

XƏZƏR UNIVERSİTETİ

Fakültə: Təbiət Elmləri, Sənət və Texnologiya Yüksək Təhsil

Departament: Psixologiya

İxtisas: Klinik Psixologiya

MAGİSTR TEZİSİ

Mövzu: Psixoaktiv maddə istifadəçilərində depressiya və təşvişin aradan qaldırılmasında psixoterapiyaların rolu

Magistrant: Nigar Balakışiyeva Əhliman qızı

Elmi rəhbər: Psixologiya üzrə fəlsəfə doktoru

Verdiyeva Ləman Əsrəf qızı

Bakı – 2024

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ	3
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ	7
1.1.Psixoaktiv maddə asılılığının klinik psixoloji araşdırılması.....	7
1.1.1.Psixoaktiv maddələrin təsnifatı.....	9
1.1.2.Maddə asılılığının yaranmasında risk faktorları.....	18
1.2.Psixoaktiv maddə asılılığı zamanı yaranan komorbid psixi xəstəliklər.....	20
1.2.1.Maddə asılılığı zamanı yaranan depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılmasında istifadə olunan psixoterapiya növləri.....	25
II FƏSİL.TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI	35
2.1. Tədqiqatın keçirildiyi yer və iştirakçıların seçimi.....	35
2.2. Metodikalar.....	36
III FƏSİL. ALINAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ	39
3.1. Eksperimentə cəlb olunmuş pasiyentlərin demoqrafik göstəricilərin eksperimental təhlili... 39	39
3.2. Eksperimentdən əldə olunan nəticələrin müqayisəli təhlili.....	42
NƏTİCƏ	51
İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	54
ƏLAVƏLƏR	64

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Hər bir insan, yaşadığı müddət boyunca bəzi vərdişləri nəticəsində müxtəlif vəziyyət, əşya yaxud hadisələrə qarşı asılılıq yarada bilər. Bu asılılıq nəinki təkə maddələrə qarşı, həm də oyuna qarşı, sosial şəbəkəyə qarşı, alkoqola qarşı, texnologiyaya qarşı da ola bilər. Aralıqlı olaraq və ya davamlı istifadə etməklə bir maddəyə qarşı da psixoloji, fiziki olaraq vərdiş yaranır, hansı ki, bu vərdişə asılılıq deyildir. Asılılığın inkişafında genetica, psixososial və çevrə faktorları böyük rol oynayır. Bu xəstəlik yaranıb inkişaf etdikdən sonra yaşam boyu davam edir. Asılılıq yaradan maddələr alkoqol, hallüsinogenlər, sedativ maddələr, opioidlər, yuxugətirənlər və digər maddələr olaraq fərqli çeşid və istifadəyə sahibdir. Psixoaktiv maddə asılılığı bütün dünyada olduğu kimi ölkəmizdə də artım göstərən bir xalq sağlamlığı problemidir. Maddə istifadəsi pozuntusu, mənfi nəticələrinə baxmayaraq psixoaktiv maddələrdən istifadəni davam etdirmək, maddə istifadə etmək istəyi hiss etmə, abstinent sindromu göstəriciləri və istifadə üzərində nəzarətin itirilməsi də daxil olmaqla bir sıra simptomlarla xarakterizə olunan xroniki beyin xəstəliyidir. Psixoaktiv maddə asılılığı, fiziki və psixoloji xəstəliklər, ani ölümlər, ailə problemləri, suç davranışları və şiddət kimi bir çox problemə səbəb olmaqdadır. Əksər psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən şəxslərdə komorbid pozuntu olaraq depressiya və təşviş pozuntusu da müşahidə edilməkdədir. Əgər psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə komorbid pozuntular müşahidə edilərsə, bu pozuntularla asılılıq prosesi qarşılıqlı olaraq təsirdə olacaqdır. Komorbid pozuntu psixoaktiv maddə istifadəsini artıracaqdır, eyni zamanda psixoaktiv maddə istifadəsi də komorbid pozuntunun şiddətinin artmasına səbəb olacaqdır. Bu səbəblə də asılılığın müalicəsində tətbiq olunan psixoterapiyalar zamanı xəstə, müalicəyə və asılılıq prosesinə təsir edən digər faktorlar baxımından da ələ alınmalıdır. Psixoaktiv maddə asılılığı pozuntusunun statistikaya əsasən kifayət qədər artdığı bir dövrdə şəxsin uzunmüddətli remissiya prosesini təmin etmək üçün tətbiq olunan psixoterapiyaların rolu çox önəmlidir və bu da araşdırılan mövzunu yetəri qədər aktual edir.

Tədqiqatın işlənmə səviyyəsi. Apardığımız araşdırmalar nəticəsində qeyd edə bilərik ki, psixoaktiv maddə asılılığı ilə bağlı bir çox tədqiqatlar aparılmışdır. Eyni zamanda psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə komorbid pozuntular və psixoterapiyalar ilə bağlı bir çox faktor ələ alınmışdır. Azərbaycan Respublikasında psixologiya istiqaməti üzrə P.P.Məmmədov, A.M.Hüseynov, T.İ.Rəhimli, B.M.Əsədov, N.V.Vahabov və başqalarının psixoaktiv maddə asılılığı və komorbid pozuntular mövzusunda geniş şəkildə araşdırmaları olmuşdur. P.P.Məmmədovun

Psixoaktiv maddələrdən istifadə zamanı asılılığın yayılmasının klinik aspekti, T.İ.Rəhimlinin Narkotik vasitələrdən və psixotrop maddələrdən sui-istifadə edən şəxslərdə yaranan psixi pozuntuların tədqiqi, A.M.Hüseynovun Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə koqnitiv davranış terapiyasının asılılıq üzərindəki təsiri və s. qeyd etmək olar. Lakin hazırkı tədqiqat mövzusunda psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə sistemli şəkildə tətbiq olunmuş psixoterapiyaların təsiri araşdırılmışdır. Psixoaktiv maddə istifadəçilərində yaranan depressiya və təşviş pozuntusunun psixoterapiyalar aparıldıqdan sonra azalması ilə bağlı xarici ədəbiyyatlarda dərc olunmuş bir sıra tədqiqat nəticələri vardır. Bu tədqiqatlar arasında həm nəzəri, həm də praktiki işlər mövcuddur. Xarici tədqiqatçılardan Sarah B. Hunter, Katie Witkiewitz maddə istifadəçiləri arasında depressiya üçün koqnitiv davranışçı terapiyanın moderativ təsirləri, Dr. Benjamin I. Goldstein yeniyetmələrdə maddə istifadəsi və davamlı depressiyanın müalicəsi, Karen Chan Osillan koqnitiv davranış terapiyasından istifadə edərək maddə istifadəsi və depressiya üçün müalicənin inkişafı və inteqrasiyası, Katherine E. Watkins maddə asılılığının müalicəsində davamlı depressiv simptomları olan xəstələr üçün qrup terapiyasının effektivlik sınağı, John F. Curry və Karen C. Wells yeniyetmə depressiyası və maddə asılılığı üçün qrup və ailə terapiyası, Irena Milosevic, Susan M. Chudzik komorbid əhval-ruhiyyə, təşviş və maddə istifadəsi pozuntuları üçün inteqrasiya edilmiş koqnitiv davranış terapiyasının qiymətləndirilməsi, Julia D. Buckner, Michael J. Zvolensky maddə istifadəsi və təşviş pozuntuları üçün inteqrasiya olunmuş davranış terapiyası, R. Kathryn McHugh, Victoria R. Votaw təşviş və maddə istifadəsi pozuntusu üçün qrup terapiyası və s. qeyd etmək olar.

Tədqiqatın obyektı. Tədqiqatda 20-30 yaş arası 115 nəfər psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən pasiyent iştirak etmişdir.

Tədqiqatın predmeti. Psixoaktiv maddə istifadəçilərində yaranan depressiya və təşvişin aradan qaldırılmasında tətbiq olunan psixoterapevtik metodların əhəmiyyəti.

Tədqiqatın fərziyyəsi.

Əsas fərziyyə:

- Psixoaktiv maddə istifadə edən şəxslərdə depressiya və təşviş pozuntusunun səviyyəsi arasında psixoterapiyalardan öncəkinə nisbətən psixoterapiya qəbul etdikdən sonra ciddi bir fərq vardır.

Köməkçi fərziyyə:

- Psixoaktiv maddə asılılığı ilə yanaşı depressiya və təşviş pozuntusu olan şəxslərin kontrol qrupu üzrə ilk test nəticəsi arasında mənalı bir fərq yoxdur.
- Psixoaktiv maddə asılılığı ilə yanaşı depressiya və təşviş pozuntusu olan şəxslərin tədqiqat qrupu üzrə ilk test nəticəsi arasında mənalı bir fərq yoxdur.
- Psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən, depressiya və təşviş pozuntusu olan şəxslərdə psixoterapiyadan öncəki vəziyyətlə müqayisədə psixoterapiyadan sonrakı vəziyyət yaxşılaşdı.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqat işinin əsas məqsədi psixoterapiya tətbiqi ilə depressiya və təşviş pozuntusunda sağalmanı sürətləndirmə olsa da, biz burada depressiya və təşviş pozuntusunun səviyyəsini ölçməliyik. Bu səviyyəni ölçməkdə əsas məqsədimiz xəstələrin psixoterapiyadan əvvəl və sonrakı vəziyyətlərini dəyərləndirməkdir.

Tədqiqatın vəzifələri. Tədqiqatın məqsədinin gerçəkləşdirilməsi üçün aşağıdakı vəzifələr yerinə yetirilmişdir:

1. Mövzu ilə bağlı mövcud olan ədəbiyyat araşdırılmış, təhlil edilmiş, problemin nəzəri əsasları müəyyənləşdirilmişdir.
2. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərin depressiya və təşviş pozuntusu testlər vasitəsilə müəyyən olunmuşdur.
3. Depressiya və təşviş pozuntusu səviyyələri arasında müqayisəli təhlil aparılmışdır.
4. Psixoterapiyanı tətbiq etməklə şəxslərdəki depressiya və təşviş pozuntusunun psixoterapiya müddətində dəyişmə səviyyəsi müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın gedişində istifadə olunan testlər və metodlar.

1. Hamiltonun təşviş reytingi cədvəli (HARS).
2. Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HDRS).
3. Sosial demoqrafik anket.
4. Tətbiq olunan psixoterapiya üsulları (koqnitiv davranış terapiyası, qrup terapiyası, sənət terapiyası).

Tədqiqatın nəzəri əhəmiyyəti. Psixoaktiv maddə asılılığı zamanı tətbiq olunan psixoterapiyaların müsbət istiqamətdə inkişaf etdirilməsi və maddə asılılığı olan şəxslərin psixoloji və fizioloji sağlamlığı üçün gələcəkdə bu istiqamətdə aparılacaq tədqiqat işləri üçün əsaslı rol oynayır. Psixoxaktiv maddə asılılığı olan şəxslərin remissiya dövrü olduqca mürəkkəb bir proses

olduğu üçün əldə edilmiş nəzəri müddəalar klinik psixologiya sahəsi üzrə təhsil alan tələbələr, bu sahədə fəaliyyət göstərən narkoloqlar, klinik psixoloqlar, o cümlədən bu sahə ilə maraqlanan hər bir psixoloq üçün lokomotiv rol oynaya bilər.

Tədqiqatın praktiki əhəmiyyəti. Psixoaktiv maddə istifadəçilərində depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılmasında tətbiq olunan koqnitiv davranış terapiyası, qrup terapiyası və sənət terapiyası adlı metodlar xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırır, şəxs zamanla təşvişdən və depressiyadan azad olmağa başlayır, xəstələr özlərini yaxşı hiss etməyə başlayırlar, motivasiyaları yüksəldikcə iradələri güclənir, yaşam həvəsləri artır. Araşdırmanın nəticələri narkologiya sahəsində çalışan mütəxəssislərə, klinik psixoloqlara və praktik psixoloqlara istiqamət verəcəyi düşünülür.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Apardığımız tədqiqatın elmi yeniliyi ondan ibarətdir ki, psixoaktiv maddə istifadəçilərində təşviş və depressiyanı aradan qaldırmaq üçün psixoterapiyanın yeni modellərini tətbiq etməyi nəzərdə tutduq. Biz burada tətbiq edəcəyimiz psixoterapiya metodlarının fəqli aspektlərinə görə daha alternativ müsbət nəticələr əldə edə biləcəyimizə görə tədqiqata əlavə etdik. Koqnitiv davranış terapiyası, qrup terapiyası və sənət terapiyası metodlarının tətbiqindən sonra psixoaktiv maddə istifadəçilərində müşahidə olunan təşviş və depressiya pozuntuları arasındakı fərq müşahidə olundu. İlk dəfə bu tədqiqatda psixoaktiv maddə istifadəçilərinin remissiyasında depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılmasında psixoterapiya modellərinin sistemli şəkildə tətbiqi həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işinin aprobasiyası. Tədqiqat işi Respublika Narkoloji Mərkəzində aparılmışdır. Eyni zamanda tədqiqat işinə aid elmi məqalə Bakı Dövlət Universitetinin “Psixologiya” jurnalında dərc olunmuşdur.

Dissertasiya işinin quruluşu. Dissertasiya işi giriş, 3 fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir.

I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ

1.1 Psixoaktiv maddə asılılığının klinik psixoloji araşdırılması

Son zamanlarda yayılan və sosial bir vəziyyət olan maddə asılılığı, müxtəlif xüsusiyyətləri ilə həm cəmiyyətdə, həm ailədə, həm də fərddə ciddi problemlərin ortaya çıxmasına səbəb olmuşdur. Asılılığın şəxsə həm fiziki, həm də psixoloji olaraq zərərli olduğu bilinsə də, yenə də bir əşya, şəxsə və varlığa qarşı çıxıla bilməyən şəkildə istək hiss etməklə izah olunur. Asılılıq iki qrupa ayrılır: psixi asılılıq və fiziki asılılıq. Psixi asılılıq psixoaktiv maddənin təsiri nəticəsində yaranan psixi gümrahlıq və məmnunluq vəziyyətidir. Psixi asılılıq nəticəsində şəxs psixoaktiv maddəni daimi və ya vaxtaşırı qəbul edir. Bu zaman maddə qəbulunun əsas məqsədi həzz almaq və diskomfort vəziyyətdən yayınmaqdır (Koob və Le Moal, 2018). Psixi asılılıq sindromunun əlamətlərinə isə pozitiv asılılıq və neqativ asılılıq daxildir. Pozitiv asılılıq şəxsin psixoaktiv maddəni qəbul etdikdən sonrakı xoşagələn effektin alınmasıdır. Neqativ asılılıq isə gərginliyi, problemi, pis əhvalı aradan qaldırmaq üçün psixoaktiv maddənin qəbuludur. Fiziki asılılıq psixoaktiv maddənin qəbulunu dayandırarkən yaranmış kəskin fiziki pozuntularla xarakterizə edilən vəziyyətdir, hansı ki, bu vəziyyət abstinent sindromu adlanır. Abstinent sindromun əlamətləri, ağırlığı, davam etmə müddəti qəbul edilən psixoaktiv maddənin xarakterindən, qəbulunun davamlılığından, xəstənin orqanizmindən asılıdır.

Asılılıq son zamanlarda psixoaktiv maddə ilə, siqaret və alkoqol ilə bilinərək cəmiyyət arasında sadəcə bu maddələrin istifadəsindən ibarətmiş kimi görünür. Lakin davranış asılılıqlarında ortaya çıxan internet asılılığı, qumar asılılığı, yemək asılılığı, sosial şəbəkə asılılığı kimi fərqli asılılıq növlərindən də danışmaq mümkündür (Uzbay, 2009). Nəticə olaraq asılılıq özünü yalnız psixoaktiv maddədə deyil, eyni zamanda davranış səviyyəsində də özünü göstərir.

Şəxsin asılılıq davranışında onun mənəvi tərəfi ön plandadır. Şəxs bu davranışı davam etdirdikcə həzz alır və özünü daha “xoşbəxt” hiss edir. Lakin bu vərdişin gerçəkləşdirilmədiyi vaxtlarda şəxs özünü bədbəxt hiss edir (Çetin, 2013). Digər tərəfdən isə asılı olan şəxsin mənliliyi (ego) də zədələnməkdədir. Bir maddəni həyatının mərkəzinə qoymuş şəxsin iradəsi zədələnir və o çarəsizləşir. Nəticədə həmin şəxsin cəmiyyətə heç bir faydası olmamaqdadır (Doğan, 2013).

Asılılığın müxtəlif növləri ilə və müxtəlif tərəfləri ilə dəyərləndirmələri mövcuddur. Bir asılılıq növü olan maddə asılılığını bəziləri qarşı qoyula bilməyən arzu, bəziləri isə vərdiş (Uzbay, 2009) ya da xəstəlik (Kalyoncu, 2010) olaraq dəyərləndirməkdədir. Lakin bir çox mənbələrin ortaq

nöqtəsi maddə asılılığının xəstəlik olmasıdır. Biz əgər xəstəlik termininin açıqlamasına baxsaq, şəxsin bioloji, psixoloji sağlamlığını pozan, şəxsin yaxşı olma halına mənfi təsir edən bir vəziyyət kimi açıqlandığını görürük. Bu zaman bir maddə asılılığının da maddə istifadə edən şəxs üzərindəki həm bioloji, həm də psixoloji olaraq mənfi təsirlərindən yola çıxaraq, asılılığın bir xəstəlik olduğu nəticəsinə gələ bilərik. Maddə asılılığının əksər hallarda ölümə gətirib çıxardığı da bilinməkdədir. Bu vəziyyət şəxsin psixoloji problemləri ilə əlaqələndirilə bilər. Psixoaktiv maddələr ilk olaraq mərkəzi sinir sistemində təsir edərək şəxsin mənəvi yaşamını, duyğularını, düşüncələrini, davranışını dəyişdirir və kimyəvi xüsusiyyətləri səbəbi ilə qısa və asan yoldan vərdiş yaratmaqdadırlar. İnsanın özündə mövcud olan vərdiş meylinə bu cür maddələrin vərdiş əmələ gətirmə xüsusiyyəti də əlavə olunduqda asanlıqla asılılıq yarana bilər. Maddə asılılığı şəxsin istifadə etdiyi maddəni dəfələrlə sınamasına baxmayaraq yenə də buraxmaması, hər istifadə etdikcə maddənin miqdarını artırması, maddə qəbulunu dayandırdığı zaman abstinent sindromunun təsirlərinin yaranması, özünə zərər verdiyini bilməsinə rəğmən maddə istifadəsini davam etdirməsi, gündəlik həyatının əhəmiyyətli bir hissəsini həmin maddənin axtarışı və tapılması ilə keçirilən bir xəstəlikdir (Çetin, 2013). Zastrow araşdırmasına baxdığımız zaman, o, şəxsin müəyyən maddələrə maraq və arzusunun olması ilə o maddəyə qarşı asılılıq vəziyyətinin bir-birlərindən fərqli olduğunu qeyd etmişdir və psixoloji asılılıq vəziyyətinin fiziki asılılıqdan daha dərin və çətin bir quruluşunun olduğunu ifadə etmişdir:

Maddə asılılığının tərifinin ifadə edilməsi çətinidir. Geniş mənada, müəyyən bir maddəyə qarşı hiss edilən şiddətli istəyə asılılıq deyilir. Hər birimizin müxtəlif maddələrə qarşı zəifliyi yaxud şiddətli marağı ola bilər. Məsələn, dondurma, şokolad, çiyələk və s. kimi. Lakin bu şiddətli istəklə maddə asılılığını bir-birindən ayırmaq lazımdır. Maddə asılılığı bəzi ekspertlər tərəfindən yanlış olaraq şəxsin yüksək dozada maddə istifadə etməsi nəticəsində yaranan fizioloji asılılıq kimi müəyyən edilmişdir. Bu, maddə asılılığının düzgün tərfi deyil. Bir çox maddə asılısı fiziki asılılıqdan qurtulsa da, psixoloji asılılığı davam etdirir. Nəticədə, qısa müddət ərzində seçdikləri bir psixoaktiv maddəni yenidən istifadə edirlər. Buna görə də, maddə asılılığını yüksək dozada maddə istifadəsi nəticəsində maddənin şəxsə yaratdığı fiziki asılılıq və bu asılılığın səbəb olduğu şiddətli istək olaraq ifadə etmək daha doğru olar (Zastrow, 2015). Zastrowun qeyd etdiyi kimi psixoloji və fiziki asılılıqların bir-birindən ayrılması, maddə asılılığı tərifinin ifadə edilməsində daha faydalı nəticələr təmin edə bilər.

Asılılıq yaradan maddələrin insanlığın mövcud olmasından bu zamana qədər müxtəlif məqsədlər üçün istifadə edildiyi bilinməkdədir. Bu məqsədlər arasında ağrını azaltma, xəstəliklərdə yaxşılaşdırıcı təsiri və cərrahi əməliyyatlarda istifadə ilə bərabər, tarixin ilk cəmiyyətində qrupların müxtəlif dini rituallarında istifadə edildiyi göstərilmişdir (Çetin, 2013). Bəzən həyat xilas edə bilən bir maddə, bəzən də şəxsin bütün bioloji sağlamlığını bitirərək şəxsin həyatını itirməsinə səbəb ola bilər. Buna görə də insanın yaşam prosesində psixoaktiv maddələrin təsiri çox önəmli rol oynayır. Bu maddələrin hər birinin özünəməxsus növləri vardır və istifadəsi zaman şəxsə fərqli təsirlər göstərməkdədir.

Psixoaktiv maddə asılılığı bütün dünyada geniş yayılmış fizioloji, psixoloji və sosial sferaları əhatə edən xroniki, inkişaf edən beyin xəstəliyidir. Biz xəstəlik termininin açıqlamasına nəzər yetirsək, şəxsin bioloji, psixoloji sağlamlığını pozan, şəxsə mənfi təsir edən bir vəziyyət kimi açıqlandığını görürük. Bu zaman maddə asılılığının da maddə istifadə edən şəxs üzərindəki həm bioloji, həm də psixoloji olaraq mənfi təsirlərindən yola çıxaraq, asılılığın bir xəstəlik olduğu nəticəsinə gələ bilərik. Ümumiyyətlə, asılılıq dedikdə cəmiyyət arasında yalnız siqaret, alkoqol, psixoaktiv maddə bilinsə də, biz davranış asılılıqlarında internet asılılığı, qumar asılılığı, yemək asılılığı, sosial şəbəkə asılılığı kimi fərqli növləri də müşahidə edə bilərik. Asılılıq yaradan maddələr insanlığın mövcud olmasından bu zamana qədər müxtəlif məqsədlər üçün istifadə edilmişdir. Bu məqsədlər arasında ağrını azaltma, xəstəliklərdə yaxşılaşdırıcı təsiri və cərrahi əməliyyatlarda istifadəsi göstərilmişdir. Asılılıq yaradan maddələrin müxtəlif növləri vardır. Bu maddələrin hər birinin orqanizmdə göstərdiyi təsirlər fərqlidir. Eyni zamanda bu maddələrin qəbulunun qəbulunun dayandırıldığı zaman da yaranan abstinent sindromunun simptomları fərqlilik göstərməkdədir.

1.1.1 Psixoaktiv maddələrin təsnifatı

Asılılıq yaradan maddələr; müxtəlif yollarla əldə edilə bilən, emosional vəziyyət, qavrayış və beyin funksiyalarında dəyişiklik yaradan müxtəlif kimyəvi maddələr olaraq müəyyən edilə bilər. Bunlar marixuana, heroin, kokain kimi resept ilə verilə bilinməyən qanunsuz maddələr, amfetaminlər, benzodiazepinlər, digər sedativ, hipnotik dərmanlar kimi qanun çərçivəsində resept ilə verilə bilinən dərmanlar yaxud satışında qismən qanuni olan uçucular, tütün (nikotin), qəhvə (kofein) və alkoqol (etanol) kimi maddələrdir (Oğuztürk və Ceyhun, 2021).

