

Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:282-288

GSA'dan yüksek puan alanlarda farkındalık düzeyi de daha düşük çıkmıştır. Benzer şekilde kronik fiziksel hastalığı olanlarda, geçmişte ve halen ruh-sal ilaç kullanımı olanlarda da farkındalık düzeyi daha düşüktür. Bu nedenle bağımlılığa fiziksel ve ruhsal sorunların eşlik etmesinin farkındalık düzeyini düşürdüğünü söyleyebiliriz.³⁷

Sadece ilaç kullanımı ve bağımlılıkla ilgili tedaviyi tamamlamak geçici çözümler aramak farkındalığın tam olarak sağlanmadığına yorulabilir. Bununla ilgili olarak düşünceleri bastırmanın, bağımlılık tedavisinde yararlı bir yöntem olmadığı,³⁸ bastırmanın azalmasıyla birlikte alkol tüketiminin de azaldığı araştırmalarda gösterilmiştir.³⁹ Bizim araştırmamızda da, bağımlı grupta bastırma işlevinin yoğun olduğu gözlenmektedir. Tüm bu bulgular, alkol ve madde kullanıcılarının bastırma dışında daha işlevsel başa çıkma yöntemleri bulmaları gerektiğine işaret etmektedir.

Daha nce ağımlılık tedavisi görmüş olma, farkındalık düzeyini artıran bir etken olarak ortaya çıkmıştır. Daha önce bağımlılık tedavisi görenlerin farkındalık düzeyini artıran etkenin ne olduğu tartışmaya açık bir konudur. Farkındalık temelli terapilerin ülkemizde kullanılmadığı göz önüne alındığında,⁴⁰ daha önceki tedavilerde bu kişilerin farkındalık temelli terapilerden yararlanmadığı söylenebilir. Ancak bilişsel davranışçı terapi-lerde öğretilen tetikleyicilerle başa çıkma yön-

temleriyle farkındalığın benzer öğeler taşıdığı, farkındalık temelli terapilerin bunların etkisini artırdığı belirtilmiştir.^{14,41} Bağımlılık tedavisinde yinelemeleri önlemek için farkındalık terapisinin yararlı olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir.^{14,32,34,42,43} Araştırmalarda farkındalık düzeyi artışının stresi azalttığı,¹⁸ aşermeyle (craving) başa çıkmayı kolaylaştırdığı¹⁷ saptanmıştır. Bu nedenle daha önce tedavi görenlerin, BFÖ'den daha yüksek puan aldığı ileri sürülebilir.

Bağımlı olanlar ile olmayanlar arasında farkındalık düzeyi açısından bir fark saptanmamış olmakla birlikte, alkol dışı madde kullananlarda farkındalık düzeyi daha düşük olarak saptanmıştır. Yoğun alkol kullananlarda farkındalık düzeyinin düşük olduğuna ilişkin bulgular olmasına rağmen,³² araştırmamızda alkol dışı madde kullanımında farkındalık düzeyinin farklılaştığı gözlenmiştir. Öte yandan, alkol kullanımında dürtüselliğin farkındalığı belirleyen etken olduğunu belirten araştırmalar da vardır.¹² Alkol dışı madde kullananlarda, farkındalık düzeyinin düşük olması dürtüsellik, üst biliş, bilinçli bastırma ve genel sağlık durumundan bağımsız gözükmektedir.

Çalışmamızda alkol dışı madde kullanımı sadece bağımlı popülasyondan elde edilen veriler doğrultusunda değerlendirilmiş olsa bile, bizim bilgilerimize göre alkol ve alkol dışı madde kullananlarda farkındalık düzeyini karşılaştıran

başka bir çalışma yoktur. Literatürde, farkındalık ve kabullenme temelli terapilerin etkinliğini araştırmaya çalışan sadece alkol dışı madde kullanımına yönelik araştırmalar yer almamaktadır. Bu nedenle alkol ve alkol dışı madde kullanımında farkındalık düzeyini araştıran biyolojik, fenomenolojik ve tedavi etkinliği araştırmalarının yararlı olabileceği inancındayız.