Maddə asılılığına səbəb olan maddələr sinir sistemindəki təsirləri baxımından bu kateqoriyalarda dəyərləndirilmişdir; alkoqol, kafein, kannaboidlər, hallüsinogenlər, uçucular, opioidlər, nikotin, stimulyatorlar, depresantlar.

Alkoqol. Alkoqol tarix boyunca, müalicə məqsədli və siqaretdən sonra ən çox istifadə edilən, fiziki və psixoloji asılılıq yaradan, təbii həzz verici bir molekuldur. Bu molekul karbohidratların fermentasiyası nəticəsində əldə edilməkdədir. Etil alkoqol rəngsiz, uçucu, özünə xas olan qoxusu və dadı olan bir mayedir. Mərkəzi sinir sistemi, ürək-damar ilə mədə bağırsağ sistemləri üzərində ciddi təsirlərinin olduğu bilinməkdədir (Çetin, 2016). Alkoqol eyni zamanda hərəkət və mühakimə bacarıqlarına zərər verən bir psixoaktiv maddədir. Alkoqol qəbulu nəticəsində yaranan zərər biolojidir, lakin emosiya dəyişimləri, sosial gözləntilərə cavab vermədə azalma, alkoqol istifadəsinə bağlı ruh halı alkoqolun fizioloji təsirlərinin sosial və psixoloji faktorlarla qarşılıqlı əlaqəsi nəticəsində ortaya çıxır. Bu dəyişikliklərə görə digərlərinə qarşı şiddət məzmunlu davranışlar və şüurlu olaraq özünə zərər vermə davranışı da görülə bilər (Ögel, 2015). Alkoqolun bədənə verdiyi zərərləri, mədə bağırsağ problemləri, qida borusu xəstəlikləri, qastrit, yemə pozuntuları, qansızlıq, immunitet sisteminin pozulması, sinir sistemi xəstəlikləri, əllərdə və ayaqlarda keyimə və iflic şəklindədir (Ögel, 2012). Alkoqol qəbulunun kəsildiyi zaman tərləmə, ürəkbulanma, baş ağrısı, yuxusuzluq, narahatlıq, ajitasiya, görmə, eşitmə yaxud taktil pozuntuları (böcək, siçan görmə, bədənində böcək gəzdini hiss etmə və s.), ürək ritminin artması, epileptik tutmalar, qızdırma kimi abstinensiya sindromu əlamətləri görülə bilər. Əlavə olaraq xəstə harada olduğunu və vaxtı bilmir, qarşısındakını tanıya bilmir və xəyallar görür, diqqəti və yaddaşı pozulur və ölüm riski yüksəkdir (Ögel, 2015).

Kofein. Kofein istifadəsinin insan sağlamlığı üzərindəki mənfi və müsbət təsirlərini ortaya qoyan bir çox araşdırma vardır və bu araşdırmaların çoxu müəyyən dozada qəhvə istifadəsinin sağlamlığa müsbət təsiri olduğunu ifadə edir. Kofein istifadəsinin stimullaşdırıcı təsir göstərərək fiziki fəaliyyəti, diqqəti, fərqudəliyi, reaksiya sürətini artırdığını (Kaplan vb., 1997; Smit və Rogers, 2002); motor bacarıqların pozuntusu və titrəmə kimi Parkinson xəstəliyi ilə bağlı simptomların azaldılmasına kömək edə biləcəyini; şəkər xəstəliyi olaraq da bilinən tip 2 diabet kimi vəziyyətlə bağlı risk faktorlarını azaltmağa kömək ola biləcəyini göstərən araşdırmalar da vardır (Heckman, Weil və Gonzalez De Mejia, 2014).

Gündəlik uyğun dozada kofein (20-200 mq) istifadəsinin yorğunluğu aradan qaldırma, fiziki fəaliyyəti və diqqəti artırmaq kimi müsbət təsirlərinin olması ilə yanaşı, yüksək dozada kofein

qəbulu vəziyyətində təşviş, ürəkbulanma, qusma, kardioloji təsirlər ortaya çıxa bilər. Uzun müddətli olaraq kofein istifadəsində isə şəxsə kofeinə qarşı asılılıq və toleranslıq yaranır, kofein qəbulunun anidən kəsilməsi nəticəsində isə baş ağrısı, gərginlik, yorğunluq, təşviş kimi abstinent sindromunun göstəriciləri müşahidə edilir. Kofein asılılığının dərmanla müalicəsi yoxdur, şəxs kofein asılılığından xilas olmaq istəyirsə kofein qəbulunu azaldaraq tərgitməsi tövsiyə olunur (Arıkan, 2012).

Kannabioidlər. Kannabioidlər alkoqol və tütündən sonra dünyada ən geniş istifadə edilən qanunsuz psixoaktiv maddə olaraq qəbul edilməkdədir. Kannabioidlərin yaddaş üzərindəki təsirləri araşdırıldığında uzun müddət əvvəl yaddaşda olan məlumatların xatırlanmasına təsir etmədiyi, lakin qısa müddət olaraq yaddaşda olan məlumatların xatırlanmasını çətinləşdirdiyi müəyyən edilmişdir. Başqa bir ifadə ilə desək kannabioidlər uzun müddətli yaddaşda olan məlumatların xatırlanması qismində bir problem yaratmadığına baxmayaraq, qısa müddət üçün məqsədə yönəlmiş bir məlumatı, bir söz və ya hekayəni yadda saxlama və koordinasiya bacarığının itirilməsinə səbəb ola bilməkdədir. Kannabioid istifadəsinə bağlı olaraq yaranan bu vəziyyətə “temporal parçalanma” (temporal desintegration) adı verilməkdədir. Uzun müddət kannabioid istifadə edən şəxslərdə yaddaşla və zaman, məkan qavrayışı ilə bağlı pozuntuların yaşanması da bu vəziyyətlə əlaqəli olaraq açıqlanmaqdadır (Uzbay, 2015).

Marixuana. Bütün dünyada istifadə edilən geniş yayılmış bir maddədir. Marixuananın istifadəsi əksər hallarda kəsilib qurudulduqdan sonra siqaretin içinə qoyulub çəkilərək olmaqdadır. Marixuana, çətənə bitkisinin yarpaq və çiçəklərinin qurudulması ilə əldə edilən, zəhin və bədənə təsir edən şiddətli bir narkotik maddədir (Yıldırım, 2018).

Marixuana istifadəsi ilə bağlı olan bir vəziyyət də “flashback” (geriyə dönüş) sindromudur. Bu sindrom maddə təsiri altında yaşanmış təcrübələrin keçici olaraq təkrar yaşanması ilə yaranmaqdadır. Bu vəziyyətin şiddəti və vaxtı dəyişkəndir. Marixuana ilə bağlı abstinent sindromunun göstəriciləri əksər hallarda marixuananı çox istifadə edənlərdə görülür. Dörd həftə müddətində aralıqsız olaraq marixuana istifadə edən və daha sonra 4 həftə təmizlənmə prosesi yaşayanlarda, marixuana istifadəsi kəsildikdən sonra iştahsızlıq, yuxu pozuntusu, çox həssaslıq, əsəbilik, hüzursuzluq, gərginlik, tərləmə, qızdırma, mədə-bağırsaq problemləri, parçalanmış düşüncələr, görmə və eşitmə halüsinasiyalar müşahidə edilmişdir (Ögel, 2015).

Hallüsinogenlər. Hallüsinogenlər bitki, heyvan mənşəli və ya sintetik ola bilən, şüurda, düşüncədə, qavrayışda dəyişikliklərə və psixotik vəziyyətə səbəb olan maddələrdir. Hallüsinasiyalar ən çox görmə və eşitmə olaraq müşahidə edilmişdir. Hal-hazırda hallüsinogen tərkibli 96 növ bitki və sayı-hesabı bilinməyən sintetik narkotiklər şərti olaraq 7 əsas qrupa bölünür:

LSD tipli birləşmələri. Əksəriyyəti laboratoriya şəraitində sintez olunur. Lakin onların analoqları 3 növ sarmaşığın və çovdar mahmızın tellərinin tərkibində müəyyən olunur.

Triptamin hallüsinogenləri. Bu qrupa aid olan maddələr bunlardır; dimetiltriptamin (DMT), psilosin və psilosibin. DMT insanın beynində (həmin birləşmə sinir hüceyrənin maddələr mübadiləsində iştirak edir) və müxtəlif bitkilərin tərkibində (Virola fəsiləsinə aid olan ağaclarda, paxlalılar fəsiləsinə aid olan bitkilərdə), psilosin və psilosibin bəzi göbələklərinin tərkibində müəyyən olunur. Kimyəvi strukturuna görə bu birləşmələr LSD-yə yaxındır (Əsədov, 2019).

Beta-karbolinlər. Beta-karbolin birləşmələrinə aid olan qarmin və qarmolin bəzi tropik lianaların tərkibində müəyyən olunur. Həmin maddələr Amazon çayının sahillərində yaşayan hinduların dini mərasimlərində istifadə olunan hallüsinogen təsirli ayaxuaska ədviyyənin əsasını təşkil edir.

Amfetaminlərə yaxın olan birləşmələr. Onlara peyota və digər kaktusların tərkibində olan meskalin, MDM və MDMA aid edilir. Antixolinergik hallüsinogenlər. Bu qrup narkotiklərə mandraqora bitkinin kökündə, bəngotu, beladonna, tatla bitkilərinin tərkibində olan atropin və skopolamin aiddir. Digər antixolinergik alkaloidi olan muskarin bəzi göbələklərinin tərkibində müəyyən olunur. Psevdohallüsinogenlər (dissosiativ anestetiklər və xolinolitiklər). Bu qrup maddələrə fenisiklidin ("mələk tozu" və ya PCP), ketamin və kallipsol aid edilir. Həmin preparatlar cərrahi əməliyyatlarda anesteziya üçün istifadə olunan vasitələr kimi kəşf olunmuşdur.

Uçucular. Nəfəs ilə ağız və burun yolu ilə içə çəkilən, hər məkanda tapıla biləcək naftalin, benzin, sprey boya kimi uçucu maddələrdir. Ucuz qiyməti və asanlıqla təmin oluna bilməsi səbəbi ilə nəinki şəhərlərdə hətta rayon ərazilərində də istifadəsi genişdir. İlk istifadədə ölüm təhlükəsinin olduğu maddələr kilo itirilməsi, zehni funksiyalarda geriləmə, böyrək və qaraciyərdə pozuntulara səbəb olacağı müəyyən edilmişdir (Çelik, 2015). Bəzi uçucu maddələrin istifadəsi nəticəsində bədəndə olan qan damarlarının genişləndiyi və ürəyin normal ritmindən daha yüksək bir səviyyədə artdığı görülməkdədir. Abstinent sindromu uçucu həlledicilərin müntəzəm iyləmədən 6-12 ay keçdikdə əmələ gəlir və iştahanın pozulması, küt baş ağrıları, bəbəklərin genəlməsi, dilin, göz qapaqlarının, əllərin əsməsi, əzələ ağrıları və qıcolmaları, depressiya, qorxu, yuxusuzluq, suicidal əlamətlərlə

müşahidə olunur. N.D.Uzlov benzini iyləmə nəticəsində abstinent sindromunun dinamikasını təsvir etmişdir. Belə ki, axırıncı iyləmədən bir gün keçdikdən sonra xəstələrdə əsasən psixi pozuntular (qıcıqlanma, ruh düşkünlüyü, yuxunun pozulması) müşahidə olunur. Bununla yanaşı, iştahasızlıq, küt, diffuz baş ağrıları müəyyən olunur. Eyni zamanda nevroloji əzələ ağrıları və qıcolmaları, somatik (taxikardiya, hipotoniya) və psixi (yuxusuzluq, dəhşətli yuxular, kəskin qıcıqlanma, narahatlıq, təşviş) pozuntuları müşahidə olunur. Həmin əlamətlər 2-3 həftə ərzində azalır və xəstələr həmin vəziyyətdən çıxır.

Opioidlər. Opioidlər istər ağrını azaltma, istərsə də psixoaktiv təsirləri ilə insanlıq tarixinin bilinən ən qədim dərmanları arasında yer almaqdadır. Opioidlər bədəni sakitləşdirən və ağrını yüngülləşdirən kimyəvi maddə tərkibli olduğu üçün əksər hallarda tibbi məqsədlə istifadə edilməkdədir. Lakin opioidlərin şiddətli psixoaktiv əks təsirlərinin olması və istifadə edən şəxsin “yüksək” hiss etməsi səbəbi ilə də sui istifadəsi olduqca genişdir.

Morfin. Morfin adı yunan mitologiyasında olan yuxu xüsusiyyəti ilə ön plana çıxmış Morpheusdan gəlməkdədir. Təbii olaraq istehsal edilən bir opioid maddədir. Rəngi açıq qəhvəyi olan bu maddə toz halındadır (Ögel, 2012). Bu maddədən müharibə zamanı cərrahi müdaxilələr üçün olduqca geniş bir şəkildə istifadə edilmişdir. Ağrını keçici olaraq azaltma səbəbi ilə istifadə edilməkdədir və keçici olaraq xəşbəxtlik hissi yaratdığı bilinməkdədir. Maddəni istifadə edərkən şəxsə göstərdiyi təsirlər arasında yuxusuzluq, unutkanlıq, göz bəbəyinin kiçilməsi və əllərdə titrəmə müşahidə edilmişdir. Morfin qanunsuz yolla istifadədə “Amerika kəpənəyi”, “Meymun”, “Xəyalpərəst” kimi şifrəli adlarla adlandırıldığı bilinməkdədir (Çelik, 2015). Hər nə qədər tibbi sahədə istifadə edilən bir maddə olsa da sui istifadəyə olduqca meyilli bir maddədir. Morfinin istifadəsi zamanı şəxsə öncə rahatlıq hissi gəlir, daha sonra isə əvvəlki ruh halının daha da qarışıq olmasına, keyimə, halsızlıq halının artması müşahidə edilir. Yüksək dozada istifadə edildikdə isə istifadəçi hərəkət edə bilməyəcək vəziyyətə gəlir. İstifadəçi sanki öləcəkmiş kimi bir hissə yaşayır və maddəyə qarşı daha şiddətli bir istək hiss edir (Yıldırım, 2018).

Tiryək. Tiryək tərkibində protein, şəkər və yağ olmaqla birlikdə, heroin, morfin, kodein kimi kimyəvi maddələrin də olduğu ifadə edilməkdədir. İlk vaxtlarda ağrı və öskürəyə yaxşı təsir etdiyi üçün istifadə edilmişdir. Çeynəmə yolu ilə yaxud siqaret kimi çəkilərək istifadə edilən tiryəkin ağrı və öskürəyə yaxşı təsir etməsindən sonra ürək bulanması, ürək ritmində dəyişikliklər, dəri rənginin dəyişməsi, şüurun itirilməsi və bağırsağ narahatlıqları kimi təsirləri görülmüşdür (Çelik, 2015). Tiryək abstinent sindromunun inkişafında 3 mərhələ qeyd edilmişdir. Birinci mərhələ əlamətlərin

tədricən artması ilə müşahidə olunur. Sindromun ilk əlamətləri narkotikin qəbulunun dayandırılmasından 6-18 saat sonra baş verir və astenik əlamətlərlə (nasazlıq, yorğunluq) müşayiət olunur. İkinci mərhələdə astenik əlamətlərin dərinləşməsi ilə yanaşı onlara psixi diskomfort, qıcıqlanma, qorxu, gərginlik, narahatlıq əlavə olunur. Üçüncü mərhələdə isə əlamətlərin azalması və tam itməsi müşahidə olunur.

Heroin. Heroin tiryəkdən alınır, saflığı artdıqca rəngi ağarır. Onu istifadə etməyin ən çox yayılmış yolu buruna çəkilməsidir. Siqaret tütünü ilə qarışdırılıb çəkilməsinə "koreks" deyilir. Siqaret jelatini və ya alüminium folqa üzərində qızdırmaqla buxarın nəfəs almasına "sürüşmə" deyilir. Qaşığı içində qaynadılıb şpris vasitəsilə damara yeridilə bilər. Bu maddəyə qarşı toleranqlıq çox tez inkişaf edir. Hərəkət və nitqdə ləngimə, rahatlıma və istilik hissi, üzün qızarması, göz bəbəklərinin daralması heroin qəbulundan sonra baş verən əlamətlərdir. Heroinin təsiri altı-səkkiz saat ərzində başa çatır və şiddətli abstinent sindromu göstəriciləri ortaya çıxır. Bunlara şiddətli əzələ ağrısı və sancılar, yuxusuzluq, göz yaşarması, burun axması və ishal daxildir. Şəxs abstinent sindromunun simptomlarını aradan qaldırmaq üçün hər 6 saatdan bir heroin dozasını təkrarlamaq məcburiyyətində qalır. Heroin yüksək dozada qəbul edildikdə ölümə nəticələnə bilər (Ögel, 2012). Heroin qəbulu dayandırıldıqdan 6-8 saat sonra abstinent sindromu göstəriciləri başlayır. Simptomlar ən şiddətli dövrünü 2-3 gün ərzində göstərir və 7-10 gün ərzində başa çatır. Ancaq bəzi simptomlar 6 aya qədər davam edə bilər. Bu əlamətlərə qusma, ürəkbulanma, əzələ və sümük ağrısı, göz və burundan axıntı, göz bəbəklərində genişlənmə, əsnəmə, tərləmə, qızdırma, ishal və şiddətli yuxusuzluq daxildir. Yuxusuzluq aylarla davam edə bilər. (Ögel, 2015)

Metadon. Metadon maddəsi həkim nəzarəti altında olmaqla, xroniki ağrıların müalicəsi üçün və narkotik asılılığının müalicəsində ağrıkəsici kimi istifadə edilən bir sintetik opioiddir. Lakin metadon da digər narkotik maddələr kimi sui-istifadəyə malikdir. Metadon əsasən morfin və heroin kimi maddə asılılığının müalicəsində istifadə edilir. Lakin metadonun morfindən əsas fərqi odur ki, onun ağrıkəsici təsiri morfindən daha çoxdur, asılılıq yaratma təsiri və tənəffüs sisteminə təsiri morfindən daha azdır. Metadonun təsiri 36-48 saat davam edə bilər. Əksər maddələr kimi metadonun da əks göstəriciləri vardır. Bunlara tərləmə, çəki artımı, qəbzlik, ürəkbulanma, yuxululuq, tez-tez sidiyə getmə və libido dəyişiklikləri aiddir. Yuxarıda da qeyd etdiyim kimi, metadon hər nə qədər müalicə üçün istifadə edilsə də, hər narkotik preparat kimi onun da mənfi təsiri var. Bu isə həmin preparatın sintetik narkotik olması ilə əlaqədardır (Şahiner, 2019).

Stimulyatorlar. Bu maddələr mərkəzi sinir sistemini aktivləşdirir. Bu maddələrin qəbulu nəticəsində şəxsdə yorğunluq azalır, ruh yüksəkliyi, gümrahlıq, özünə və gücünə əminlik yaranır. Bunlarla yanaşı əlavə təsirlər olaraq yuxusuzluq, iştahsızlıq, taxikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi müşahidə edilə bilər. Bu qrup maddələrə nikotin, amfetamin, kokain, efedron daxildir.

Amfetamin. Mərkəzi sinir sistemində aktivləşdirici təsir edən sintetik maddədir. Ağızdan qəbul edilə bilər, burundan çəkilə bilər və eyni zamanda damar yolu ilə istifadə edilə bilər. Yüksək emosional vəziyyət, artmış enerji, oyanıqlıq, fiziki və zehni bacarıqlarda performansın artması kimi təsirləri vardır (Eslek, 2019). Amfetamin qəbulunun abstinent sindromunun xüsusiyyətlərinə isə sıxıntı, gücsüzlük, hərəkətsizlik, çox yatmaq, baş ağrısı, tərləmə, mədə sancıları daxildir. Amfetamin istifadəsinə bağlı olaraq ortaya çıxan psixoloji göstəricilər isə yerində dura bilməmə, hüzursuzluq, düşmənçə duyğulardır. Bununla bərabər bu maddədən istifadə generalizə olunmuş təşviş pozuntusuna, paranoid düşüncələrə gətirib çıxara bilər. Amfetamini əsasən yeniyetmələr (eksperiment üçün), tələbələr (müvəffəqiyyət dərəcəsini yüksəltmək üçün), idmançılar (yorğunluğu aradan qaldırmaq üçün), çəkisi çox olan şəxslər (arıqlamaq üçün), sürücülər (diqqəti artırmaq üçün) istifadə edir.

Ekstazi. Ekstazi kiçik dərmanlar şəklində ağız vasitəsilə qəbul edilən bir maddədir. Maddənin təsiri qəbul edildikdən çox qısa bir müddət sonra ortaya çıxmaqdadır. Bu təsirlərə susuzluq, aclıq, yorğunluq, yüksək qızdırma, şoka girmə, yüksək təzyiq daxildir. Bununla yanaşı olaraq şəxsə ciddi səviyyədə psixoloji problemlər yaranmaqdadır. Yüksək miqdarda ekstazi istifadəsi isə ölümə nəticələnməkdədir. Bu ölümə səbəb olan faktor isə çox su itirilməsi və bədən istiliyinin normaldan çox yüksəyə çıxmasıdır (Kalyoncu, 2012). Fərqli formalarda olan dərmanların içindəki ekstazinin dozası təxmin oluna bilinmir. Buna görə də hər dərman bir doza olaraq qəbul edilir. Davamlı istifadədə isə şəxslərin gündəlik iyirmi dərman (doza) qəbul etdiyi görülməkdədir. Dərmanı qəbul etdikdən sonra təsirlər iyirmi dəqiqə ilə bir saat arasında ortaya çıxmaqdadır. Eyni zamanda bu təsirlər dörd və altı saata qədər davam etməkdədir. Ekstazi dərmanlarının üzərində cizgi film qəhrəmanlarının simvolları vardır. Bunun səbəbi daha kiçik yaşda olan, ekstazi istifadə etmə ehtimalı çox olan şəxsləri maddə istifadəsinə təşviq etməkdir. Ekstazi istifadəçilərinin yaşadığı bir digər vəziyyət də çənənin qeyri-iradi dartılması və dişlərin sıxılmasıdır. Bu səbəbə bağlı olaraq da çənə və dişlərdə ağır bir ağrı ortaya çıxmaqdadır (Ercan, 2010).

Efedron. Efedronun kустar yolla xüsusi emal edilməklə hazırlanmış maddədir. Efedronu qəbul etdikdən 30 saniyə - 2 dəqiqə sonra sərxoşluğun birinci mərhələsi müşahidə olunur və ilk növbədə

xəstə baş nahiyədə “qarışqaların sürünməsinin”nin hiss edir, yüngül üşütmə, ətraflarında arabir sancma müşahidə olunur. Xəstələrin bədənindən bir neçə dalğa qalxır. Sərxoşluğun 2-ci mərhələsində depersonalizasiya və derelizasiya əlamətləri, bədənin qəribə yüngüllüyü müşahidə olunur, bəzən “bədən heç hiss olunmur”, ətraf mühit parlaq və canlı görünür. Efedronun birdəfəlik qəbulu nəticəsində onun narkotik təsiri 2-3 saat çəkir, bundan sonra ümumi zəiflik, yuxuculluq, əhvalın pozulması, qıcıqlanma, dəri örtüklərinin solğunluğu, dodaqların göyərməsi müşahidə olunur.

Kokain. Cənubi Amerikada yetişən *Erythoxylon Coca* bitkisindən əldə edilir. Bu maddə yerli xalq tərəfindən təbii halı ilə 15 yüzillikdən çox müddətdir ki, istifadə edilməkdədir. 1880- ci illərdə tibbi istifadəsi başlanmışdır və hələ də bəzi cərrahi əməliyyatlarda istifadə edilməkdədir. Kokain də mərkəzi sinir sisteminə təsir edərək psixostimulyator təsiri göstərir. Kokain ağ rəngli, toz şəklində bir maddədir. Əksər hallarda buruna çəkilərək istifadə edilir. Satış qiyməti yüksək olduğu üçün əksər hallarda ekonomik statusu yüksək olanların istifadə etdiyi bir maddədir. Asılılıq yaratma təsiri çox yüksəkdir. Tək bir istifadədən sonra belə asılılıq yarada bilər. Kokain istifadə edildiyində şəxsi canlandırır, enerji verir. Lakin bu təsirləri qısamüddətli və bir saat sonra yox olmaqdadır. Təsirlər yox olduqdan sonra 15-16 saat müddətində abstinent sindromunun göstəriciləri ortaya çıxır (Ögel, 2012). Kokainin mərkəzi sinir sisteminə təsiri nəticəsində dofamin, noradrenalin və serotoninin sinaptik səviyyəsi yüksəlir. Kokaindən xroniki olaraq sui istifadə edildikdə dofaminin ifrazı tükənir, onun baş beyində səviyyəsi azalır və bununla əlaqədar neyrotransmissiya tormozlanır, nəticədə isə kokainə qarşı tolerantlıq artır və abstinent sindromu əmələ gəlir.

Nikotin. Tütünün orjinal maddəsi olub, tünd rəngli bir maye olub acı bir zəhərdir. Tütün stimulyatorlar qrupuna aid olub, siqaret şəklində çəkilərək və yarpaqları çeynənərək bütün dünyada geniş şəkildə istifadə edilməkdədir (Kulaksızoğlu, 2014). Nikotin beyində serotonin ifrazını artırır və 90-120 dəqiqə istifadə edilmədiyində abstinent sindromunun xüsusiyyətləri ortaya çıxır. Bu xüsusiyyətlərə əsəbilik, gərginlik, yuxusuzluq, baş dönməsi, titrəmə, təzyiqin düşməsi, əzələ tutması daxildir. Nikotin şiddətli asılılıq yaradır. Siqaret çəkənlərin 20 faizinin nikotin asılısı olduğu, çoxunun siqareti tərgitməyə cəhd etdiyi, lakin 15 faizdən az bir qisminin müvəffəqiyyətli olduğu bildirilmişdir. Gündə iki paket siqaret çəkənlərdə ölüm səviyyəsi çəkməyənlərə nisbətən iki qat artmaqdadır. Siqaret çəkənlərin 50 faizi, çəkməyənlərin isə 25 faizi 75 yaşından öncə ölməkdədir (Wolf PA, D’Agostino RB, Kannel WB, 1988).

Depressantlar. Depressantlar barbituratlar (yuxugətirici) və benzodiazepinlər (sedativ) olmaqla iki qrupa bölünür. Barbituratlar və benzodiazepinlər qəbul edildiyi zaman eyni təsirə malikdirlər, lakin aşağı dozada sakitləşdirici, yüksək dozada isə hipnotik təsir göstərir. Bu maddələrin kimyəvi quruluşları fərqlidir, lakin göstərdiyi təsirlər və tətbiq sahələri oxşar olduğuna görə eyni qrupa daxildir. Maddələrin oxşar təsirlərinə şəxsi sakitləşdirərək narahatlığı azaltması və daha sonra yuxunu asanlaşdırması daxildir. Sakitləşdirici və hipnotik maddələr sui-istifadəyə meyillidir və əlavə olaraq asılılıq riski də daşıyır. Buna görə də bu maddələri qəbul edərkən mütləq şəkildə şəxsə nəzarət lazımdır. Xüsusilə də maddə istifadəsi pozuntusu olan şəxslərdə bu qrup maddələrdən sui-istifadə riski daha da artır (Şahiner, 2019).

Barbituratlar. Əks təsirləri çox olan maddələrdir. Təsiri qısa olan barbituratlar anesteziya üçün, təsiri uzun olan barbituratlar isə epilepsiyanın müalicəsində istifadə edilir. Yüksək dərəcədə asılılıq yaradan bu maddələri qəbul etdikdən 12-16 saat ərzində abstinensiya sindromunun simptomları özünü göstərməyə başlayır. Aşağı dozada qəbul edildikdə əzələlərdə boşalma başlayır. Lakin daha yüksək dozada qəbul edildikdə isə nitq pozuntusu, yerimə zamanı çəşqinlik, qeyri-iradi əzələ hərəkətləri, təfəkkür qabiliyyətinin pozulması ortaya çıxır. Yuxugətirici maddələr həm fiziki olaraq, həm də psixoloji olaraq asılılıq yarada bilər. Davamlı istifadəçidə maddə istifadəsini dayandırdığı zaman yuxusuzluqdan ölümə əlaqəli təşviş yaşama halına qədər vəziyyət baş verə bilər.

Benzodiazepinlər. Bu maddələr də sui-istifadə olunan narkotik qrupları arasında yer alır. Benzodiazepin törəmələri trankvilizator, antidepressant, sedativ analjezik, anksiyolitik kimi geniş təsir spektrinə malikdir. Benzodiazepin asılılığı inkişaf və mexanizm baxımından alkoqol asılılığına çox oxşayır. Abstinensiya sindromu göstəricilərində aqressiya, yuxusuzluq, iştahsızlıq, qavrayış pozuntusu və tərləmə müşahidə edilir. Davamlı olaraq istifadədə isə asılılıq yaradır (M.E.B., 2011).

Asılılıq yaradan maddələrin müxtəlif növləri vardır. Asılılıq yaradan maddələr ümumi olaraq bu kateqoriyalara bölünmüşdür: alkoqol, kafein, kannaboidlər, hallüsinogenlər, uçucular, opioidlər, nikotin, stimulyatorlar, depressantlar. Qeyd edilən kateqoriyaların hər birinə də fərqli növdə psixoaktiv maddələr daxildir. Bu maddələrin hər birinin orqanizmdə göstərdiyi təsirlər fərqlidir. Eyni zamanda bu maddələrin qəbulunun dayandırıldığı zaman da yaranan abstinensiya sindromunun simptomları fərqlilik göstərməkdədir. Bəhs edilən bütün bu psixoaktiv maddə növləri göstərdiyi təsirlərə rəğmən şəxslər tərəfindən istifadə edilməkdədir. Bu maddələrdən istifadə

etməyə başlamağa bir çox amillər təsir etsə də, istifadənin davam etdirilməsində psixoaktiv maddənin göstərdiyi təsirin böyük rolu vardır.

1.1.2. Maddə asılılığının yaranmasında risk faktorları

Şəxsin narkotik maddəni ilk dəfə istifadə etməsində bir çox müxtəlif faktorlar rol oynayır. İstifadəçinin məqsədi həzz almaq, yaşadığı problemlə prosedən qurtulmaq yaxud problemlərlə başa çıxma bilməyib bir qaçış yolu olaraq maddəni seçmək ola bilər (Kalyoncu, 2012). Ümumiyyətlə, maddə asılılığının səbəblərini iki başlıq altında toplaya bilərik: sosial faktorlar, psixoloji faktorlar.

Sosial faktorlar. İnsan, sosial mövqedə qurduğu əlaqələr nəticəsində öz sərhədlərini yaradan və bu sərhədlərə görə bir şəxsiyyətə sahib olma qabiliyyətinə məxsus bir varlıq olaraq düşünülə bilər. Bu şəxsiyyətin ona gətirdiyi mənfi və müsbət vəziyyətlər nəticəsində özünəməxsus reaksiyalar verə bilər. Uşaq vaxtı dost qruplarına daxil ola bilmək üçün o qrupun davranışını mənimsəyə bilər. Daha sonra ailəsinə rol model ala bilər yaxud ailəsinə rol model almasa belə, yaranan ailədaxili problemlərdən qaçış olaraq maddəyə yönələ bilər. Buna görə də sosial faktorlardan ilk olaraq ailə başlığının üzərində dayanılacaqdır.

Ailə. Ailə fərdin şəxsiyyətinin və davranışlarının formalaşmasında, olduqca mühim bir rola malikdir. Biz əgər maddə asılı olan şəxslərin ailələrinə baxsaq, şiddətin çox olduğu, əlaqələrin münaqişəyə səbəb olduğu görülməkdədir. Bu səbəblə gənclərin ailə ilə arasındakı əlaqə faktoru önəmli bir yerə sahibdir. Şəxs bu vəziyyətdə maddənin yaratdığı təsirini münaqişələrin olduğu real həyatdan daha üstün tutmaqdadır. Valideynlərin, qardaş yaxud bacının maddə asılı olmaları ailənin digər gənc fərdlərinə də təsir etməkdədir. Bu mövqedə valideynlərə uşaq və gənc fərdlərə rol model olmasının vacibliyi bildirilməlidir. Valideynlərdən birinin asılı olması vəziyyətində uşaqların asılı olma ehtimalı, asılı olmayan valideynlərin uşaqlarına nisbətən üç və ya dörd qat daha çox olduğu tapılmışdır. Asılılıq vəziyyətinin genetiklik baxımından 58% ola biləcəyi də ifadə edilmişdir (Kalyoncu, 2012). Maddə asılılığı hər yaş qrup şəxslərdə müşahidə edilməkdədir. Statistikalara baxsaq, fərdlərin 60 faizinin 19-25 yaş arasında narkotik maddəyə başladığını görürük (Ögel, 2014). Digər tərəfdən isə valideynlərin şiddətli anlaşmazlığı səbəbindən də gənclərin maddə istifadəsi davranışının artdığı görülmüşdür. Bu nöqtədə gənclərin bir qaçış ehtiyacı üçün girmələri nəticəsində ailə ilə olan əlaqələri zəifləyərkən maddəyə olan tələbat daha da güclənir, artıq maddə şəxs üçün həzz qaynağından bir ehtiyaca çevrilir (Yaman, 2014). Ailənin təsirindən əlavə olaraq şəxsin sosial çevrəsi də maddə istifadəsinin artmasında önəmli rol oynaya bilər.

Dost qrupları. Xüsusilə yeniyetmə şəxslərin dost qrupları daha çox məktəb dostlarından ibarətdir. Dost çevrəsi şəxsin geyim tərzindən dinlədiyi musiqi növünə qədər bir çox faktorun formalaşmasında önəmli rola sahibdir. Bununla yanaşı, dost çevrəsi şəxsi maddənin sui-istifadəsinə də yönləndirə bilməkdədir. Biz bunu Banduranın sosial öyrənmə nəzəriyyəsi ilə də əlaqələndirə bilərik. Yeniyetməlik müddətində şəxsin bir qrupa daxil olmanın, həmin qrupa aid hiss etməsinin çox böyük əhəmiyyəti vardır. Bundan əlavə olaraq həmin qrupda yer almaq üçün qrupun özünəməxsus qaydaları olur və şəxsin bu qaydaları qəbul etməsi şərt olur. Əks halda gənc qrupa qəbul edilmir. Əgər maddə istifadəsi həmin qrupa daxil olmanın bir yolu olaraq seçilibsə, gənc fərd maddə istifadəsinə başlaya bilər və irəliləyən günlərdə maddə asılısı halına gələ bilər (Karataşoğlu, 2013). Bununla yanaşı olaraq yeniyetmə gələcəkdə iş tapma ehtimalı və digər qeyri-müəyyənliklər nəticəsində gərginlik və narahatlıq hiss edir, bu hissədən qurtulmaq və rahatlaşmaq üçün maddə istifadəsinə baş vurur. Aparılan araşdırmalara görə boş vaxtlarını idman və sənət kimi müxtəlif maraq sahələrində keçirən gənclərin maddə istifadəsinə meyillərinin bunlardan uzaq olanlara nisbətən daha aşağı olduğu müəyyən edilməkdədir (Uzbaş, 2009). Bu nöqtədə xüsusilə uşaq və yeniyetmə fərdlərin dost əhatəsi maddənin sui-istifadəsinin qarşısının alınmasında vacibdir. Sosial mühitin yönləndirmələrinə meyilli olan fərd, yeniyetməlik dövrünün də təsiri ilə qeyri sağlam qərarlar verə bilməkdədir.

Medianın təsiri. Asılılıqla mübarizə ilə bağlı mediada həssaslıq olmadığı üçün, bunlar asılılığın yayılmasına mənfi təsir göstərir. Kütləvi informasiya vasitələrində qəhrəman kimi təqdim edilən insanlar mənfi rol modelləri yaradır və fərdlərin şəxsiyyət çətinliyi yaşamasına səbəb olur. Narkotik və siqaretin filmlərdə yaxud digər vasitələr vasitəsilə göstərilməsi və təşviq edilməsinin istifadə tezliyinə təsiri məlumdur. Hazırlanmış məzmun reallıq qavrayışını yaradaraq həvəsləndirici şəkildə təqdim olunur. Bu məzmunlar yeniyetmələrin diqqətini çəkir və zamanla normallaşır.

Əlçatanlıq. Maddənin asan əldə edilməsi ilk dəfə narkotik istifadəsini stimullaşdırma təsirini göstərir. Siqaret çəkənkərin sayının mariyuana istifadə edənlərdən, mariyuana istifadə edənlərin sayının isə kokain istifadə edənlərin sayından çox olması bu fikri dəstəkləyən faktdır.

Psixoloji faktorlar. Özünü cəmiyyət içində qəbul etdirə bilməyən, getdikcə yalnızlaşan şəxs narahatlığının azalması üçün müxtəlif müdafiə mexanizmləri yaradır. Anadan ayrılıq, cəmiyyətin şəxsi yalnızlaşdırması, şəxsin sevgisizlik qarşısında hiss etdiyi narahatlıq onu psixoaaktiv maddə istifadəsinə yönəldir və şəxs bu problemlərlə ancaq bu yolla başa çıxmağa bilər. Həzz verici fəaliyyətlər

olaraq qəbul edə biləcəyimiz psixoaktiv maddələr şəxsi həyatın çətinliklərindən qorumaqda, hiss edilən ağrıları dayandıra bilməkdə, narahatlıq duyğularını basdırmaqda və bu yolla həzz yarada bilməkdədir (Ögel, 2017). Şəxsiyyət xüsusiyyətləri də maddə istifadəsinə təsir edən faktordur. Ətraf mühit şəraitinin psixi vəziyyətlərə mənfi təsir göstərməsi və depressiyaya səbəb olması sağlam olmayan psixoloji quruluşa malik olan gəncləri daha asan zərərli təsirlərə aparmaqdadır. Şəxsi səbəblər arasında ağıla gələ biləcək olan özünü ifadə edə bilməmə, sevgisiz mühit, məqsədsizlik, ümitsizlik kimi vəziyyətlər psixoaktiv maddə asılılığına səbəb olur (Tobanmay, 2018).

Ümumiyyətlə şəxsin psixoaktiv maddəni ilk dəfə istifadə etməsində bir çox müxtəlif faktorlar rol oynayır. Bunlara psixoloji və sosial faktorlar daxildir. Sosial faktor dedikdə ilk olaraq ailəni misal göstərə bilərik. Çünki şəxs ilk olaraq ailəsini rol model göstərə bilər yaxud ailəsini rol model almasa belə, ailədaxili problemlərdən qaçış olaraq maddəyə yönələ bilər. Əlavə olaraq sosial faktorlara dost qruplarını, sosial şəbəkənin təsirini misal göstərə bilərik. Psixoloji faktorlar isə şəxsi psixoaktiv maddə istifadəsinə yönəldən və şəxsin öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkdiyi faktorlardır. Bu faktorlara şəxsin yalnızlaşması, sevgisizlik qarşısında hidd etdiyi narahatlıq, şəxsiyyət xüsusiyyətləri daxildir. Bəhs edilən risk faktorlarının da təsiri ilə psixoaktiv maddə istifadəsinə başlayan və bu istifadəni davam etdirərək maddədən asılı hala gələn şəxsə asılılıq ilə yanaşı bir çox psixi pozuntular meydana çıxmaqdadır. Əgər şəxsə yanaşı olaraq psixi pozuntular ortaya çıxarsa bu həm maddə istifadəsinin davam etməsinə, həm də ortaya çıxan psixi pozuntusunun dərəcəsinin artmasına səbəb olmaqdadır. Buna görə də psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxsə həm asılılığın müalicəsi, həm də ortaya çıxan psixi pozuntuların müalicəsi paralel olaraq aparılmalıdır.

1.2. Psixoaktiv maddə asılılığı zamanı yaranan komorbid psixi xəstəliklər

Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə əksər hallarda asılılıq ilə yanaşı komorbidlik də müşahidə edilməkdədir. Ən çox görülən yanaşı pozuntulardan biri də depressiyadır. Depressiya və maddə istifadəsi arasındakı əlaqə mürəkkəbdir və hər pozuntu digərinin klinik gedişatını və müalicəsini dəyişdirir. Depressiya və maddə asılılığının başlanğıc yaşı ümumi olaraq şəxsə görə dəyişiklik göstərməkdədir. Təbii ki, maddə istifadəsinə başlama yaşı həm maddə istifadəsi pozuntusunun, həm də depressiv pozuntunun başlamasından əvvəldir. Depressiyanın növünə və şiddətinə, psixoaktiv maddə istifadəsinin növünə bağlı olaraq çox sayda alt tiplər mövcuddur. Pozuntunun şiddəti simptomların intensivliyindən və pozuntunun digər psixiatrik, tibbi, hüquqi,

sosial, ailə və iş problemlərinə nə dərəcədə təsir etməsindən asılıdır. Psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən şəxslərlə aparılan araşdırmalar nəticəsində həyat boyunca maddə asılılığı ilə bir yerdə major depressiya yaşayan şəxslərin 35% olduğu tapılmışdır (Öner, Tamam, Levent, 2012). Nikotin asılılığı olan şəxslərlə də aparılan araşdırma nəticəsində nikotin asılılığının neyrokimyəvi anormallıqlara səbəb ola biləcəyinə görə, depressiyaya da gətirib çıxara biləcəyi ortaya çıxmışdır. Heroin asılılığında depressiya yayılması Verheul (2001) tərəfindən araşdırılmışdır və heroin asılılığından əziyyət çəkən şəxslərin depressiya və düşmənlik duyğularını idarə etmək məqsədi ilə, öz özlərinə qəbul etdikləri bir növ dərman kimi dəyərləndirilmişdir. Kliniki araşdırmalara əsasən heroin asılılığında depressiyanın görülme səviyyəsi 25% ilə 33% arasındadır (Steer, Emery və Beck, 1980). Heroin asılılığından əziyyət çəkən şəxslərdə depressiyanın ortaya çıxma ehtimalını ölçmək məqsədi ilə aparılan bir digər araşdırmada isə 40 heroin asılılığı olan şəxslərin 35% ilə 50%-də depressiv pozuntu olduğu ortaya çıxmışdır (Evren və Ögel K., 2012). Əlavə olaraq psixoaktiv maddə asılılığı ilə intihar davranışı arasında da korelyasiya olduğu ortaya çıxmışdır. Aparılan araşdırmalara əsasən intihar edən psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə major depressiya komorbid pozuntunun olduğu da aşkar edilmişdir (O'boyle və Brandon, 1998). Türkiyədə aparılan bir araşdırmada alkoqol və psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə travma sonrası stress pozuntusu da aşkar edilmişdir. Bu komorbid pozuntunun görülme sıxlığı isə 31% olaraq ortaya çıxmışdır. Travma sonrası stress pozuntusu aşkarlanan psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə ən çox rastlanılan komorbid pozuntunun depressiya olduğu da bildirilmişdir (Kural S., 2004). Pelissier və Oneil (2000) tərəfindən 467 kişi və 142 qadınla edilən bir araşdırmada ortaya çıxmışdır ki, qəbul edilən psixoaktiv maddə növünün sayı artdıqca depressiya dərəcəsi də mənalı bir səviyyədə artır. Xüsusilə kişilərdə psixoaktiv maddə növünün sayı ilə depressiya arasında korelyasiya vardır. Aparılan araşdırmalar psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə müxtəlif faktorların depressiyanın ortaya çıxmasına təsir etdiyini göstərmişdir. Məsələn, heroin asılılığı olan kişilərlə aparılan araşdırmanın nəticəsinə görə, asılılıqdan əziyyət çəkən şəxs ilə yaşayan bir asılı şəxsin, asılılıqdan əziyyət çəkməyən biri ilə yaşamayana nisbətən; işsiz kişilərin işləyənlərə nisbətən; daha əvvəl psixoaktiv maddə asılılığı müalicəsi alanların isə, müalicə almayanlara nisbətən daha çox depressiv simptom göstərdikləri ortaya çıxmışdır. Nəticə olaraq heroin asılılığı olan şəxslərdə işsizlik, asılılıqdan əziyyət çəkən biri ilə yaşama və əvvəl aldığı müalicənin müvəffəqiyyətlə nəticələnməməsi depressiv simptomları artırmaqdadır (Steer, Emery və Beck, 1980).

Psixoaktiv maddə asılılığı ilə bir yerdə çox görülən komorbid pozuntulardan biri də təşviş pozuntusudur. Aparılan araşdırmalarda maddə asılılığının təşviş üzərində bir təsiri olduğu ortaya çıxmışdır. Əlavə olaraq maddə asılılığı zamanı abstinent sindormu yaşayan şəxslərdə kəskin olan mərhələyə diqqət edərək araşdırma aparılmışdır. Maddə asılılığını abstinent sindromunun kəskin mərhələsində təşviş pozuntusu, yuxusuzluq, titrəmə, gərginlik hissi, hüzursuzluq kimi göstəricilər ortaya çıxmaqdadır. Xüsusilə təşviş pozuntusu və yuxu pozuntusu kimi göstəricilər abstinent sindromunun ilk günündən başlayaraq həftələr yaxud aylar boyunca davam etməkdədir. Kushner və dostları (2000) təşviş pozuntusu ilə maddə asılılığı probleminin komorbidliyini və cəmiyyətdə rast gəlmə tezliyini araşdıran ədəbiyyatları gözdən keçirərək bu məlumatları vermişlərdir: maddə istifadəsi pozuntusu olan şəxslərdə aqorafobiya 2.4%; panik pozuntu 2.4%; obsessiv-kompulsiv pozuntu 2.7% nisbətində görülməkdədir. Təşviş pozuntusu ilə bağlı çalışmalarda yetişkinlərdə 1.5% nisbətində yaşam boyunca təşviş pozuntusu görülmüşdür, hansı ki, bu şəxslərin 36%-də psixoaktiv maddə istifadəsi də vardır. Psixoaktiv maddə istifadəsi olan şəxslərdə təşviş pozuntusu olma riski ümumi populyasiyaya nisbətən 2.4 dəfə daha çox olaraq görülmüşdür.