Alkol dışı madde kullanan kişilerde farkındalık düzeyinin artıracak farkındalık temelli terapilerin uygulanmasının, dürtüsellik üstüne de olumlu etki yapacağını ileri sürebiliriz. Yapılan araştırmalar da farkındalık terapilerinin dürtüsellik üstüne olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.³³ Benzer şekilde farkındalık temelli terapilerin üst biliş işlevleri üstüne olumlu etki yaptığı³⁵ ve bastırma işlevini de azalttığı bildirilmiştir.³⁹ Farkındalık temelli terapilerin genel olarak fiziksel ve ruhsal sorunların tedavisinde etkin olduğunu gösteren birçok araştırma da vardır.⁴⁴ Tüm bu nedenlerden dolayı ve araştırma bulgularımıza dayanarak farkındalık temelli terapilerin özellikle alkol dışı madde kullananlarda yararlı olabileceği söylenebilir. Öte yandan alkol kullananlarda farkındalık düzeyinde belirgin fark saptanmamış olsa bile, genel olarak bağımlı grupta farkındalık terapisinden yarar görecektir diğer etkenlerin var olması, farkındalık terapisinin alkol bağımlısı olanlarda da yararlı olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Carmody J, Zindel VS, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract, Health Module* 2004; 8(Suppl.11):3,230.
2. Kabat-Zin J. *Full Catastrophy Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell, 1990.
3. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go There You Are*. Fourth ed., New York: Hyperion, 1994.
4. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom* 1997; 66:97-106.
5. Marcus MT, Zgierska A. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 1. *Subst Abuse* 2009; 30:263-265.
6. Çatak PD, Ögel K. Bir terapi yöntemi olarak farkındalık. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:69-73.
7. Çatak PD, Ögel K. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri* 2010; 13:85-91.
8. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: an information processing analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2002; 9:95-100.
9. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *Int J Cogn Ther* 2008; 1:33-44.
10. Coffey KA, Hartman M. Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Comp Health Prac Rev* 2008; 13:79-91.
11. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SE, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther* 2008; 40:142-154.
12. Murphy C, Mackillop J. Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology (Berl)* 2012; 219(Suppl.2):527-536.
13. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(Suppl.4):822-848.

14. Hoppes K. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums* 2006; 11(Suppl.11):829-851.
15. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cognit Psychother* 2005; 19(Suppl.3):211-228.
16. Alterman AI, Koppenhaver JM, Mulholland E, Ladden LJ, Baime MJ. Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *J Subst Use* 2004; 9(Suppl.6):259-268.
17. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Subst Abuse* 2009; 30:295-305.
18. Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage pilot study. *Subst Abuse* 2009; 30:306-317.
19. Çatak PD. The Turkish version of mindful attention awareness scale: preliminary findings. *Mindfulness*. Retrived 2011 from Springer.
20. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz, ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim* 2011; 36:224-235.
21. Kılıç C. The reliability and validity of general health questionnaire. *Turkish Journal of Psychiatry* 1996; 7:3-9.
22. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran UK, Kara H, Özer AE. The reliability and validity of the white bear suppression inventory. *Turkish Journal of Psychiatry* 2004; 15:282-290.
23. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11:279-296
24. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004; 42:385-396.
25. Tosun A, Irak M. Üstbilmiş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(Suppl.1):67-80.
26. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotional regulation processes: implications for affect, relationships and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85:348-362.
27. Yurtsever G. Negotiators' profit predicted by cognitive reappraisal, suppression of emotions, misrepresentation of information and tolerance of ambiguity. *Percept Mot Skills* 2008; 106:590-608.
28. Dahlstrom WG, Welsh GS, Dahlstrom LE. *An MMPI Handbook. Volume II: Research Applications: University of Minnesota Press, 1979.*
29. Batıgün A, Şahin NH. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar riskini belirlemeye yönelik bir modelin sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 18:37-52.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical version. Washington D.C., London: American Psychiatric Press, 1997.*
31. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. *DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.*
32. Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, Coe C, Miller M, Fleming M. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *J Addict Med* 2008; 2:165-173.
33. Stratton KJ. Mindfulness based approaches to impulsivity behaviours. *The New School Psychology Bulletin* 2006; 4(Suppl.2):49-71.
34. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav* 2006;20:343-347.
35. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:275-287.
36. Josefina LL, Annika FL, Jan JH, Torbjörn J, Lars-Gunnar L, Camilla S, et al. Five Facets Mindfulness Questionnaire-Reliability and Factor Structure: A Swedish Version. *Cogn Behav Ther* 2011; 40(Suppl.4):291-303.
37. Allen NB, Knight W, Blashki G, Gullone E, Meadows G. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40 (4):285-294.
38. Palfai TP, Monti PM, Colby SM, Rohsenow DJ. Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. *Behav Res Ther* 1997; 35:59-65.
39. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Marlatt GA. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addict Behav* 2007; 32:2324-2328.
40. Ögel K. *Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler. Ankara: HYB, 2012.*
41. Hoffmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 2008; 28:1-16.
42. Marlatt GA. Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cogn Behav Pract* 2002; 9:44-50.
43. Marlatt G, Witkiewitz K, Dillworth TM, Bowen SW, Parks GA, Macpherson, et al. Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. S Hayes, VM Follette, MM Linehan, (Ed.), *Mindfulness and Acceptance, New York: Guilford Press, 2004, p.261-287.*
44. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 57:35-43.