Təşviş pozuntusu və depressiyadan əlavə olaraq psixoaktiv maddə istifadəçilərində dissosiativ pozuntular da görülməkdədir. Psixoaktiv maddə asılılığı erkən dövrdə başlayan şəxslərdə dissosiativ pozuntu görülmə ehtimalı daha çoxdur və şiddətlidir. Catherine və dostlarının (2012) apardığı araşdırmada 100 psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxsə 39% dissosiativ pozuntu aşkarlanmışdır. Karadağ və dostlarının isə 2005-ci ildə 215 alkoqol və psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslər üzərində apardığı araşdırmada 17.2% nisbətində dissosiativ pozuntu aşkarlanmışdır. Komorbid pozuntular arasında müşahidə olunan bir digər pozuntu isə bipolyar pozuntudur. Mirin və dostları (2003) on il boyunca 350 psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən şəxslərdən topladığı məlumatlarla apardığı araşdırmada 4% bipolyar pozuntu aşkar etmişlərdir. Bipolyar pozuntusu olan psixoaktiv maddə istifadəçilərində şəxslərin 32%-də manik dönmənin daha üstün olduğu, 10%-də isə depressiv dönmənin daha üstün olduğu da göstərilmişdir (Hill və Muka, 2015). Psixoaktiv maddədən uzun müddət və davamlı istifadə edən şəxslərdə psixotik pozuntular da görülməkdədir. Bu şəxslərlə aparılan araşdırmalar əksərən şizofreniya şizofreniya xəstələri üzərində aparılmışdır. Bu iki diaqnoz birlikdə olduqda şəxs üçün daha ağır bir vəziyyət hal alır. Şəxsin psixoaktiv maddə istifadəsinə bağlı olaraq hallüsinasiyaları yaranmağa başlayır. Lakin psixoaktiv maddə asılılığına əlavə olaraq yaranan şizofreniya xəstələrinin, maddə asılılığına yönəlmiş müalicə alma ehtimalının daha aşağı olduğu bildirilmişdir (Soyka, 2016). Bu iki diaqnoz birlikdə olduğunda şizofreniyanın pozitiv simptomları olan sayıqlamalar və

hallüsinasiyalar maddə istifadəsinin sıxlığını artırır bilərlər. Marixuana istifadəsinin də şizofreniyanın pozitiv süimptomlarının artmasına səbəb olduğu aşkarlanmışdır. Genetik olaraq şizofreniya xəstəliyi olan şəxslərdə psixoaktiv maddə istifadəsi psixotik pozuntuların daha erkən ortaya çıxmasına səbəb olmaqdadır (Catherine, 2012). Komorbid olaraq şizofreniya pozuntusu olan xəstələrin sadəcə psixoz vəziyyəti ilə maraqlanıldığından psixoaktiv maddə istifadəsi əksərən gözdən keçirilməkdədir. Bu səbəblə də psixoz vəziyyəti daha da ağırlaşmaqdadır (Gredner, 2012).

Psixoaktiv maddə asılılığı olan xəstələrin maddə istifadəsinə bağlı olaraq şəxsiyyət pozuntusu diaqnozu qoyulması yüksək ehtimaldır. Əlavə olaraq yataraq müalicə alan psixoaktiv maddə istifadə edən xəstələrdə görülən şəxsiyyət pozuntusu nisbətinin yataraq müalicə almayanlara görə daha yüksək olduğu bildirilməkdədir (Brady, 2014). Cinsiyyətlər arasında komorbid pozuntu olaraq şəxsiyyət pozuntusu diaqnozu baxımından fərq müşahidə edilməyən araşdırmalarla bərabər, maddə istifadəsi pozuntusu olan qadın xəstələrdə borderline şəxsiyyət pozuntusu, kişi xəstələrdə isə antisosial şəxsiyyət pozuntusu ən çox rastlanılan psixiatrik diaqnozlardan biri olmaqdadır (Brandy 2014). Verheul və dostları 25 araşdırmanı gözdən keçirmişdirlər və psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkmiş şəxslərdə hər hansı bir şəxsiyyət pozuntusunun ortalama yayılma nisbətini 61% olaraq tapmışlardır. Eyni zamanda alkoqol asılılığı olan şəxslərdə bu nisbət 44% olaraq görülmüşdür. Rounsaville və dostları maddə istifadəsi pozuntusu üçün müalicədə iştirak edən heterogen bir kliniki çalışmada ən az bir şəxsiyyət pozuntusu diaqnozunu 57% nisbətində tapmış və ən çox görülən şəxsiyyət pozuntusunun xüsusilə antisosial şəxsiyyət pozuntusu (27%) və borderline şəxsiyyət pozuntusu (18.4%) olmaq üzrə B qrupu (45.7%) şəxsiyyət pozuntusu olduğunu aşkar etmişdirlər. Skinstad və Swain araşdırmalarında şəxsiyyət pozuntusu nisbətini kokain sui istifadə edən şəxslərdə 30% ilə 75% arasında, opioid sui istifadə edən şəxslərdə 68% ilə 80% arasında dəyişdiyini, bir neçə maddə sui istifadə edən şəxslərdə isə təxminən 90% olduğunu bildirmişdirlər.

Psixoaktiv maddələrin əksəriyyətinin qanunsuz olması və bununla bərabər suça yönəlmiş həyat tərzi antisosial şəxsiyyət pozuntusunu ilk və ən çox araşdırılan şəxsiyyət pozuntusu etmişdir (Caciola, 2013). Amerika Milli Psixi Sağlamlıq İnstitutunun apardığı epidemioloji sahə araşdırmasında antisosial şəxsiyyət pozuntusu xaricindəki şəxsiyyət pozuntusunu dəyərləndirməyə almamışdılar. Ümumi cəmiyyət arasında aparılan bu araşdırmanın nəticəsinə görə antisosial şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslərin çoxunda (84%) həyat boyu maddə istifadəsi pozuntusu aşkarlanmışdır. Alkoqol istifadəsi pozuntusu olan şəxslərdə antisosial şəxsiyyət pozuntusunun

yayılma göstəricisi 14.3% ikən, bu göstərici maddə istifadəsi pozuntusu olan şəxslərdə 17.8% olaraq tapılmışdır. Maddə istifadəsinə bağlı olaraq şəxsiyyət pozuntusu olan xəstələrdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu göstəricilərini dəyərləndirən araşdırmalar bu göstəricinin 25% ilə 50% arasında dəyişdiyini aşkar etmişdirlər. Bu araşdırmalarda maddə asılılığı olan şəxslərdə ən çox görülən həyat boyu diaqnoz antisosial şəxsiyyət pozuntusu olmuşdur. Ümumi olaraq araşdırmalara nəzər yetirdiyimiz zaman antisosial şəxsiyyət pozuntusu ən çox istifadə edilən maddə heroin olan xəstələrdə aşkar edilməkdədir. Opioid istifadə edən şəxslərdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu 23% ilə 73% arasında dəyişməkdədir (Pelissier və O'neil, 2015). Maddə istifadəsi pozuntusu olan kişi xəstələrdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu yayılma göstəricisi qadın xəstələrə görə iki qat daha çoxdur. Psixoaktiv maddə istifadəsinə bağlı olaraq yaranan şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslərdə, simptomların daha şiddətli ortaya çıxdığı da aşkarlanmışdır. Araşdırmalarda, antisosial şəxsiyyət pozuntusu olan alkoqol asılısı şəxslərin asılılığının erkən yaşlarda inkişaf etdiyi, alkoqolla bağlı müalicə axtarışının erkən yaşlarda olduğu bildirilməkdədir. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu və həyat boyu major depressiya komorbid pozuntusu yüksək göstəricidə tapılmaqdadır. Cecero və dostları maddə asılılığına bağlı olaraq yaranan şəxsiyyət pozuntusu olan xəstələrdə apardıqları araşdırmada həyat boyu depressiya diaqnozu qoyulmuş antisosial şəxsiyyət pozuntusu olan xəstələrin depressiyası olmayanlara görə psixiatrik baxımdan izləmə zamanı daha çox yaxşılaşma göstərdiyini bildirmişlərdir. Borderline şəxsiyyət pozuntusu maddə asılılığı olan şəxslərdə sıxlıq baxımından ikinci sırada yer almaqdadır və bu göstərici 10% ilə 30% arasında dəyişməkdədir. Dulit və dostları isə maddə istifadəsi pozuntusu və borderline şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslərin borderline şəxsiyyət pozuntusu olmayanlara görə çox daha geniş ölçüdə psixoaktiv maddə sui istifadə etdiyini bildirmişlərdir. Araşdırmalarda borderline şəxsiyyət pozuntusu olan maddə asılılığı olan şəxslərin olmayanlara görə daha çox problem yaşadıkları, daha çox simptomun ortaya çıxdığı tapılmışdır (Marlatt, 1994).

Psixoaktiv maddə istifadəçilərində əksər hallarda yanaşı olaraq depressiya və təşviş pozuntusu yaranmaqdadır. Maddə istifadəsinin artımı bu pozuntuların səviyyəsinin də artmasına gətirib çıxarır. Depressiya və təşviş pozuntusunun simptomları şəxsə maddə istifadəsini dayandırmaq üçün çətinliklər törədir. Buna görə də psixoaktiv maddə asılılığından, eyni zamanda maddə istifadəsinə bağlı olaraq yaranan depressiya və təşviş pozuntusundan əziyyət çəkən şəxslərin reabilitasiya prosesində psixoterapiyalar tətbiq edilməkdədir.

1.2.1. Maddə asılılığı zamanı yaranan depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılmasında istifadə olunan psixoterapiya növləri

Müasir dövrdə psixoterapevtik müalicə üsulları psixoaktiv maddələrdən asılılığın müalicəsində əsas terapevtik metodlardan biri sayılır. Təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, psixoaktiv maddələrdən sui-istifadə nəticəsində xəstələrin orqanizmində formalaşan bioloji dəyişikliklər geridönülməzdir. Bu nöqtəyi-nəzərdən narkotik vasitələrdən asılılıq xronik xəstəlikdir. Lakin uzun müddətli müalicə nəticəsində psixoloji olaraq xəstələr tam şəkildə sağala və xəstəlik nəticəsində pozulmuş sosial münasibətlərini bərpa edə bilirlər.

Psixoaktiv maddə asılılığı bir xəstəlik olaraq dəyərləndirilməlidir. Müxtəlif maddələr fərqli psixi, fiziki və sosial fəsadlara səbəb ola bilməkdədir. Hər nə qədər qəbul etmək istəməsə də, şəxsin istifadə etdiyi maddənin təsirlərini başa düşməsi təmin edilməli və maddə asılılığının müalicə edilə biləcək bir xəstəlik olduğu açıqlanmalıdır. Maddə istifadə edən şəxslər əksər hallarda asılı olduqlarını qəbul etməməkdədirlər. Buna görə də, müalicə olmağa və maddə istifadəsini tərgitməyə də çox istəkli olmaya bilirlər. Bu mövzuda şəxs ilə mübahisəyə girmədən, zamanla onun verdiyi məlumatlar və dediyi sözlər ilə ziddiyyət təşkil etmədiyini başa düşməsi təmin olunmalıdır. Şəxsin psixoaktiv maddə istifadəsi probleminin olduğunun fərqiində olub, qəbul etməsi yaxşılaşmanın başlanğıc nöqtəsini təşkil etməkdədir. Şəxs əksər hallarda istədiyi vaxt maddəni tərgidə biləcəyinə inanmaqdadır. Bəzən şəxsin maddə istifadəsini tərgidə biləcəyinə olan inancı dəstəklənə bilər və dəyişmə bu yolla yönləndirilə bilər (Ögel, Taner və Yılmazçetin, 2012).

Əminliklə demək olar ki, psixoterapiyasız kimyəvi asılılıqda uzunmüddətli nəticə əldə etmək çox çətinidir. PAM-dən istifadə edən şəxslər bu maddələrin qeyri- konstruktiv, zərərli olduğunu şüurlu formada anlayır, lakin onsuz bacarmır. Bu məqamların pasientlərdə olması psixoterapevt üçün əngəllər yaradır. Bəzən xəstələr hesab edirlər ki, psixoloq və həkimlər onlara nifrət edir, yada yazığı gəlir, və buna görə onlarla qarşılaşmaq istəmirlər. Çətin məqamlardan biri, əlbətdəki, psixoloji müdafiəni qırmaq, müqaviməti azaldmaqdır; onlarla inandırıcı, səmimi söhbətin yaranması və empatik ünsiyyət ən əsas vəzifədir. Azonoqnoziyanın olması, yəni öz xəstəliyini inkar etmək, özünü sağlam hesab etmək daha böyük çətinliklər yaradır. Xəstəni müalicəyə motivasiya etmək psixoterapevtin ikinci məqsədidir. İnsan özü asılılıqdan “yaxa qurtarmaq istəməsə” onu heç kəs məcburi olsa belə müalicəyə vadar edə bilməz. İnsan özü, əlbəttə ki, psixoloqun köməyi ilə psixoloji asılılıqdan azad ola bilər. Onun hər tərəfli pis cəhətlərini öyrənərək, PAM uzaqlaşa bilər. Asılı insana kömək olmaq üçün əlbəttə ki, onun anamnezini dəqiq

öyrənməkdən başlamaq lazımdır. Travmatik vəziyyətləri aşkar edərək, onların kökündən yox edərək, yəni yenidən onlar üzərində işləyərək, o fikirləri qeyri-adaptiv formadan adaptiv formaya keçirərək biz bir nəticə əldə edə biləcəyik. Buraya həm də şəxsiyyətinin strukturunu, psixi funksiyalarının xüsusiyyətlərini öyrənmək lazımdır. Uşaqlıqda, yeniyetməlikdə bütün baş vermiş hadisələri öyrənərək biz insanı asılılıqdan qurtara biləcəyik. PAM-dən asılılığın səbəbləri bizə qabarıq görünsə də, əslində istifadə etməyə vadar edən fikirlər çox dibdədir. PAM-dən istifadə edən şəxslərdə dayanıqlı davranış stereotipləri formalaşır ki, bunları da pasientin həyatından uzaqlaşdırmaq lazımdır.

Psixoaktiv maddə istifadə edən şəxslər digər şəxslər tərəfindən kənarlaşdırılacağına və özünə kifayət qədər dəyər verilməyəcəyinə inanırlar. Bu vəziyyət maddə asılılığı olan şəxslərin özlərinə olan güvənlərini azaldır, sosial əlaqələrinə təsir edir və şəxsin qaçınma davranışı göstərməsinə səbəb olur (Link, Rahav, Phelan və Nuttbrock, 1997). Maddə istifadəçilərinə qarşı yaranan mənfi münasibətin, problemi mənfi istiqamətdə təsir etdiyi bilindiyi üçün ilk olaraq maddə asılılığı ilə işləyənlərin bu şəxslərə xələl gətirmədən yaxınlaşması müalicənin müsbət istiqamətə irəliləməsi baxımından önəmlidir. Şəxsin maddə istifadəsini tərgitməsində şəxsi xüsusiyyətləri ilə yanaşı, ailəsi və sosial çevrəsinin də olduqca önəmli olduğu unudulmamalıdır (Köknel, 2014). Şəxsin yaxşılaşmaq üçün istəkli olması; ailə və sosial çevrəsinin də şəxsə dəstək olması müsbət irəliləmə baxımından çox önəmlidir. Şəxsin müalicə prosesində ailə üzvlərinin də iştirakının təmin edilməsi, ailə üzvlərinin asılılığın və müalicə prosesinin gedişatı və nəticələri haqqında məlumatlandırılması və onların dəstəyinin də alınması faydalı ola bilməkdədir (Kalyoncu və Mırsal, 2000).

Psixoaktiv maddə asılılığının müalicəsində iki önəmli faktor vardır. Bunlardan birincisi maddə qəbulunun dayandırılması ilə ortaya çıxan abstinent sindromunun nəzarət altına alınması, digəri isə müalicədən müsbət nəticə alaraq yaxşılaşmış xəstənin maddə istifadəsinə təkrar olaraq cəhd etməsinin qarşısının alınmasıdır. Detoksifikasiya, toksik maddələrin həkim narkoloq nəzarəti altında şəxsin bədənindən qismən çıxarılması prosesidir. Bu proses 12-14 gün müddətində, həkim narkoloqlar və tibb bacıları tərəfindən həyata keçirilir. Bu prosesdən sonra psixoloq görüşü təyin edilə bilər. Detoksifikasiya prosesində əsas məqsədlər toksik maddələrin qismən bədənədən çıxarılması və ağrının aradan qaldırılmasıdır. Detoksifikasiya, psixoaktiv maddə asılılığının müalicəsində ilk mərhələ olaraq dəyərləndirilir. Bu proses bir növ orqanizmi təmizlənmə və terapiyaya hazırlıq mərhələsidir. Bu zaman istifadə olunan maddə tamamilə kəsilir və bu maddənin

əvəzinə daha az fiziki asılılıq yaradan bir maddə verilir və ya kəskin fiziki çəkilmə (abstinent) simptomlarını yüngülləşdirmək üçün bəzi sakitləşdirici dərmanlar verilərək orqanizmin maddədən təmizlənməsi təmin edilir. Bu mərhələ mütləq şəkildə həkim narkoloq nəzarəti altında sisteməlik şəkildə aparılır. Detoksifikasiya prosesində istifadə edilən maddə tamamilə kəsilməkdədir və ya bunun əvəzində daha aşağı səviyyədə asılılıq yaradan bir maddə ya da abstinənt sindromunun daha yüngül keçirilməsini təmin edəcək bəzi dərmanlar verilərək bədənin asılı olunan maddədən təmizlənməsi təmin edilməkdədir (Uzba, 2009). Detoksifikasiya mərhələsi, xəstə ilə müalicə əlaqəsinin gücləndirilməsi və müalicəyə dair motivasiyanın artırılması üçün fürsət yaradan bir prosesdir. Bu mərhələdən sonra xəstənin vəziyyətinin detallı olaraq dəyərləndirilməsi, uzun müddətli müalicə planının hazırlanması, xəstənin müalicə prosesində aktiv iştirakının təmin edilməsi olduqca önəmlidir (Doğən və İlhan, 2013). Bu mərhələ tamamlandıqdan sonra şəxsə təyin olunmuş psixoterapiya metodları tətbiq edilməkdədir. Bu psixoterapiya metodlarına koqnitiv davranış terapiyası, koqnitiv davranış qrup terapiyası, sənət terapiyası, qrup terapiyası, ailə terapiyası, motivasiyaedici görüş texnikası daxildir.

Koqnitiv davranış terapiyası öyrənmə nəzəriyyələrinə əsaslanan, ortaya çıxan dəyişiklikləri qiymətləndirən, şəxsin həyat keyfiyyətini artıran, problem həll etmə bacarıqları qazandıran meta-analitik tədqiqatlarla sübut edilmiş psixoterapiya yanaşmalarından biridir. Koqnitiv davranış terapiyası idrak və davranış nəzəriyyələrinə əsaslanır (Beck, 2018; Türkçapar, 2019). Koqnitiv davranış terapiyasının əsas müddəası emosiyaların və düşüncələrin birbaşa dəyişdirilməsinin çətin olduğudur. Bu səbəbdən koqnitiv davranış terapiyası şəxs üçün çətin və kədərli duyğulara təsir edən davranış və düşüncələri dəyişdirmək üçün duyğular üzərində mərkəzləşməkdədir. Beck tərəfindən 1964-cü ildə hazırlanan koqnitiv modelə görə, bir insanın hadisəyə qarşı verdiyi emosional reaksiya, yaşanan hadisənin şərhindən asılıdır.

Davranışçı yanaşma, maddə istifadəsini şəxsin öyrəndiyi sağlam olmayan bir davranış olaraq açıqlamışdır. Klassik və operant öyrənmə vasitəsi ilə yaşanan hadisələr nəticəsində maddəyə qarşı yaranan müsbət münasibət və maddə istifadəsi arasında əlaqə qurulmaqdadır. Maddə istifadəsinin təkrarlanması ilə bərabər bu öyrənmə möhkəmləndirilməkdədir (Lopes 2021; Liese və Beck, 2022). Bundan əlavə bu öyrənmə zamanı təkə maddənin özü yox, istifadə zamanı ətrafda baş verən hadisələrdə (duyğu, qoxu kimi) maddəni xatırladan stimullaşdırıcılar olaraq əlaqələndirilir. Şəxs bu stimullaşdırıcılarla qarşılaşdığında da maddə istifadəsi düşüncəsi yaranmaqdadır (Hides, 2010). Rahatlama, həzz alma, məmnunluq kimi duyğularla maddə istifadə

tezliyi artdıqca istifadə davranışı güclənir və şəxs üçün maddə istifadəsi müsbət duyğuları yaşamaq üçün tələb olunan münasibət olaraq kodlanmaqdadır. Maddənin fizioloji təsirlərinə bağlı olaraq şəxsdə bir müddət sonra tolerantlıq və abstinent sindromu yaranmaqdadır. Bu vəziyyətdə mənfi nəticələrlə qarşılaşan şəxs istifadə sonrasında yaşadığı narahatlıq kimi duyğuların səviyyəsində azalma müşahidə edir. Eyni zamanda şəxs maddə istifadəsini bu mənfi duyğu və düşüncələrlə başa çıxmağa kömək edən bir davranış olaraq görməkdədir. Buna bağlı olaraq yaşanan mənfi vəziyyətlərdə şəxsin maddə istifadəsinə olan ehtiyacı artmaqdadır (Lopes, 2021).

Aaron Beck, maddələrdən istifadə edən şəxslərin oxşar inanc modellərinə və qeyri-funksional düşüncələrə sahib olduğunu bildirmişdir və bu istiqamətdə maddə istifadəsi pozuntuları üçün koqnitiv bir model təklif etmişdir. Koqnitiv nəzəriyyəyə görə maddə istifadə pozuntusu olan şəxslər çarəsizlik, sevilməmə və dəyərsizlik kimi təməl inanclara sahibdirlər. Asılılıq inancları daxili və ya xarici stimullaşdırıcılar tərəfindən aktivləşdirilir. Daxili stimullaşdırıcılar, maddə istifadəsi ilə bağlı bəzi xoş anlara aid xatirələr və ya düşüncələr ola bilər. Xarici stimullaşdırıcılar isə şəxsin diqqətini maddəyə cəlb edən yerlər, insanlar və ya əşyalar ola bilər. Buna görə də bu tip stimullaşdırıcılara məruz qalma, asılılıq inanclarına və bu inanclarla əlaqəli avtomatik düşüncələrə səbəb ola bilər. Stimullaşdırıcılar insanda maddələrdən istifadə etmək istəyi yaradır və insanı maddəni əldə etmək, istifadə etmək üçün bir plan qurmağa məcbur edir (Kouimtsdis, 2007; Liese və Beck, 2022). Koqnitiv-davranış yanaşması ilə idarə olunan maddə istifadəsi pozuntusunun müalicəsində, fərdin asılılıq davranışı ilə bağlı duyğuları, fərdin özü, dünyası və gələcəyi ilə bağlı təməl inancları, fərdin asılılıq davranışına bağlı strategiyaları, asılılıq ilə əlaqəli avtomatik düşüncələr və asılılıq inancları, qarşılaşılacaq problemlər ilə mübarizə strategiyaları davranış və koqnitiv texnikalardan istifadə edilərək ələ alınır (Güven, 2019; Şenyuva və Sungur, 2021).

Ədəbiyyata baxdığımız zaman residivin qarşısının alınması proqramlarının daha çox koqnitiv davranış terapiyası (KDT) vasitəsilə həyata keçirildiyi görülür. Davranış və düşüncəni dəyişdirərək yeni düşüncə və davranış nümunələri yaratmağın residivlərin qarşısının alınmasında effektivliyi həm klinik, həm də eksperimental nəticələrlə nümayiş etdirilmişdir. Koqnitiv inkişaf və sosial inkişaf uzunmüddətli rəsmiyyətdə vacib müəyyənədicilər olduğundan, koqnitiv davranışçı terapiyanın residivlərin sıklığını azaltmaqda və fərdi motivasiyanı artırmaqda xüsusilə təsirli olduğu aşkar edilmişdir (Başabak, 2021). Problem həll etmə təliminin residiv nisbətləri, özünə inam üzərində təsirini görmək üçün aparılan bir araşdırmada, özünə inamını artırmaq üçün tədqiqat qrupuna KDT ilə problem həll etmə təlimi verildi. Araşdırma nəticəsində müəyyən edilib

ki, tədqiqat qrupundakı insanların problemlərin öhdəsindən gəlmək qabiliyyəti artıb. Bu araşdırmalara əsaslanaraq, koqnitiv davranış terapiyasının, xüsusilə problem həll etmə fokuslu müalicələrin, psixoaktiv maddə asılılığı olan fərdlərdə özünə inamı artırdığı və beləliklə də təkrarlanma nisbətərini azaltdığı deyilir (Marlatt, 1994).

Ümumiyyətlə, müalicənin reabilitasiya mərhələlərində ən çox görülən ilk addımlar pasiyent ilə terapevtik əlaqənin qurulmasını əhatə edir. Bu ümumiyyətlə müalicə ilə bağlı mühitin və gözləntilərin yarandığı yerdır. Terapevtik əlaqənin düzgün qurulması üçün bir sıra müddəalar vardır. Bu müddələrin düzgün istifadəsi isə psixoaktiv maddə asılılığı ilə yanaşı depressiya və təşviş pozuntusu müşahidə edilən pasiyentlərdə motivasiyaedici görüş texnikasının tətbiq edilməsi üçün vacibdir.

Empatik/reflektiv dinləmə

Bir çox terapevt pasiyentlərlə münasibətləri inkişaf etdirmək üçün empatik cavablardan və əks etdirici dinləmədən istifadə edir. Terapevt məsləhət vermir, pasiyenti diqqətlə dinləyir və pasiyentin dediklərini yenidən əks etdirərək anlamağa çalışır. Pasiyent emosiyaları göstərsə və ya bildirsə, terapevt bu duyğuları pasiyentə əks etdirir. Məsələn, pasiyent qəzəbli görünürsə, terapevt "Baş verənlərə görə olduqca qəzəbli görünürsən" deyə bilər (Köknel, 2014).

Özünü ifşa etmə

Terapevtlərin terapevtik əlaqələr qurmasının başqa bir yolu da özünü açıqlamaqdır. Terapevt pasiyentə özü haqqında məlumat verməklə ortaq bir nöqtənin olduğunu göstərir. Bu da pasiyentə terapevtin təcrübəli və bacarıqlı olduğunu hiss etməyə kömək edə bilər. Son olaraq, terapevt öz asılılıq və yaxşılaşma hekayəsini danışa bilər.

Dəstəkləyici məsləhət

Dəstəkləyici məsləhətin əsas məqsədi pasiyentə ən çox narahatlıq yaradan məsələləri araşdırmağa imkan verən əlaqə və mühit təmin etməkdir.

Qiymətləndirmə

Pasiyentlərin ilkin qiymətləndirmələri olduqca mürəkkəbdır. Bu qiymətləndirmələr ümumiyyətlə alkoqol və ya psixoaktiv maddə ilə əlaqəli problemlərin nəzərdən keçirilməsini və ümumi xal əsasında bəli/xeyr qərarını verməyi əhatə edir. Digər qiymətləndirmələr daha detallıdır və

istifadənin nəticələri, problemlər və asılılıq, ailə tarixi, tibbi və neyropsixoloji nəticələr və motivasiya vəziyyəti daxil olmaqla müxtəlif sahələrdəki fəaliyyəti ölçür.

Bu strategiyaların əsas məqsədi dəyişiklik üçün zəmin yaratmaqdır. Bu, pasiyentin həssas məsələləri müzakirə edə biləcəyi güvən və qayğı mühitinin yaradılmasını nəzərdə tutur. Qiymətləndirmə, düzgün aparıldıqda, bu mühiti də yaradır və terapevtə müalicə planını tərtib etməyə kömək etmək kimi əlavə üstünlüklərə malikdir (Karataşoğlu, 2013).

Motivasiyaedici Strategiyalar

Müxtəlif yanaşmalar pasiyentin alkoqol və ya psixoaktiv maddələrdən istifadəni davam etdirmək və dayandırmaq motivasiyasını ələ almağa çalışır. Bu strategiyalar aşağıdakılardır:

Qarşıdurma

İnkarnın müxtəlif konseptualizasiyaları onu aradan qaldırmaq üçün bir sıra müxtəlif müdaxilələrə səbəb olmuşdur. "Alkoqol asılısı" və ya "psixoaktiv maddə asılısı" etiketini qəbul etməyi vacib ilk addım hesab edən proqramlar pasiyent ilə üzləşmək üçün aqressiv üsullardan istifadə edə bilər. Terapevt pasiyentin asılılığı və maddə asılılığı ilə bağlı problemlərinə dair sübutları təqdim edərək, pasiyenti "bir probleminin olduğu" mövzusunda inandırmağa çalışır. Bu qarşıdurma formasının məqsədi pasiyentlərin xəstəliklərini qəbul etmələrinə mane olan müdafiə mexanizmini aradan qaldırmaqdır (Wood, 2023).

Öz-özünə qarşıdurmanın videoya çəkilməsi

Burada pasiyentlər sərxoş halda olarkən videoya çəkilir. Daha sonra ayıq olanda, sərxoş halda necə davrandıqlarını göstərən videoonlara göstərilir.

Müdaxilə

Qarşıdurmanın başqa bir forması bəzən müdaxilə adlanır. Burada terapevt potensial pasiyentin ailə üzvləri ilə görüşür və ailə üzvləri, terapevt və pasiyentlərlə görüş təşkil edir. Görüşdən əvvəl terapevt rol oyunundan istifadə edərək ailə üzvlərinə içki və ya maddə istifadəsinin həyatlarında əhəmiyyətli problemlər yaratdığını söyləmək yollarını göstərir. Müdaxilənin məqsədi fərdin müalicəni qəbul etməsinə nail olmaqdır (Tatari, 2021).

Pasiyent mərkəzli və özünü kəşf etmə yanaşması

Pasiyentlərlə analitik əsaslı olmayan bir sıra yanaşmalardan istifadə olunur. Bunlar arasında ilk olaraq Carl Rogers tərəfindən müəyyən edilmiş pasiyent mərkəzli yanaşma yer almaqdadır. Bu yanaşmada, terapevt pasiyentə məqsəd və ya istiqamət qoymur. Burada, əks etdirici dinləmə yolu ilə terapevt pasiyentin öz məqsədlərini və onlara nail olmaq yollarını inkişaf etdirməyə imkan verir. Bu yanaşmada pasiyentlər öz qərarları və hərəkətləri üçün məsuliyyət daşımağa təşviq edilir. Daha çox ekzistensial yönümlü terapevtlər mənə məsələlərinə diqqət yetirirlər. Mənəvi yönümlü terapevtlər mənəvi məsələlərə diqqət yetirə bilirlər. Bu yanaşmalar ümumiyyətlə daha öncə təsvir edilən empatik/reflektiv dinləmə və özünü ifşa etmə metodlarından istifadə edir.

Motivasiyaedici görüş texnikası

Motivasiyaedici görüş texnikası pasiyentərin alkoqol və psixoaktiv maddə istifadəsini dəyişdirmə motivasiyasını artırmaq üçün nisbətən yeni yanaşmadır (Torrecillas, 2015). Bu texnika birbaşa və təhrikedici olsa da, bir çox cəhətdən birbaşa, aqressiv və çox zaman düşməncə olan qarşıdurma yanaşmasının əksidir. Terapevt pasiyentin narahatlıqlarını aşkar edir və əks etdirici dinləmə vasitəsilə pasiyentə alkoqol və psixoaktiv maddə istifadəsi ilə bağlı öz münasibətini dəyişməyə tədrisən kömək edir.

Qrup terapiyası alkoqol və psixoaktiv maddə ilə əlaqəli problemlərin, o cümlədən yanaşı olaraq ortaya çıxan pozuntuların idarə edilməsində müsbət nəticələr verərək günümüzdə istifadə edilməkdədir. Çox güman ki, qrup yanaşmasının populyarlaşmasında seansların qrup halında keçirildiyi Alcoholics Anonymous modeli (1935-ci ildə yaranıb) çox mühüm rol oynayıb. Qruplar eyni zamanda bir çox pasiyentin müalicədə iştirakına imkan verməkdədir. Bundan əlavə, qrup terapiyasının oxşar problemləri olan pasiyentlərin bir birləri ilə mübadilə apararaq empatiya qabiliyyətinin inkişaf etdirməsi kimi üstünlüyü var. Qrup terapiyası qarşılıqlı anlayışı, dəstəyi və dostluğu asanlaşdırır, eyni zamanda maddə asılılığı olan şəxslər arasında əsas müdafiə mexanizmləri olan inkar və qaçışın fərqləndirilməsinə və öhdəsindən gəlməyə imkan verir (Witkiewitz, 2012).

Bir çox psixoloji terapiya metodları qruplar halında tətbiq edilə bilər. Bunlara Oei və Jackson-nın randomizə seçilmiş bir araşdırmada alkoqol asılılığı olan xəstələr üçün faydasını göstərdiyi koqnitiv-davranışçı yanaşmalar da daxildir. Digər nümunələrə sosial bacarıqların mənimsənilməsi qrupları, maddədən sui-istifadənin təsiri və təhlükələri haqqında maarifləndirici qruplar, inadkarlıq təlimi, dostluq və qarşılıqlı yardım dəstək qrupları - Anonim Alkoqol asılılığı

olan şəxslər, Anonim Narkotiklər və ya ailələrə, müəyyən bir iş yerinə əsaslanan qruplar daxildir. Rol oyunu, psixodrama, musiqi və rəqs terapiyası kimi digər fəaliyyətlər qruplar halında həyata keçirilir. Mənəvi dəyişiklik ilə əlaqəli bir çox terapiya da terapevtik təsirləri olduğuna inanılan qrup fəaliyyətləridir.

Dünyanın bir çox yerlərində qruplar qarşılıqlı yardım prinsipinə əsaslanır. Bu qrupların gücü ortaq problemləri və tək bir məqsədi olan fərdləri dostluq, qarşılıqlı anlaşma yolu ilə bir araya gətirməkdən irəli gəlir. Bu qruplar alkoqol problemləri, trankvilizatorların istifadəsi və psixoaktiv maddə asılılığı üçün, eyni zamanda bu maddələrin təsirindən ortaya çıxan komorbid psixi pozuntular üçün ortaq bir yerə çevrilib. Pasiyentlərin qrup terapiyası prosesində yarana biləcək bəzi problemləri öncədən təxmin edə bilmələri üçün pasiyentlərlə öncədən görüşülür və hazırlıq prosesi aparılırsa qrup terapiyası daha effektiv olur (Wingo, 2016).

Qrup terapiyasında qrupun öz dinamik prosesləri terapevtik hesab olunur. Belə qruplar adətən bir müşahidəçinin müşayiəti ilə təlim keçmiş qrup psixoterapevti tərəfindən idarə olunur. Hər seans 60-90 dəqiqə davam edir və sabit bir mövzu yoxdur. Qapalı qruplar adətən 8-12 iştirakçıdan ibarətdir, açıq qruplar isə daha çox iştirakçıdan ibarətdir. Qrup terapiyasının maddədən sui-istifadə edənlər və bu maddənin təsirindən yaranan əlavə psixi pozuntular üçün bir sıra üstünlükləri var. Qruplar pasiyentlərə bir-birindən öyrənmək fürsəti təqdim edərək, oxşar şəkildə təsirə məruz qalan digər şəxslərlə təcrübələrini paylaşaraq ətraf tərəfindən məruz qaldığı “etiketlənmə” hissini azaldır. Bu, zamanla dəyişikliklərin edilə biləcəyi bir dəstək və təşviq mühiti təmin edir.

Qrup mühitində müəyyən əsas terapevtik mexanizmlər müəyyən edilmişdir. Bunlara şəxsiyyətlərarası öyrənmə, katarsis və sosial bacarıqların inkişafı daxildir. Qruplar əlavə olaraq ümid yaratmaq, məlumat mübadiləsini təşviq etmək və rol modelləri təqdim etmək üçün də dəyərlidir (Brady, 2014). Qrup daxilində iştirakçılar həmçinin qrup üzvlərinin dəstəyi və təşviqi ilə özlərini ifadə etmək və ya köhnə münaqişələri həll etmək üçün yeni yollar sınağa bilirlər. Belə vəziyyətlərdə üzvlər qəzəbi ifadə etmənin qorxulu rədd cavabı vermədiyini və ya başqa bir insana qarşı istismar edilmədən müsbət və dostcasına davranmağın mümkün olduğunu görə bilirlər. Bu cür təcrübələr daha sonra qrupdan kənar gündəlik həyatdakı davranışlara da tətbiq edilə bilər.

Psixoaktiv maddə asılılığı və yanaşı olaraq ortaya çıxan psixi pozuntularda tətbiq edilən bir digər terapiya növü də psixodinamik terapiyadır. Psixodinamik terapiya şüurun quruluşu və inkişafı

ilə bağlı müxtəlif nəzəriyyələrə əsaslanır. Son 50 il ərzində müxtəlif psixodinamik terapiya məktəbləri inkişaf etmişdir. Maddə asılılığının müalicəsində bir çox müalicə üsulları sınaqdan keçirilmişdir. Əksər hallarda terapiyanın əsas hədəfi alkoqol və ya maddə istifadəsi deyil, bu davranışa səbəb olan əsas münaqişələrdir. Psixodinamik terapiya daha çox maddə asılılığına mərkəzləşən, digər müalicələrlə birlikdə geniş şəkildə istifadə olunur. Tez-tez maddə istifadəsi ilə əlaqəli psixodinamik münaqişələri və şəxsiyyətlərarası çətinlikləri yüngülləşdirmək üçün müxtəlif strategiyalar hazırlanmışdır. Psixoanaliz, pasiyentin şüuraltına daxil olmaq üsuludur. Bu terapiya adətən uzun müddət çəkir. Son zamanlar daha qısa və daha çox fokuslanmış psixodinamik psixoterapiyalara doğru tendensiya var. Bunlar fərdi və ya qrup şəklində tətbiq oluna bilər.

Ailə terapiyaları da psixoaktiv maddə asılılığında tez-tez istifadə olunan terapiya yanaşmaları arasındadır. Hollandiyada müalicə almaq istəyən marixuana asılılığı olan yeniyetmələr üzərində aparılan bir araşdırmada, ailə terapiyasının marixuana istifadəsi, qanun pozuntusuna yol verən davranışların sayı, müalicəyə müsbət reaksiya vermək üzərində təsirli olub-olmadığı araşdırılıb. Nəticələr ailə terapiyasının marixuana istifadəsinin azaldılmasında təsirli olduğunu göstərir (Chiesa, 2013). Psixoaktiv maddə istifadəçilərinin ən çox qarşılaşdıqları problemlərdən biri də emosiyalarını tənzimləməkdə çətinlik çəkmələridir. Emosiyaları tənzimləyə bilməmək müalicədə residivlərin olmasına səbəb olmaqdadır. Bu mövzuda edilən araşdırmalarda emosiya-tənzimləmə strategiyaları və psixoloji sağlamlığı inkişaf etdirmənin residivlərin qarşısının alınma bildiyini göstərməkdədir (Bowen, 2009).

Psixoterapiyaların effektivliyi ilə bağlı araşdırmalar bütün müdaxilələrin oxşar səviyyələrdə təsirli olduğunu müəyyən etmişdir. Bəzi müalicələrin, xüsusən də koqnitiv davranış terapiyasının digər psixoterapiya metodlarından daha çox fayda verdiyini söyləmək olar, lakin heç bir xüsusi müalicə digərlərindən daha təsirli deyil (Walter, 2015). Asılılıqda istifadə edilən müalicələrin effektivliyi ilə bağlı araşdırmalar, özünə inamın artırılması, emosiya tənzimləmə bacarıqlarının əldə edilməsinin residivlərin sıxlığının tezliyini azaltmaqda uğurlu olduğunu müəyyən etmişdir (Bowen, 2009). Lakin ədəbiyyatlara nəzər saldıqda müalicə proqramlarında bu sahələrin çox az qeyd edildiyini görürük. Gələcək müalicə proqramlarında bu sahələrə diqqət yetirilməsinin daha effektiv nəticələr verə biləcəyi düşünülməkdədir. Psixoterapiyanı başa çatdırarkən psixoterapevtin əsas məqsədi xəstənin “psixoterapevtdən asılılıqdan” müstəqil həyata geri qaytarılmasıdır, çünki o, gələcək həyatının məsuliyyətini öz boynuna götürməlidir

Tətbiq edilən psixoterapiya metodlarına koqnitiv davranış terapiyası, sənət terapiyası, qrup terapiyası, ailə terapiyası, motivasiyaedici görüş texnikası daxildir. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslər qrupunda aktiv psixoloji metodlardan istifadə edilməsi səmərəli qarşılıqlı təsirin formalaşmasına şərait yaradır. Bu terapiyalar vasitəsilə şəxsdə müşahidə edilən psixi pozuntu simptomlarının şiddəti azaldılır. Və nəticədə şəxsdə remissiya prosesinin effektivliyi artaraq, uzunmüddətli remissiya təmin edilir. Psixoaktiv maddə istifadəçilərində remissiya prosesi destruktiv şəxsiyyət dəyişikliklərinin aradan qaldırılmasına kömək edir və bu prosesdə depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılması uzunmüddətli remissiyanın əsas göstəricilərindəndir.

II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI

2.1. Tədqiqatın keçirildiyi yer və iştirakçıların seçimi

Tədqiqat randomizə olunmuş, psixoaktiv maddə asılılığı yarandığı üçün narkoloji dispansərə müraciət edən şəxslərlə aparılmışdır. Tədqiqatda 115 nəfər psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən, eyni zamanda komorbid olaraq depressiya və təşviş pozuntusu olan pasiyent cəlb olunmuşdur (kontrol qrup n=50 (hamısı kişi olmaqla), tədqiqat qrup n=50 (hamısı kişi olmaqla)).

Tədqiqat dörd mərhələdə keçirilmişdir.

İlkin mərhələdə tədqiqatın mövzusu, dizaynı, tətbiq olunacaq cədvəllər müzakirə olunmuş və seçilmişdir.

İkinci mərhələ - klinik mərhələ sayılır və tədqiqatın aparılması başlanmışdır. Psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən şəxslər təyin edilmiş, randomizə şəkildə müvafiq qruplara ayrılaraq psixoloqa yönləndirilmişdir. Psixoloq pasiyentlərin cari vəziyyətini dəyərləndirmiş və tədqiqat qrupu iştirakçıları əlavə olaraq koqnitiv davranış terapiyası, qrup terapiyası, sənət terapiyası, motivasiyaedici görüş texnikası ilə müalicə olunmuşdur.

Üçüncü mərhələ pasiyentlərin vəziyyətlərinin 3 ay müalicədən sonra cədvəllərlə təkrar dəyərləndirilməsi ilə aparılmışdır.

Dördüncü mərhələdə məlumatlar SPSS (Statistical Package for the Social Sciences (26.0))-ə daxil edilərək, analiz olunmuşdur. Dissertasiyanın yazılması isə beşinci mərhələni əhatə edir.

Tədqiqat zamanı ilkin mərhələdə 115 nəfər psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən pasiyent cəlb edilmişdir. Kontrol qrup kimi 60 nəfər (hamısı kişi olmaqla), tədqiqat qrup kimi 55 nəfər (hamısı kişi olmaqla) şəxs seçilmişdir.

Tədqiqatın növbəti mərhələsində 100 nəfər pasiyent – tədqiqat qrup kimi 50 nəfər (hamısı kişi olmaqla) koqnitiv davranış terapiyası, qrup terapiyası, sənət terapiyası ilə müalicə olunan şəxs, kontrol qrup kimi 50 nəfər (hamısı kişi olmaqla) iştirak etmişdir. 10 nəfər pasiyentdə depressiya və təşviş pozuntusu aşkarlanmadığı üçün, 5 nəfər pasiyent isə terapiya tətbiq olunmasından imtina etdiyi üçün iştirakını dayandırmış və buna görə də həmin şəxslər statistik analizə daxil edilməmişdir.

Tədqiqata cəlb olunanlar Respublika Narkoloji Mərkəzinin ambulator reabilitasiya şöbəsinə müraciət edən şəxslərdən ibarətdir. Araşdırmaya daxil edilənləri 20-30 yaş arası şəxslər təşkil edir. Hər bir pasiyentə tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanının da olduğu izah edilmişdir. Beləliklə, tədqiqatda iştirak edənlər məlumatlı razılıq vermişdirlər.

2.2. Metodikalar

Tədqiqatda aşağıdakı materiallardan və psixoterapiyalardan istifadə olunmuşdur:

- Xüsusi işlənərək hazırlanan anket vasitəsi ilə sosio-demoqrafik göstəricilər qeydə alınmışdır. Tədqiqatda iştirak edən şəxslər bu anketə əsasən qeydiyyatdan keçmişdirlər.
- Təşvişin ölçülməsi üçün Hamilton Təşviş Reytinqi Cədvəli (HARS) istifadə edilmişdir. Bu cədvəl 1959-cu ildə prof. Dr. M.Hamilton (Lids Universiteti, İngiltərə) tərəfindən yaradılmışdır. HARS psixotrop dərmanların təsirinin yoxlanılmasında tez-tez istifadə olunan təşviş simptomalogiyasının şiddətini təyin etmək üçün hazırlanmış qiymətləndirmə cədvəlidir. Bu gün həm klinik, həm də tədqiqat şəraitində geniş istifadə olunur. Cədvəl, hər biri bir sıra simptomlarla təyin olunan 14 maddədən ibarət olub həm psixi təşvişi (zehni ajitasiya və psixoloji distres), həm də somatik narahatlığı (həyəcanla əlaqəli fiziki şikayətlər) ölçür. Cədvəlin etibarlılığı məqbul səviyyədədir. O, hər biri bir sıra simptomları göstərən 14 bənddən ibarətdir. Hər bənd 5 ballıq Likert üsulu ilə, 0-dan (yoxdur) 4-dək (kəskin ağır dərəcədə) dəyərləndirilir. Qiymətləndirmə təxminən 5-10 dəqiqə davam edir. Ümumi bal 0-56 arasında dəyişir. Burada <17 bal yüngül, 18-24 bal orta, 25-30 bal ağır dərəcəni göstərir. Cədvəlin həssaslığı 85.7%, spesifikliyi 63.5%-dir.
- Depressiyanın dərəcəsinin ölçülməsi üçün Hamilton Depressiya Reytinqi Cədvəlindən (HDRS) istifadə olunmuşdur. Prof. Dr. M. Hamilton tərəfindən 1960-cı ildə təklif olunan HDRS depressiv pasiyentlərdə müalicədən əvvəl, müalicə ərəfəsində və sonra depressiyanın ağırlıq dərəcəsini ölçmək və klinik dinamikanı müşahidə etmək üçün həm praktikada, həm də tədqiqatlarda istifadə edilir. Elmi psixoloji və psixiatrik tədqiqatlarda HARS kimi bu cədvəl də simptomların ifadə dərəcəsinə müalicənin effektivliyini təyin edən standart kimi qəbul edilir. Cədvəl 21 bənddən ibarətdir. Cədvəlin 10 bəndində olan simptomlar 5 ballıq Likert üsulu ilə (0- yoxdur; 4 – kəskin ağır dərəcədə), 9 bəndi isə 3-ballıq ölçü ilə (0; 1; 2), 1 bəndi isə 4-ballıq ölçü ilə (0; 1; 2; 3) qiymətləndirilir. Qiymətləndirmə təxminən 20 dəqiqə çəkir. Ümumi bal 0-52 arasında dəyişir. Burada <7

norma, 8-13 bal yüngül, 14-18 bal orta ağır dərəcə, 19-22 bal ağır dərəcə, >23 çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntunu göstərir.

- Koqnitiv davranış terapiyası. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslər üzərində tətbiq edilən koqnitiv davranış terapiyasının (KDT) 2016-cı ildə Sinsinnati Universitetində Ph.D. Patrisiya A. Rezik, Ph.D. Kandis M. Monson və Ph.D. Ketlin M. Çard tərəfindən hazırlanan növündən istifadə edilmişdir. Koqnitiv davranış terapiyasının hazırlanmış bu növü 12 seansdan ibarətdir. Hər seansın özünəməxsus praktiki tapşırığı və paylanma materialları mövcuddur. Bu seanslar zamanı terapevt xəstəyə düşüncələr, hisslər və davranışlar arasındakı əlaqəni başa düşməyə kömək edir. KDT üsulları asılılıq, təşviş və ya depressiya kimi psixi sağlamlıq problemlərinin öhdəsindən gəlmək üçün insanlara narahatedici düşüncələri və hissləri ilə başa çıxmaq məqsədi daşıyır. Maddə asılılığı problemi olan bir çox insan KDT üsullarından faydalanır. Əslində, maddə asılılığı pozuntusu üçün KDT sübutlarla dəstəklənən bir terapiya növüdür. Düşüncələr, duyğular, davranışlar və onların nəticələri haqqında artan fərqiçəndəlik, üçü arasındakı əlaqənin daha yaxşı başa düşülməsini təmin edir. Yaxşılaşma prosesində dəyişikliklərin bütün mərhələlərində təsirli olan bəzi xüsusi koqnitiv davranışçı terapiya üsulları vardır. Mənfi düşüncələr qeyd edilir və bu avtomatik düşüncələri təkzib etmək üçün obyektiv sübutlar axtarılır. Məqsəd daha balanslı təfəkkür inkişaf etdirmək və düşüncə nümunələrini tənqidi qiymətləndirməkdir. Mənfi düşüncələr müsbət olanlarla əvəz edilir və davranışa təsiri müşahidə edilir. Məqsəd özünü tənqid və ya özünü təsdiqləmə baxımından fərd üçün nəyin effektiv olduğunu tapmaqdır. Daha sonra güclü mənfi emosiyalar oyandıran bir xatirə xatırlanır. Burada məqsəd ağırlı xatirələrə yenidən baxmaq və müəyyən müddətdən sonra onların səbəb olduğu təşvişi azaltmaqdır. Sonda isə əyləncəli, sağlam və asanlıqla gündəlik iş rejiminə daxil edilə bilən xoş fəaliyyətlərlə məşğul olunur. Burada əsas məqsəd avtomatik mənfi düşüncələri və bu ağırlı hissləri basdırmaq üçün içki və ya psixoaktiv maddə istifadə etmək ehtiyacını azaltmaqdır. Keçirilən seanslar 45 dəqiqə ərzində davam edir. BDT terapevti həm müəllim, həm də komanda yoldaşı kimi xidmət edir və pasiyentin streslərini, irrasional düşüncələrini və mənfi emosiyalarını müzakirə edir.
- Sənət terapiyası. Sənət terapiyası koqnitiv davranış terapiyası (KDT) ilə birlikdə istifadə oluna bilər və emosiyalar və təcrübələr üçün daha yaradıcı bir çıxış təmin edir. Sənət terapiyası maddə asılılığı olan şəxslərə öz hisslərini açmaq və paylaşmaq üçün qeyri-təhlükəli bir yol təqdim etdiyindən, qrup daxilində inam və harmoniya yaratmağa kömək

etmək üçün qrup terapiyası seanslarında da istifadə edilir. Bu, şəxslər arasındakı maneələri aradan qaldırmağa kömək edir və asılılığın bərpası üçün çox vacib olan əlaqə və anlaşma hissini gücləndirir. Sənət terapiyası KDT kimi müalicədən sonra ehtiyac duyulan fasiləni təmin edir və şəxslərə istirahət üçün vaxt verir. Bundan əlavə, sənət terapiyası reabilitasiyadan sonra ayıqlığı qorumağa kömək etmək üçün istifadə edilir.

- Qrup terapiyası. Qrup terapiyasında qrupun öz dinamik prosesləri terapevtik hesab olunur. Belə qruplar adətən bir müşahidəçinin müşayiəti ilə təlim keçmiş qrup psixoterapevti tərəfindən idarə olunur. Hər seans 60-90 dəqiqə davam edir və sabit bir mövzu yoxdur. Qapalı qruplar adətən 8-12 iştirakçıdan ibarətdir, açıq qruplar isə daha çox iştirakçıdan ibarətdir. Qrup mühitində müəyyən əsas terapevtik mexanizmlər müəyyən edilmişdir. Bunlara şəxsiyyətlərarası öyrənmə, katarsis və sosial bacarıqların inkişafı daxildir.

Nəticələrin analizi SPSS-26.0 proqramı ilə həyata keçirilmişdir. Əhəmiyyətliyin səviyyəsi ($p < 0.05$) olmalıdır. Sosio-demoqrafik göstəricilər təsviri statistika üsulları ilə analiz edilmişdir. Kontrol və tədqiqat qruplarda pasiyentlərin reyting cədvəlləri əsasında toplanılmış klinik simptomlarının kəmiyyət göstəriciləri t-student meyarı vasitəsi ilə müqayisə olunmuş, dürüstlük p əmsalı vasitəsi ilə yoxlanılmışdır. Müalicədən əvvəl və sonrakı zamanda simptomların qruplar üzrə dinamikası müqayisəli t testi ilə yoxlanılmışdır.

Tədqiqatın keçirilməsinə uyğun etik qaydalar Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən təsdiq olunmuşdur. Hər bir pasiyentə tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş, hər birinin anonimliyinin qorunacağı bildirilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək hüquqlarının olması izah edilmişdir. İştirakçılar bunları anladıklarını bildirərək, məlumatlı razılıq vermişdirlər.

Tədqiqat Respublika Narkoloji Mərkəzində keçirilmişdir. Tədqiqatda 115 nəfər respondent könüllü olaraq iştirak etmişdir. Könüllü şəkildə aparılan tədqiqatdan alınan nəticələrin gizliliyi və anonimliyinin qorunması və yalnız elmi işlərin aparılmasında istifadə olunacağı respondentlərə şifahi şəkildə izah edilmişdir. Onlara qeyd edilən pozuntuların ölçülməsi üçün lazım olan testlər barədə məlumat verilmiş, bu pozuntuları aradan qaldırmaq üçün tətbiq edilən psixoterapiyalar da izah olunmuşdur.

III FƏSİL. ALINAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

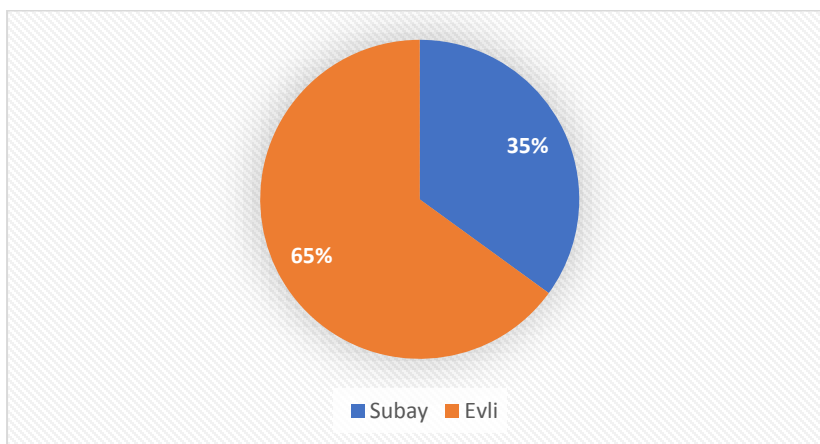
3.1. Eksperimentə cəlb olunmuş pasiyentlərin demoqrafik göstəricilərin eksperimental təhlili

Tədqiqatda sonadək n=100 pasiyent iştirak etmişdir. Nəticələr həmin pasiyentlərin göstəricilərinə əsasən analiz olunmuşdur.

Ümumilikdə, tədqiq olunan şəxslərin 35%-i ailə vəziyyəti olaraq subay, 65%-i isə evlidir. Nəticələr aşağıda qrafik 1-də təsvir edilmişdir.

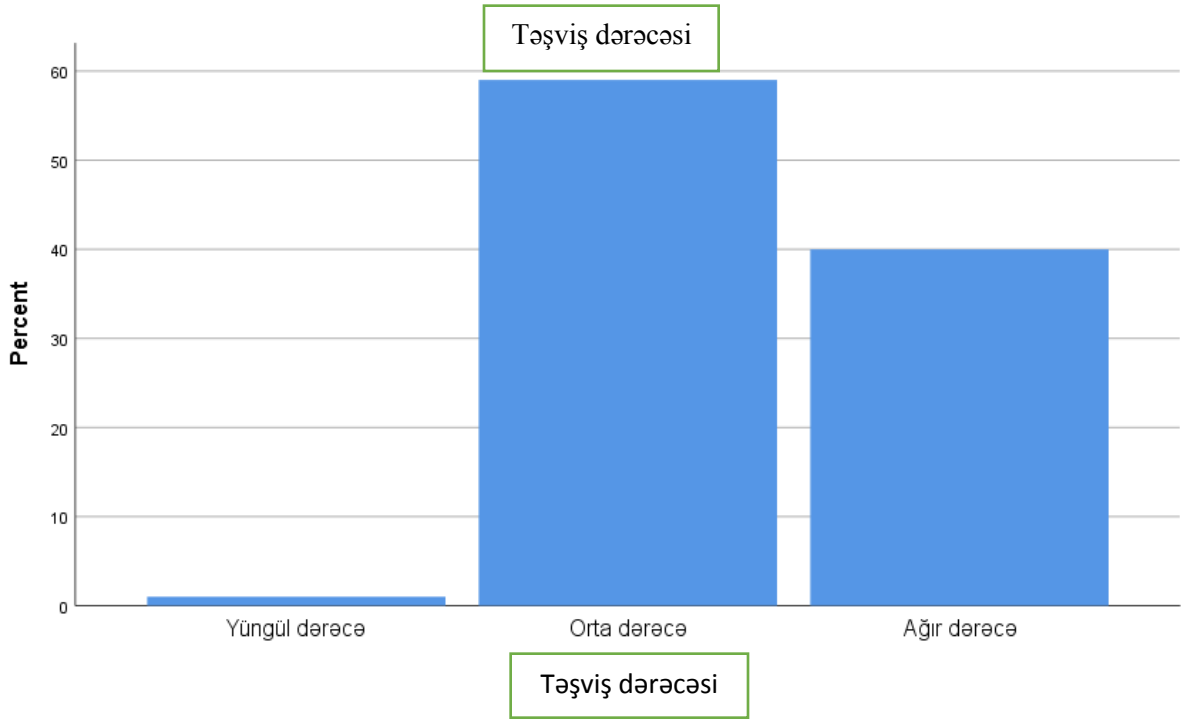
Qrafik 1:

Tədqiq olunan psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərin ailə vəziyyəti göstəriciləri



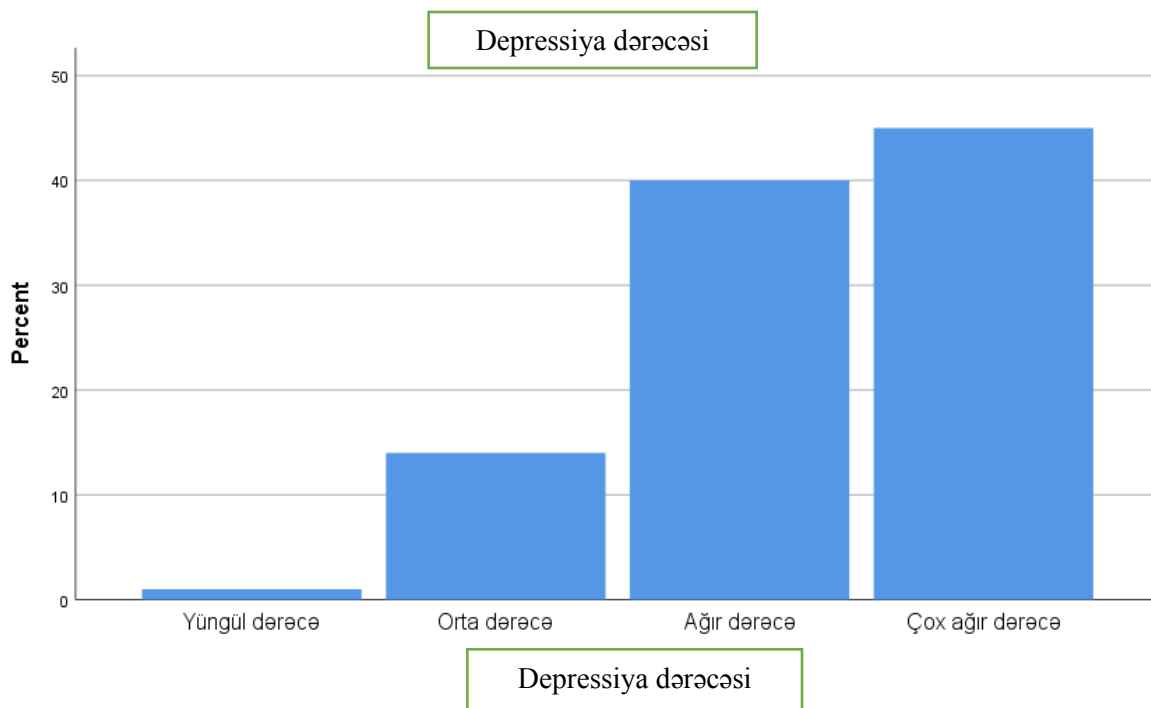
Belə ki, tədqiqatın ilkin mərhələsində 100 nəfər psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslərlə depressiya və təşviş pozuntusunun ölçülməsi məqsədilə test aparılmışdır. Testin nəticələrinə görə, şəxslər arasında 1 % yüngül dərəcəli, 59 % orta dərəcəli, 40 % ağır dərəcəli təşviş pozuntusu aşkarlanmışdır (Qrafik 2).

Tədqiqatda iştirak edən pasiyentlərin təşviş dərəcəsi



Aparılan depressiya testinin nəticələrinə görə isə şəxslər arasında 1 % yüngül dərəcəli, 14 % orta dərəcəli, 40 % ağır dərəcəli, 45 % çox ağır dərəcəli depressiya pozuntusu aşkar edilmişdir (Qrafik3).

Tədqiqatda iştirak edən pasiyentlərin depressiya dərəcəsi



Ümumi olaraq, tədqiqatda iştirak edən şəxslərin təhsil səviyyəsi olaraq 5%-i natamam təhsil, 86%-i orta təhsil, 9%-i isə ali təhsil almışdır. Nəticələr aşağıda cədvəl 1-də təsvir edilmişdir.

Cədvəl 1:

Tədqiq olunan şəxslərin təhsil səviyyəsi

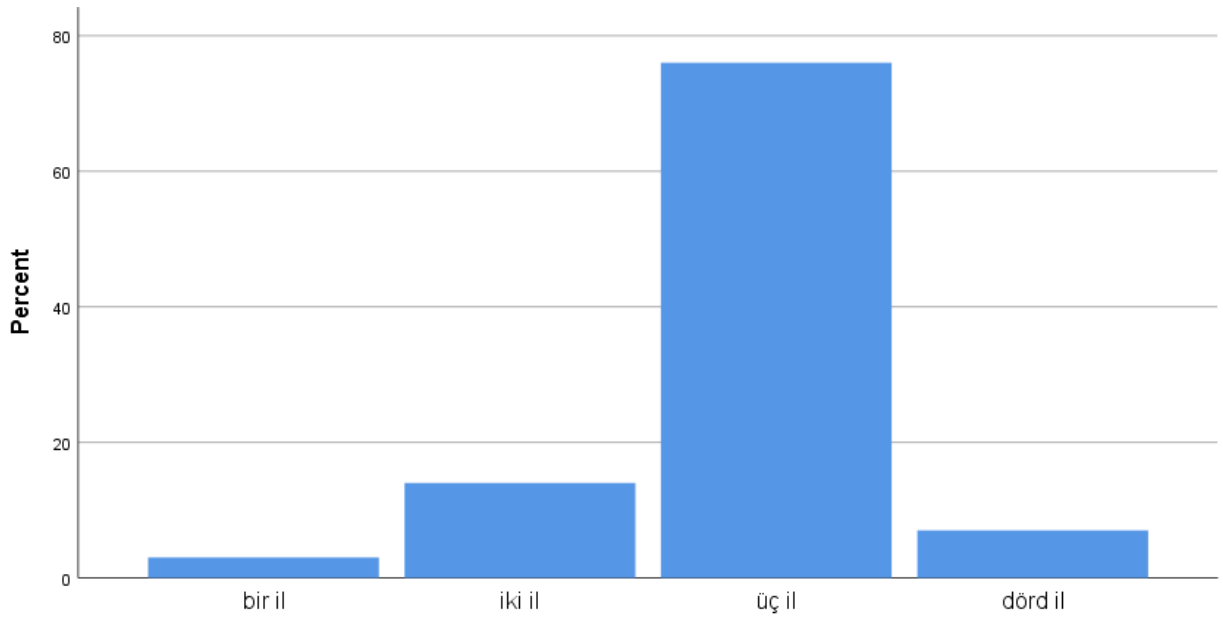
TƏHSİL SƏVİYYƏSİ

	Tezlik	Faiz	Etibarlı faiz	Məcmu faiz
Natamam	5	5.0	5.0	5.0
Orta	86	86.0	86.0	91.0
Ali	9	9.0	9.0	100.0
Cəmi	100	100.0	100.0	

Tədqiq olunan şəxslərin psixoaktiv maddədən istifadə müddətinə diqqət yetirsək, 3% bir il müddətində, 14% iki il müddətində, 76% üç il müddətində, 7% dörd il müddətində psixoaktiv maddə istifadə etmişdir. Qrafik 4-də nəticələrin təsvirini görə bilərik.

Qrafik 4:

Tədqiq olunan şəxslərin psixoaktiv maddədən istifadə müddəti



Beləliklə, apardığımız tədqiqata görə sosial-demoqrafik göstəricilərin nəticəsinə uyğun olaraq tədqiqata cəlb olunan respondentlər arasında psixoaktiv maddə istifadəsinin müddəti, araşdırılan psixi pozuntuların dərəcəsi statistik olaraq hesablanmışdır. Bu şəxslərdə əsasən ailədaxili problemlər və dost qrupu ilə əlaqədar olaraq psixoaktiv maddə istifadəsinə erkən yaşda başlanılmışdır. Psixoaktiv maddələrdən asılı olan şəxslərin şəxsi sosial demoqrafik göstəricilərinə görə 100 nəfər arasında onlar ən az bir il müddətində psixoaktiv maddə istifadə etmiş və bu istifadə nəticəsində orta və ağır dərəcədə psixi pozuntular yaranmışdır.

3.2. Eksperimentdən əldə olunan nəticələrin müqayisəli təhlili

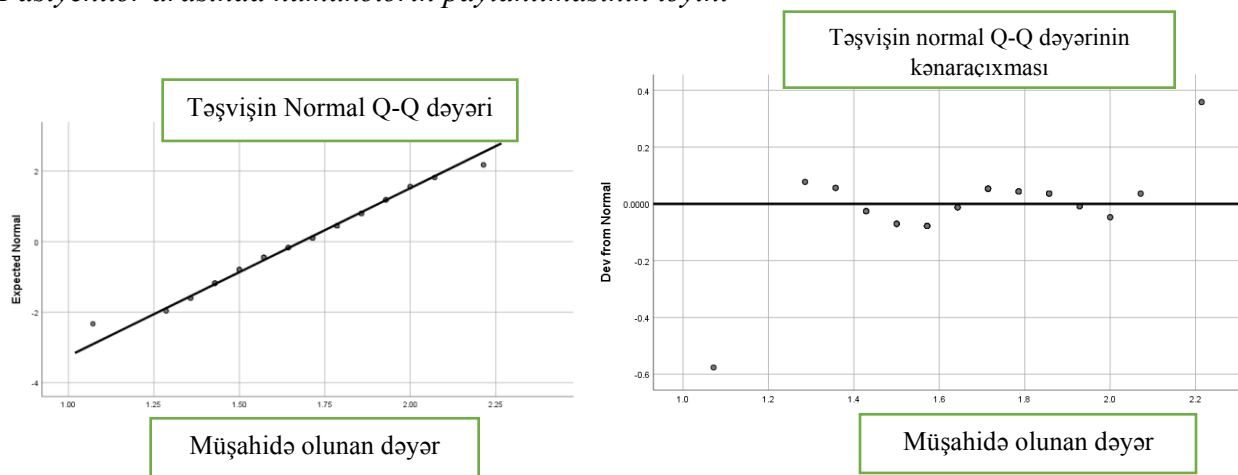
Test seçimində ölçülərin normal yayılma göstərməsi şərti də nəzərə alınmışdır. Ölçülərin skewness (əyrilik) və kurtosis (kurtoz) dəyərləri araşdırılmışdır və bütün ölçülərin əyrilik və kurtoz dəyərləri -1 ilə +1 arasında olduğu üçün t testinin istifadəsinə qərar verilmişdir. Aşağıda verilmiş 5-ci, 6-cı, 7-ci, 8-ci qrafikə və 2-ci, 3-cü cədvələ əsasən, tədqiqat aparılan qruplarda nümunələrin paylanılmasının normal paylanılma olduğu aşkar edilmişdir.

Təşviş pozuntusu göstəricilərinin normallıq testi

	Kolmoqorov-Smirnov			Şapiro-Vilk		
	Statistika	df	p	Statistika	df	p
Təşviş	.091	100	.041	.984	100	.278

Qrafik 5, 6:

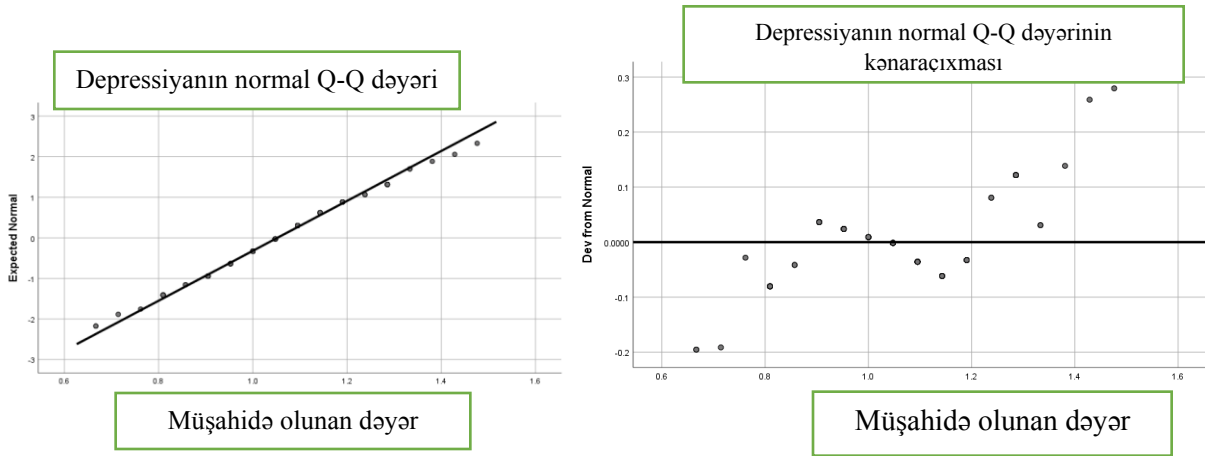
Pasiyentlər arasında nümunələrin paylanılmasının təyini



Cədvəl 3:

Depressiya pozuntusu göstəricilərinin normallıq testi

	Kolmoqorov-Smirnov			Şapiro-Vilk		
	Statistika	df	p	Statistika	df	p
Depressiya	.085	100	.072	.987	100	.414

Pasiyentlər arasında nümunələrin paylanılmasının təyini

İlkin mərhələdə psixoterapiya tətbiqindən əvvəl xəstələrdə HDRS cədvəli ilə klinik göstəricilərin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Kontrol qrupda $M=20.55$, $SD=3.428$, tədqiqat qrupunda isə $M=23.57$, $SD=2.693$ göstəriciləri əldə edilmişdir. Müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) nəticəsində ilk test göstəriciləri ilə kontrol və tədqiqat qrupu arasında mənalı bir fərq yoxdur, bu fərqlərdə statistik dürüslük ödənilmir (müvafiq olaraq $p=0.092$, $p=0.093$) və bu fərqlər əhəmiyyətsizdir (Cədvəl 4).

T testi müstəqil iki qrup arasında dəyişənin dəyərləri üzərində mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyən etmək məqsədi ilə həyata keçirilir. T testini keçirmək üçün parametrik dəyişən olmalıdır və bu dəyişən normal yayılma göstərməlidir. Alınan test nəticələrinə nəzər yetirsək, təşviş cədvəli üzrə üzrə ilk test göstəricilərinin kontrol və eksperiment qrupuna görə mənalı bir fərqlilik göstərmədiyini görürük ($t=4.906$, $p=0.092$, $p=0.093$). Buradan tədqiqatda iştirak edən şəxslərin hər birinin tədqiqata başlayarkən eyni şəraitdə olduğu nəticəsinə gələ bilərik. Əmsal göstəricisinin nəticəsi 0.05-dən böyük olduğu üçün ($p=0.183$) dəyişənlərin homogen yayıldığını göstərir. Testin nəticəsində psixoaktiv maddə asılılığı ilə yanaşı təşviş pozuntusu olan şəxslərin ilk test nəticəsi ilə qrup (kontrol və tədqiqat) arasında mənalı bir fərq yoxdur (H_0) hipotezi təsdiqlənmişdir.

Tədqiqatın ilkin mərhələsində HDRS cədvəli üzrə müstəqil qrupların göstəriciləri və kriteriyaları

		Livin varyansının bərabərlik göstəriciləri		Ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları						
		F	Əmsal	t	F/d	Əmsal (2-tərəfli)	Ortalamaların fərqləri	Ortalamaların kvadratı	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri	
									Aşağı	Yuxarı
İlk Test	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunur	1.802	.183	-4.906	98	.092	-3.017	.615	-4.238	-1.796
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-4.906	91.05	.093	-3.017	.618	-4.245	-1.789

Psixoterapiya tətbiqindən əvvəl xəstələrdə HARS cədvəli ilə klinik göstəricilərin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Kontrol qrupda $M=24.40$, $SD=3.156$, tədqiqat qrupunda isə $M=22.70$, $SD=2.460$ göstəriciləri əldə edilmişdir. Müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) nəticəsində ilk test göstəriciləri ilə kontrol və tədqiqat qrupu arasında mənalı bir fərq yoxdur, bu fərqlərdə statistik dürüstlük ödənilmir (müvafiq olaraq $p=0.087$, $p=0.097$) və bu fərqlər əhəmiyyətsizdir (Cədvəl 5).

Tədqiqatın ilkin mərhələsində HARS cədvəli üzrə müstəqil qrupların göstəriciləri və kriteriyaları

		Livin varyansının bərabərlik göstəriciləri		Ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları						
		F	Əmsal	t	F/d	Əmsal (2-tərəfli)	Ortalamaların fərqləri	Ortalamaların kvadratı	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri	
									Aşağı	Yuxarı
İlk Test	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunur	2.150	.146	3.004	98	.087	1.700	.566	.577	2.823
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			3.004	92.489	.097	1.700	.566	.576	2.824

Alınan test nəticələrinə nəzər yetirsək, depressiya cədvəli üzrə ilk test göstəricilərinin kontrol və eksperiment qrupuna görə mənalı bir fərqlilik göstərmədiyini görürük ($t=3.004$, $p=0.087$, $p=0.097$). Buradan tədqiqatda iştirak edən şəxslərin hər birinin tədqiqata başlayarkən eyni şəraitdə olduğu nəticəsinə gələ bilərik. Əmsal göstəricisinin nəticəsi 0.05-dən böyük olduğu üçün ($p=0.146$) dəyişənlərin homogen yayıldığını göstərir. Testin nəticəsində psixoaktiv maddə asılılığı ilə yanaşı depressiya pozuntusu olan şəxslərin ilk test nəticəsi ilə qrup (kontrol və tədqiqat) arasında mənalı bir fərq yoxdur (H_0) hipotezi təsdiqlənmişdir.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində tədqiqat qrupunda olan şəxslər 3 ay müddətində sistemli şəkildə psixoterapiya almağa başlamışdılar. Psixoterapiya tətbiqindən sonra şəxslər üzərində yenidən test aparılmışdır. Aparılmış testlərin nəticələri yenidən müqayisəli analiz edilmişdir.

Nəticələrin müqayisəsi müqayisəli t testi (paired sample t test) vasitəsi ilə aparılmışdır. Tətbiq edilən psixoterapiya metodlarından sonra HARS cədvəli üzrə tədqiqat qrupunda depressiya və təşviş pozuntusu üzrə reyting ballarının daha çox azalması müşahidə edilsə də (tədqiqat qrup M=16.22, SD=2.873), kontrol qrupda (M=30.02, SD=2.839) bu nəticədə statistik dürüslük ödənilmədiyi üçün tətbiqi əhəmiyyəti yoxdur (Cədvəl 6).

Cədvəl 6:

Kontrol qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HARS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi

	Müqayisəli fərqlər						t	df	Əmsal (2-tərəfli)
	Ortala ma	Standart xəta	Ortalama xəta	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri					
				Aşağı	Yuxarı				
Pre HARS – Post HARS kontrol	-5.620	2.449	.346	-6.316	-4.924	-16.230	49	.087	

Cədvəl 6-da görünür ki, tədqiqatda iştirak edən kontrol qrup iştirakçılarda psixoterapiya tətbiq edilməmişdir və bu zaman dürüslük əmsalı $p=0.087$ -ə bərabərdir. Dürüslük əmsalı $p=0.05$ -dən böyük olduğu üçün HARS cədvəli üzrə kontrol qrupunda ilk test və son test göstəriciləri arasında mənalı bir fərq tapılmamışdır.

HARS üzrə reyting balları əlavə olaraq sistemli şəkildə psixoterapiya tətbiq edilmiş tədqiqat qrupu iştirakçılarında daha aşağıdır və burada statistik dürüslük ödənilir (tədqiqat qrup $p=0.001$). (Cədvəl 7)

Cədvəl 7:

Tədqiqat qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HARS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi

	Müqayisəli fərqlər					t	df	Əmsal (2-tərəfli)
	Ortalama	Standart xəta	Ortalama xəta	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri				
				Aşağı	Yuxarı			
Pre HARS tədqiqat Post HARS tədqiqat	6.480	2.690	.380	5.716	7.244	17.036	49	.000

Cədvəl 7-də görünür ki, tədqiqatda iştirak edən tədqiqat qrup iştirakçılarda sistemli şəkildə psixoterapiya tətbiq edilmişdir və bu zaman dürüslük əmsalı $p=0.001$ -ə bərabərdir. Dürüslük əmsalı $p=0.05$ -dən kiçik olduğu üçün HARS cədvəli üzrə tədqiqat qrupunda ilk test və son test göstəriciləri arasında mənalı bir fərq tapılmışdır.

Tədqiqatın növbəti mərhələsində tədqiqat qrupunda olan şəxslərdə HDRS cədvəli üzrə göstəricilərinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Nəticələrin müqayisəsi müqayisəli t testi (paired sample t test) vasitəsi ilə aparılmışdır. Tətbiq edilən psixoterapiya metodlarından sonra HDRS cədvəli üzrə tədqiqat qrupunda depressiya üzrə reyting ballarının daha çox azalması müşahidə edilsə də (tədqiqat qrup $M=16.58$, $SD=2.167$), kontrol qrupda ($M=23.60$, $SD=2.942$) bu nəticədə statistik dürüslük ödənilmədiyi üçün tətbiqi əhəmiyyəti yoxdur (Cədvəl 8).

Cədvəl 8:

Kontrol qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HDRS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi

	Müqayisəli fərqlər						t	df	Əmsal (2-tərəfli)
	Ortala ma	Standart xəta	Ortalama xəta	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri					
				Aşağı	Yuxarı				
Pre HDRS – Post HDRS kontrol	.430	6.597	.660	-.879	1.739	.652	99	.516	

Cədvəl 8-də görünür ki, tədqiqatda iştirak edən kontrol qrup iştirakçılarda psixoterapiya tətbiq edilməmişdir və bu zaman dürüslük əmsalı $p=0.516$ -a bərabərdir. Dürüslük əmsalı $p=0.05$ -dən böyük olduğu üçün HDRS cədvəli üzrə kontrol qrupunda ilk test və son test göstəriciləri arasında mənalı bir fərq tapılmamışdır.

HDRS üzrə reyting balları əlavə olaraq sistemli şəkildə psixoterapiya tətbiq edilmiş tədqiqat qrupu iştirakçılarında daha aşağıdır və burada statistik dürüslük ödənilir (tədqiqat qrup $p=0.001$). (Cədvəl 9)

Tədqiqat qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HDRS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi

	Müqayisəli fərqlər					t	df	Əmsal (2-tərəfli)
	Ortalama	Standart xəta	Ortalama xəta	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri				
				Aşağı	Yuxarı			
Pre test tədqiqat – Post test tədqiqat	7.060	1.953	.276	6.505	7.615	25.567	49	.000

Cədvəl 9-da görünür ki, tədqiqatda iştirak edən tədqiqat qrup iştirakçılarda sistemli şəkildə psixoterapiya tətbiq edilmişdir və bu zaman dürüstlük əmsalı $p=0.001$ -ə bərabərdir. Dürüstlük əmsalı $p=0.05$ -dən kiçik olduğu üçün HDRS cədvəli üzrə tədqiqat qrupunda ilk test və son test göstəriciləri arasında mənalı bir fərq tapılmışdır.

Beləliklə, apardığımız eksperimental tədqiqatın nəticəsinə görə tədqiqat qrupunda tətbiq olunan psixoterapiyalar nəticəsində psixi pozuntuların dərəcəsində azalmalar müşahidə edildi. Kontrol qrupunda isə psixi pozuntuların dərəcəsi olduğu kimi qaldı yaxud artışı göstərdi. Bu da bizim əsas fərziyyəimizin özünü doğrultduğunu bir daha sübut etdi. Tədqiqat zamanı nəticələrin təhlili irəli sürdüyümüz əsas fərziyyənin statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu təyin etmiş olur. Belə ki, tədqiqat işinin köməkçi fərziyyələrində statistik dürüstlük ödənilmir. Ümumilikdə tədqiqat işinin istiqaməti, irəli sürülən fərziyyələr, qarşıya qoyulan məqsədlər tədqiqatın eksperimental olaraq mahiyyətini ortaya çıxarmış olur.

NƏTİCƏ

Psixoaktiv maddə asılılığı bütün dünyada geniş yayılmış fizioloji, psixoloji və sosial sferaları əhatə edən xroniki, inkişaf edən beyin xəstəliyidir. Biz xəstəlik termininin açıqlamasına nəzər yetirsək, şəxsin bioloji, psixoloji sağlamlığını pozan, şəxsə mənfi təsir edən bir vəziyyət kimi açıqlandığını görürük. Bu zaman maddə asılılığının da maddə istifadə edən şəxs üzərindəki həm bioloji, həm də psixoloji olaraq mənfi təsirlərindən yola çıxaraq, asılılığın bir xəstəlik olduğu nəticəsinə gələ bilərik. Ümumiyyətlə, asılılıq dedikdə cəmiyyət arasında yalnız siqaret, alkoqol, psixoaktiv maddə bilinsə də, biz davranış asılılıqlarında internet asılılığı, qumar asılılığı, yemək asılılığı, sosial şəbəkə asılılığı kimi fərqli növləri də müşahidə edə bilərik. Asılılıq yaradan maddələr insanlığın mövcud olmasından bu zamana qədər müxtəlif məqsədlər üçün istifadə edilmişdir. Bu məqsədlər arasında ağrını azaltma, xəstəliklərdə yaxşılaşdırıcı təsiri və cərrahi əməliyyatlarda istifadəsi göstərilmişdir.

Asılılıq yaradan maddələrin müxtəlif növləri vardır. Asılılıq yaradan maddələr ümumi olaraq bu kateqoriyalara bölünmüşdür: alkoqol, kafein, kannabioidlər, hallüsinogenlər, uçucular, opioidlər, nikotin, stimulyatorlar, depresantlar. Qeyd edilən kateqoriyaların hər birinə də fərqli növdə psixoaktiv maddələr daxildir. Bu maddələrin hər birinin orqanizmdə göstərdiyi təsirlər fərqlidir. Eyni zamanda bu maddələrin qəbulunun dayandırıldığı zaman da yaranan abstinent sindromunun simptomları fərqlilik göstərməkdədir. Bəhs edilən bütün bu psixoaktiv maddə növləri göstərdiyi təsirlərə rəğmən şəxslər tərəfindən istifadə edilməkdədir. Bu maddələrdən istifadə etməyə başlamağa bir çox amillər təsir etsə də, istifadənin davam etdirilməsində psixoaktiv maddənin göstərdiyi təsirin böyük rolu vardır.

Ümumiyyətlə şəxsin psixoaktiv maddəni ilk dəfə istifadə etməsində bir çox müxtəlif faktorlar rol oynayır. Bunlara psixoloji və sosial faktorlar daxildir. Sosial faktor dedikdə ilk olaraq ailəni misal göstərə bilərik. Çünki şəxs ilk olaraq ailəsini rol model göstərə bilər yaxud ailəsini rol model almasa belə, ailədaxili problemlərdən qaçış olaraq maddəyə yönələ bilər. Əlavə olaraq sosial faktorlara dost qruplarını, sosial şəbəkənin təsirini misal göstərə bilərik. Psixoloji faktorlar isə şəxsi psixoaktiv maddə istifadəsinə yönəldən və şəxsin öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkdiyi faktorlardır. Bu faktorlara şəxsin yalnızlaşması, sevgisizlik qarşısında hidd etdiyi narahatlıq, şəxsiyyət xüsusiyyətləri daxildir. Bəhs edilən risk faktorlarının da təsiri ilə psixoaktiv maddə istifadəsinə başlayan və bu istifadəni davam etdirərək maddədən asılı hala gələn şəxsdə asılılıq ilə yanaşı bir çox psixi pozuntular meydana çıxmaqdadır. Əgər şəxsdə yanaşı olaraq psixi pozuntular

ortaya çıxarsa bu həm maddə istifadəsinin davam etməsinə, həm də ortaya çıxan psixi pozuntusunun dərəcəsinin artmasına səbəb olmaqdadır. Buna görə də psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxsə həm asılılığın müalicəsi, həm də ortaya çıxan psixi pozuntuların müalicəsi paralel olaraq aparılmalıdır.

Psixoaktiv maddə istifadəçilərində əksər hallarda yanaşı olaraq depressiya və təşviş pozuntusu yaranmaqdadır. Maddə istifadəsinin artımı bu pozuntuların səviyyəsinin də artmasına gətirib çıxarır. Depressiya və təşviş pozuntusunun simptomları şəxsə maddə istifadəsini dayandırmaq üçün çətinliklər törədir. Buna görə də psixoaktiv maddə asılılığından, eyni zamanda maddə istifadəsinə bağlı olaraq yaranan depressiya və təşviş pozuntusundan əziyyət çəkən şəxslərin reabilitasiya prosesində psixoterapiyalar tətbiq edilməkdədir.

Tətbiq edilən psixoterapiya metodlarına koqnitiv davranış terapiyası, sənət terapiyası, qrup terapiyası, ailə terapiyası, motivasiyaedici görüş texnikası daxildir. Psixoaktiv maddə asılılığı olan şəxslər qrupunda aktiv psixoloji metodlardan istifadə edilməsi səmərəli qarşılıqlı təsirin formalaşmasına şərait yaradır. Bu terapiyalar vasitəsilə şəxsə müşahidə edilən psixi pozuntu simptomlarının şiddəti azaldılır. Nəticədə şəxsə remissiya prosesinin effektivliyi artaraq, uzunmüddətli remissiya təmin edilir. Psixoaktiv maddə istifadəçilərində remissiya prosesi destruktiv şəxsiyyət dəyişikliklərinin aradan qaldırılmasına kömək edir və bu prosesdə depressiya və təşviş pozuntusunun aradan qaldırılması uzunmüddətli remissiyanın əsas göstəricilərindəndir.

Araşdırılan mövzu ilə uyğun olaraq xarici ədəbiyyatlarda bir çox tədqiqat mövcuddur. 2013-cü ildə aparılan koqnitiv davranış terapiyasının maddə asılılığı və depressiya olan şəxslər üzərində təsiri araşdırma zamanı 299 şəxs üzərində tədqiqat aparılmışdır. Terapiya həftədə 2 dəfə olmaqla 16 seans davam etmişdir. İştirakçılar üzərində aparılan Beck depressiya testinin nəticəsində orta dərəcəli depressiya aşkarlanmışdır. Tədqiqatın nəticəsində isə tək koqnitiv davranış terapiyasının depressiyanın aradan qaldırılmasında təsirli olduğunu göstərmişdir. Bir digər araşdırma isə 14-18 yaş aralığında olan şəxslər üzərində aparılmışdır. Araşdırma koqnitiv davranış terapiyasının depressiv və maddə asılılığı olan şəxslər üzərindəki təsiri ilə bağlıdır. Tədqiqat 15 nəfər üzərində aparılmışdır. Koqnitiv davranış terapiyası ilə bir yerdə ailə terapiyası da tətbiq edilmişdir. Tədqiqatın nəticəsində şəxslərdə depressiyada azalma ilə yanaşı, həm də maddə istifadəsində də müsbət nətivə görülmüşdür. Aparılan bu və digər tədqiqatlar nəticəsində də görüldüyü kimi, koqnitiv davranış terapiyasının, qrup terapiyasının maddə asılılığı və komorbid

pozuntusu olan şəxslər üzərində böyük əhəmiyyəti vardır. Hazırda aparılan tədqiqatın daha çox iştirakçı ilə aparılması nəticəsində daha doğru və daha dəqiq nəticələrin alınacağı düşünülür.

Beləliklə, apardığımız tədqiqata görə sosial-demoqrafik göstəricilərin nəticəsinə uyğun olaraq tədqiqata cəlb olunan respondentlər arasında psixoaktiv maddə istifadəsinin müddəti, araşdırılan psixi pozuntuların dərəcəsi statistik olaraq hesablanmışdır. Bu şəxslərdə əsasən ailədaxili problemlər və dost qrupu ilə əlaqədar olaraq psixoaktiv maddə istifadəsinə erkən yaşda başlanılmışdır. Psixoaktiv maddələrdən asılı olan şəxslərin şəxsi sosial demoqrafik göstəricilərinə görə 100 nəfər arasında onlar ən az bir il müddətində psixoaktiv maddə istifadə etmiş və bu istifadə nəticəsində orta və ağır dərəcədə psixi pozuntular yaranmışdır.

Nəticədə, apardığımız eksperimental tədqiqatın nəticəsinə görə tədqiqat qrupunda tətbiq olunan psixoterapiyalar nəticəsində psixi pozuntuların dərəcəsində azalmalar müşahidə edildi. Kontrol qrupunda isə psixi pozuntuların dərəcəsi olduğu kimi qaldı yaxud artışı göstərdi. Bu da bizim əsas fərziyyəimizin özünü doğrulduğunu bir daha sübut etdi. Tədqiqat zamanı nəticələrin təhlili irəli sürdüyümüz əsas fərziyyənin statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu təyin etmiş olur. Belə ki, tədqiqat işinin köməkçi fərziyyələrində statistik dürüstlük ödənilmişdir. Ümumilikdə tədqiqat işinin istiqaməti, irəli sürülən fərziyyələr, qarşıya qoyulan məqsədlər tədqiqatın eksperimental olaraq mahiyyətini ortaya çıxarmış olur.

İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Bayramov Ə. S. Əlizadə Ə. Ə., (2003) Psixologiya. Bakı, s.128-138
2. David, E. (2011). Beynin gizli həyatı. Qanun Nəşriyyat, s.85
3. Əsədov, B.M., Məmmədov, P.P., Vahabov, N.V. (2019). Narkologiyanın əsasları (dərs vəsaiti). Bakı nəşriyyat, s.78-80.
4. İsmayılov O.B., Mahmudov R.M. (2008). Normal fiziologiya.
5. American Psychiatric Association, D.S., and American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Angelucci F, Aloe L, Iannitelli A, Gruber SH, Mathe AA (2005). Effect of chronic olanzapine treatment on nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor in the rat brain. *European Neuropsychopharmacology* 15, 311–317
7. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord* Aug;139:217–229.
8. Brady K, Myrick H, Sonne S. (2014). Comorbid addiction and affective disorders. *Principles of addiction medicine*. Arlington, VA: American Society of Addiction Medicine; :983–992.
9. Brière FN, Rohde P, Seeley JR, Klein D, Lewinsohn PM. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Compr Psychiatry*;55:526–533.
10. Bowles T. A (2009). Comparison of two measures of communication and the communication style of university students. *Electronic Journal of Applied Psychology: General Articles*, 5: 53-66.
11. Bowen S, Chawla N, Collins SE et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*; 30, 295-305.
12. Carter, R. (2019). *The Human Brain Book: An Illustrated Guide to its Structure, Function, and Disorders* (3rd ed)
13. Catherine S, David C., Patrica T.M. (2012). Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*; 28(2):233-247.
14. Caciola S. (2013). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 2005;25:307–339.

15. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. (2013). A meta-analysis of cognitive- behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie*;58:376–385.
16. Casey, B.K., Jones, T.N., (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, quiz 1285.
17. Chiesa A, Serretti A. (2013). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*; 49(5), 492-512.
18. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*;21(1):14–18.
19. Eshagh Afkari M, Ghasemi A, Shojaeizadeh D, Tol A, Rahimi Foroshani A, Taghdisi MH. (2013). Comparison between family function dimensions and quality of life among amphetamine addicts and non-addicts. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15: 356-62.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2022). European Drug Report European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
21. Farren CK, Snee L, Daly P, McElroy S. (2013). Prognostic factors of 2-year outcomes of patients with comorbid bipolar disorder or depression with alcohol dependence: importance of early abstinence. *Alcohol Alcohol*;48:93–98.
22. Gredner A., Nordlander T., Pederson T. (2012) Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Subst Use Misuse*; 37: 1-18.
23. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* Aug;61:807–816.
24. Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*;147:17–28.
25. Hides L, Samet S, Lubman DI. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: current evidence and directions for future research. *Drug Alcohol Rev* Sep;29:508–517.
26. Hintz T, Psych D, Mann K. (2006). Co-occurring disorders: policy and practice in Germany. *Am J Addict*;15:261–267.

27. Heckman, M.A., Weil, J., Gonzales de Mejia, E. (2014). Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in Foods: A Comprehensive Review on Consumption, Functionally, Safety and Regulatory Matters. *Journal of Food Science*, 75(3), 77-87.
28. Hill SY., Muka DH., (2015). Children at risk for alcoholism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(5):758-60.
29. Ismael, F. ve Baltieri, D. (2014). Role of personality traits in cocaine craving throughout an outpatient psychosocial treatment program. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 24-31.
30. Jain, M., Vardhan, V., Yadav, V., Harjpal, P. (2023). Efficacy of Buteyko Breathing Technique. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 17(1), 11-24.
31. Kadden, R. ve Litt, M. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126.
32. Kaplan, G.B., Greenblatt, D.J., Ehrenberg, B. L., Goddard, J.E., Cotreau, M., Harmatz, J.S., Shader, R.I. (1997). Dose Dependent Pharmacokinetics and Psychomotor Effects of Caffeine in Humans. *Journal of Clinical Pharmacology*, 37, 693-703.
33. Koob, G.F., Le Moal, M. (2018). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29-53.
34. Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy A Treatment Planner for Clinicians*. London: John Wiley & Sons.
35. Kosten T.R., Morgan C., ve Kosten T.A., (1990). Depressive symptoms during buprenorphine treatments of opioid abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 51-54.
36. Kushner M.G., Sher K.J., Erickson D.J., (2000). Prospective Analyses of the Relation between DSM-III Anxiety disorders and Alcohol Use Disorders. *Am J Psychiatry*;156:723-732.
37. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Practice Perspect*;3:13.
38. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* Sep 1 2015; 20–21.
39. Link, B.G., Elmer, L.S., Rahav, M., Phelan, J.C. ve Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with a dual diagnosis of mental illness and substance abuse.

40. Liese, B.S. ve Beck, A. (2022). *Cognitive- Behavioral Therapy of Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press.
41. Lopes, F. M., Lehmkuhl da Luz, W., Bizarro, L. (2021). *Cognitive-Behavioral Therapy*. In A. Andrade, D. De Micheli, E. Aparecida da Silva, F. Lopes, B. Pinheiro, R. Reichert (Eds.), *Psychology of Substance Psychotherapy, Clinical Management* (pp. 139-155). Switzerland: Springer Nature.
42. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190
43. Marlatt GA, Barrett K. (1994). *Relapse Prevention*. In *Text- book of Substance Abuse Treatment*. (Eds M Galan- ter, HD Kleber) American Psychiatric Press, Washin- gton D.C.; 285- 299.
44. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. (2010). *Cognitive beha- vioral therapy for substance use disorders*. *Psychiatric Clin N Am Sep*;33:511–525.
45. Minkoff K.(2001). *Best practices: developing standards of care for individuals with co- occurring psychiatric and substance use disorders*. *Psychiatric Serv* 1;52:597–599.
46. Mirin S.M., Weiss R.D., Michael J., Griffin M.L. (2003). *Psychopathology in substance abusers: diagnosis and treatment*. *Am J Drug Alcohol Abuse*;14(2):139-57. Review.
47. Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P. (2011). *Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the poten- tial predictors and clinical outcomes*. *Psychiatry Res*;186:159–164.
48. Oboyle M., ve Brandon E.A., (1998). *Suicide attempts, substance abuse and personality*. *Journal Substance Abuse Treatment*, 11(4), 353-356.
49. Pelissier, B.M.M., ve Oneil J.A. (2000). *Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants*. *Journal of Substance Abuse*, 11(4), 379-393.
50. Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. (2014) *Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis*. *Addiction Mar*;109:394–406.
51. Soyka M. (2016). *Alcohol hallucinosis and jealousy delusion*. *Fortschr Neurol Psychiatr*;74(6):346-57. German.
52. Smit, H.J., Rogers, P.J. (2002). *Effects of Energy Drinks on Mood and Mental Performance: Critical Methodology*. *Food Quality and Preference*, 13, 317-326.
53. Steer R.A., Emery G.D., ve Beck A.T. (1980). *Corralates of self reported and clinically assessed depression in male heroin addicts*. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 798-802.

54. Tatari, F., Farnia, V., Momeni, K., Davarinejad, O., Salemi, S., Soltani, B., Alikhani, M. (2021). Predicting addiction potential based on sensation-seeking, psychological hardiness and assertiveness in students in western Iran: an analytical study. *Journal of Substance Use*, 26(1), 7-12.
55. Torrecillas, F., Cobo, M., Delgado, P., Ucles, I. (2015). Predictive Capacity of Self-Efficacy in Drug Dependence and Substance Abuse Treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), 1-6.
56. Verheul R., (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Europe Psychiatry*, 16, 274-282.
57. Vanyukov, M. ve Tarter, R. (2019). Genetics and Epigenetics of Substance Use. In Z.Sloboda, H. Petras, E. Robertson, ve R. Hingson (Eds.), *Prevention of Substance* (pp. 57-74). Switzerland: Springer Nature.
58. Walter M, Dürsteler KM, Petitjean SA, et al. (2015). Psycho social Treatment of Addictive Disorders: An Over of Psychotherapeutic Options and their Efficiency. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*; 83(4), 201-210.
59. Wingo, T., Nesil, T., Choi, J.-S., ve Li, M. (2016). Novelty Seeking and Drug Addiction in Humans and Animals: From Behavior to Molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 11, 456–470.
60. Witkiewitz, K., Donovan, D., Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3) 440–449.
61. Wood , E., Liang, Y., Moon, T.-J., Wasserman, A., Lamb, R., Roache, J., Dougherty, D. (2023). Reduced alcohol use increases drink-refusal self-efficacy: Evidence from a contingency management study for DWI arrestees. *Drug and Alcohol Dependence*, 16-20, 109706.
62. Wolf P.A., Dagostino R.B., Kannel W.B., (1988) “Cigarette Smoking As a Risk Factor For Stroke”. *The Framingham Study*. JAMA.
63. Yeh, M.Y., Tung, T.H., Horn, F.-F., Sung, S.C. (2017). Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3724-3733.

64. Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. (2021). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde aile işlevselliği ile stresle baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Substance Use*, 28: 79-86
65. Arıkan, Z., (2012). Kafein ve Başka Uyarıcıların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar (İçinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 169-179). Ankara: Pozitif Matbaa.
66. Başabak, AZ. (2021). Madde Kullanım Bozukluğu Olanlarda Yaşam Kalitesi Terapisi: Nüks ve Duygu Düzenleme Becerileri Üzerinde Etkinliğinin Araştırılması. Doktora Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
67. Beck, J.S. (2018). Bilişsel Davranış Terapi Temelleri ve Ötesi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, s.30.
68. Çakır Ebibi S. (2018). Madde Kullanan ve Kullanmayan Ergenlerin Ana Baba Tutumları ve Aile İşlevleri Açısından Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruhsal Rehabilitasyon Programı. Bilim Uzmanlık Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.
69. Çetin, Yılmaz, (2013), “Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 7-12
70. Çetin C.H. Çelik A, Sezgin E. (2016) Uyuşturucuyla Mücadele Politikaları ve Yeni Trendler, Ankara, Adalet Yayınevi, s.20-25
71. Çelik, Mutlu; (2015), “*Uyuşturucu Nedir? Nasıl Anlarız? Ne Yapabiliriz?*”, Alter Yayıncılık, Ankara, s.38-52
72. Doğan, B.Y; (2001), “Madde Kullanımı ve Bağımlılığı”, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, Yıl 4, Cilt 1, Sayı 4, Eylül-Aralık 2001, s. 33.
73. Doğan Y.B., İlhan İ.Ö. (2013). Madde Kullanımı ve Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ed: Özgüven HD., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No: 444, 191-208, Ankara.
74. Engin, E., Gültekin, K., Çoşkunol, H., Horozoğlu, N. (2006). Alkol ve Madde Bağımlılarında Öfke İfadesi ve Kişilerarası İlişki Tarzı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 22(1), 211-223.
75. Ercan, Zafer; (2010), *Kapımızdaki Düşman: Uyuşturucu*, Nemesis Kitap, İstanbul, s.77-80
76. Eslek A., (2019) Amfetamin, *Bağımlılık; Tanı, Tedavi, Önleme*, İstanbul, Yeşilay Yayınları, s. 219-292

77. Evren E.C., Ögel K., ve Çakmak D. (2012). Esrar ve Meperidin (Petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 20-27.
78. Güven, F.M. (2019). Farklı Bozukluklar İçin Depreşmeyi Önlemede Bilişsel Davranışçı Terapi. G. Bahadır, E. Ertekin (Ed.), *Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler içinde* (s. 76-82). Ankara: Türkiye Klinikleri.
79. Ibrahim, F., Kumar, N., Samah, B. (2011). Self Efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *The Social Sciences*, 6(4), 277 - 282.
80. İşlevlerinin Belirlenmesi (2020). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Hatay: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi.
81. Kahyaoğlu, G. (2021). Psikolojik Etkenler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme içinde* (ss. 43-63). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
82. Kalyoncu, Ö.A. (2010) *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital, s. 10-13.
83. Kalyoncu, Ömer A.; (2012), *Plastik Düşler: Bağımlılık Hakkında Gerçekler, Yeni Bilgiler, Yeni Tedaviler, Yeni Umutlar*, Kapital Yayıncılık, İstanbul, s.182-184.
84. Kalyoncu, A. ve Mırsal, H. (2000). Madde bağımlılığında bireysel psikoterapi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(2), 89-94.
85. Karataşoğlu Soner, (2013), “Sosyal Politika Boyutuyla Madde Bağımlılığı”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı 476, S. 321-352.
86. Köknel, Ö. (2014). *Bağımlılık-Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, s.45.
87. Kural S., Evren E.C., Can S., ve Çakmak D., (2013). Alkol ve madde bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14, 1-8.
88. Kulaksızoğlu A. (2014) *Ergenlik Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitapevi, s.211.
89. Küçükşen K, Şener MM, Tekin HH, Demirel B. (2014). Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 53: 199-212.
90. M.E.B (2011) *Acil Sağlık Hizmetleri, Sinir Sistemi İlaçları*, s.30.
91. Oğuztürk Ö, Ceyhun A.G. (2021) Madde Kullanma Eğitimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği “Madde Kötüye Kullanım” *Klinik Psikiyatri*, 6: 78-80.

92. Ögel K. (2015) *Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap*, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 11.Bakı, s.18-20.
93. Ögel, K. (2012) *Bağımlılığı Önleme: Anne-Babalar Öğretmenler İçin Kılavuz*, İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, s.25-71.
94. Ögel, Kültegin; (2014), *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (Samba)*. İstanbul: Yeniden Yayınları, s.40-44.
95. Ögel K., (2017) *Bağımlılık Tedavisi ve Temel Kitabı*, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, s.10-15.
96. Ögel, K., Taner, S., ve Yilmazetin, C. (2012). Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul: IQ Kültür-Sanat Yayıncılık, s.30-33.
97. Öner H., Tamam L., Levent B.A., (2012). Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda Eksen I ve Eksen II eşanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji*, 12(1), 14-22.
98. Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., Aktürk, Z. (2013). CONSORT 2010 Raporu: Randomize paralel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2(1), 1-10.
99. Şahiner Ş., (2019) *Sedatif ve Hipnotikler, Bağımlılık; Tanı, Tedavi, Önleme*, İstanbul, Yeşilay Yayınları, s. 317.
100. Şenyuva, G., Sungur, M. (2021). Bağımlılıkta Kognitif Davranışçı Terapi. N. Dilbaz, I. Göğcegöz, C. Noyan, ve Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.) *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde (s. 385-401). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
101. Şimşek, M., Dinç, M., Ögel, K. (2019). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: a cross-sectional study. *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446-454.
102. Tekin, K. (2021). Bağımlılığa Etki Eden Sosyal Faktörler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 47-58). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
103. Tokur, H. (2021). Bağımlılık Tanısı ve İlgili Kavramlar. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 147-176). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
104. Tomanbay İ., (2018) *Madde Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet, İstanbul Üniversitesi AUZEF Ders Kitabı*, İstanbul, s.30-35.

105. Townsend, M.C. (2016). Maddeyle İlgili Bozukluklar. C.T. Özcan, N. ve Gürhan, N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları içinde (ss. 280-313). Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi.
106. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM]. (2022). Türkiye Uyuşturucu Raporu. <https://www.narkotik.pol.tr/2022-turkiye-uyusturucu-raporu-yayinlanmistir> adresinden erişildi.
107. Türkçapar, H. (2019). Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkler ve Uygulamalar. İstanbul:Epsilon.
108. Uluğ, B.D. (2021). Bağımlılık Tedavisine Genel Bir Bakış. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme içinde (ss. 343-357). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
109. Uzbay, Tayfun; (2009a), “Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler”, *Türk Eczacıları Birliği Yayını/Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, sayı: 21-22, s.5-16.
110. Uzbay, T.İ. (2015). Madde Bağımlılığı: *Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*, İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi, s.210.
111. Uzbay İ.T. (2009). Madde bağımlılığının tedavisi. MİSED: Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi , s.65.
112. Yaman, Ömer M; (2014), “Uyuşturucu Madde Bağımlısı Gençlerin Aile İçi İlişkilere Yönelik Görüşleri: Esenler-Bağcılar Örneği”; *Addicta Dergisi* Bahar 2014, 99-132 DOI 10. 15805/addicta.2014.1.1.013.
113. Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., Evren, C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256.
114. Yılmaz, M., ve Cüceler, S. (2019). Alkol Bağımlılığı ve Damgalanma. *Bağımlılık a. Dergisi*, 20(3), 167-174.
115. Yıldırım, Esen; (2018), *Uyuşturucu Kullanımının Sosyolojik Boyutu Uyuşturucuya Yönelik Talep Azaltımı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.10.
116. Zastrow, Charles; (2015), *Sosyal Hizmete Giriş*, çev., Gizem Albayrak ve Çağlar Karaca, Nika yayınları, Ankara, s. 20.
117. Аведисова, А.С. (2003). Терапия астенических состояний. *Фарм. Вестник*, №11. - С. 12-13.

118. Бузник, Г.В., П.Д. Шабанов. (2020). Фармакотерапия нарушений астенического спектра у хирургических пациентов и пострадавших с сочетанными травмами с помощью сукцинатсодержащих препаратов. Вестник Смоленской гос. мед. академии. Т.17, №3. - С.17-30.
119. Бузник, Г.В., Шабанов, П.Д. (2017). Сравнение антиастенических свойств цитофлавина и феназепама у больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами. Изв. Рос. воен.-мед. академии. Т.36, №2 (прил. 1). - С.150-151.
120. Гулямов М.Г. (2001). Некоторые новые данные о клинике и систематике алкогольного делирия. Рос. психиатр, журн,—.—№ 3.—С. 15—21.
121. Лукачер Г.Я. (1989). Неврологические проявления алкоголизма. Медицина,— 272 с.

ƏLAVƏLƏR

Əlavə 1

Xülasə

Psixoaktiv maddə istifadəçilərində əksər hallarda yanaşı olaraq depressiya və təşviş pozuntusu yaranmaqdadır. Maddə istifadəsinin artımı bu pozuntuların səviyyəsinin də artmasına gətirib çıxarır. Depressiya və təşviş pozuntusunun simptomları şəxsə maddə istifadəsini dayandırmaq üçün çətinliklər törədir. Buna görə də psixoaktiv maddə asılılığından, eyni zamanda maddə istifadəsinə bağlı olaraq yaranan depressiya və təşviş pozuntusundan əziyyət çəkən şəxslərin reabilitasiya prosesində psixoterapiyalar tətbiq edilməkdədir. Tədqiqat Respublika Narkoloji Mərkəzində keçirilmişdir. Beləliklə, apardığımız tədqiqata görə sosial-demoqrafik göstəricilərin nəticəsinə uyğun olaraq tədqiqata cəlb olunan respondentlər arasında psixoaktiv maddə istifadəsinin müddəti, araşdırılan psixi pozuntuların dərəcəsi statistik olaraq hesablanmışdır. Bu şəxslərdə əsasən ailədaxili problemlər və dost qrupu ilə əlaqədar olaraq psixoaktiv maddə istifadəsinə erkən yaşda başlanılmışdır. Psixoaktiv maddələrdən asılı olan şəxslərin şəxsi sosial demoqrafik göstəricilərinə görə 100 nəfər arasında onlar ən az bir il müddətində psixoaktiv maddə istifadə etmiş və bu istifadə nəticəsində orta və ağır dərəcədə psixi pozuntular yaranmışdır.

Tədqiqat işinin əsas məqsədi psixoterapiya tətbiqi ilə depressiya və təşviş pozuntusunda sağalmanı sürətləndirmə olsa da, biz burada depressiya və təşviş pozuntusunun səviyyəsini ölçməliyik. Bu səviyyəni ölçməkdə əsas məqsədimiz xəstələrin psixoterapiyadan əvvəl və sonrakı vəziyyətlərini dəyərləndirməkdir. Tədqiqatda 20-30 yaş arası 115 psixoaktiv maddə asılılığından əziyyət çəkən pasiyent iştirak etmişdir.

Beləliklə, apardığımız eksperimental tədqiqatın nəticəsinə görə tədqiqat qrupunda tətbiq olunan psixoterapiyalar nəticəsində psixi pozuntuların dərəcəsində azalmalar müşahidə edildi. Kontrol qrupunda isə psixi pozuntuların dərəcəsi olduğu kimi qaldı yaxud artıq göstərdi. Bu da bizim əsas fərziyyəimizin özünü doğrultduğunu bir daha sübut etdi. Tədqiqat zamanı nəticələrin təhlili irəli sürdüyümüz əsas fərziyyənin statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu təyin etmiş olur. Belə ki, tədqiqat işinin köməkçi fərziyyələrində statistik dürüstlük ödənilmir.

Summary

In most cases, psychoactive substance users have depression and anxiety disorder. An increase in substance use leads to an increase in the level of these violations. Depression and anxiety disorder symptoms make it difficult for a person to stop using substances. Therefore, psychotherapies are used in the rehabilitation process of people suffering from psychoactive substance addiction, as well as depression and anxiety disorders caused by substance use. The study was conducted at the Republican Narcology Center. Thus, according to the results of the socio-demographic indicators, the duration of psychoactive substance use and the degree of investigated mental disorders among the respondents involved in the study were statistically calculated. In these individuals, psychoactive substance use started at an early age, mainly due to family problems and friends. According to the personal socio-demographic indicators of persons addicted to psychoactive substances, among 100 people, they used a psychoactive substance for at least one year, and as a result of this use, moderate and severe mental disorders occurred.

Although the main objective of the research study is to accelerate the recovery of depression and anxiety disorder through the application of psychotherapy, we need to measure the level of depression and anxiety disorder here. Our main goal in measuring this level is to evaluate the condition of patients before and after psychotherapy. 115 patients between the ages of 20 and 30 suffering from psychoactive substance addiction took part in the study.

Thus, according to the results of our experimental study, reductions in the degree of mental disorders were observed as a result of psychotherapies applied in the research group. In the control group, the degree of mental disorders remained the same or increased. This proved once again that our main hypothesis was justified. During the research, the analysis of the results determined that the main hypothesis we put forward was statistically significant. Thus, statistical integrity is not paid for in the auxiliary hypotheses of the research work.

CƏDVƏLLƏRİN SİYAHISI

<i>Cədvəl 1. Tədqiq olunan şəxslərin təhsil səviyyəsi.....</i>	<i>41</i>
<i>Cədvəl 2. Təşviş pozuntusu göstəricilərinin normallıq testi.....</i>	<i>43</i>
<i>Cədvəl 3. Depressiya pozuntusu göstəricilərinin normallıq testi.....</i>	<i>43</i>
<i>Cədvəl 4. Tədqiqatın ilkin mərhələsində HDRS cədvəli üzrə müstəqil qrupların göstəriciləri və kriteriyaları.....</i>	<i>45</i>
<i>Cədvəl 5. Tədqiqatın ilkin mərhələsində HARS cədvəli üzrə müstəqil qrupların göstəriciləri və kriteriyaları.....</i>	<i>46</i>
<i>Cədvəl 6. Kontrol qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HARS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi.....</i>	<i>47</i>
<i>Cədvəl 7. Tədqiqat qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HARS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi.....</i>	<i>48</i>
<i>Cədvəl 8. Kontrol qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HDRS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi.....</i>	<i>49</i>
<i>Cədvəl 9. Tədqiqat qrupda tədqiqatın ikinci mərhələsində HDRS cədvəli üzrə klinik göstəricilərin müqayisəsi.....</i>	<i>50</i>

Sosial demoqrafik anket

1. Yaşınız

2. Cinsiniz
Qadın
Kişi

3. Ailə vəziyyəti
Evli
Subay

4. Ailə tərkibi
Tək yaşayıram
Ailəm ilə yaşayıram

5. Təhsil səviyyəniz
Natamam
Orta
Ali

6. İstifadə müddəti
3 aydan az
3-6 ay
6-12 ay
1 ildən çox

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

İlk 17 bəndin ümumi ballar

0-7 – Norma

8-13 – Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu

14-18 – Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

19-22 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

> 23 – Çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D)

1. Depressiv əhval-ruhiyyə (məyusluq, ümidsizlik, əlacsızlıq, özünü əhəmiyyətsiz hiss etmə)

0 – yoxdur

1 – bu hisslər yalnız sorğu zamanı məlum olur

2 – bu hisslər sorğusuz da spontan olaraq verbal ifadə olunur

3 – bu hisslər həm verbal, həm də qeyri-verbal (xəstənin mimikası, pozası, səsi, ağlaması) vasitələrlə ifadə olunur

4 – xəstə yalnız bu hissləri həm spontan verbal ifadələrlə, həm də qeyri-verbal şəkildə ifadə edir

2. Günah hissi

0 – yoxdur

1 – öz-özünü günahlandırır, hesab edir ki, digər insanları pis vəziyyətdə qoyub

2 – günah fikirləri, keçmişdə edilən səhvlər və ya günahlar barədə fikirləşir

3 – hal-hazırkı xəstəliyi cəza kimi qəbul edir; günahkarlıq sayıqlamaları

4 – xəstə günahlandırıcı və hədələyici səslər eşidir və ya onda hədələyici görmə hallüsinasiyaları (qarabasma) olur

3.İntihar niyyətləri

0– yoxdur

1– hiss edir ki, yaşamağa dəyməz

2– ölməyi arzulayır və ya ölüm ehtimalları barəsində fikirləşir

3– intihar fikirləri və ya intihar jestləri

4 – intihar təşəbbüsləri (hər hansı ciddi intihar təşəbbüsü 4 balla qiymətləndirilir)

4.Erkən yuxusuzluq

0– yoxdur

1– şikayət edir ki, vaxtaşırı yuxuya getməyə çətinlik çəkir (məsələn, 30 dəqiqədən artıq)

2– hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir

5.Gecə ərzində yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

2 – şikayət edir ki, gecə ərzində dəfələrlə oyanır – hər hansı yataqdan durma halı (fizioloji tələbatları ödəməkdən başqa) 2 balla qiymətləndirilir

6.Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

0– yoxdur

1– erkən səhər saatlarında oyanır, lakin yenidən yuxuya gedir

2– yataqdan durduqdan sonra yenidən yuxuya getmək mümkün deyil

7.İş və fəaliyyət qabiliyyəti

0 – çətinliklər yoxdur

1 – qabiliyyətsizlik fikirləri və hissləri; fəaliyyətlə (iş və ya hobbisi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi

2 – fəaliyyətə (iş və ya hobbisi) olan marağın itməsi; xəstə bunu birbaşa şikayətlərlə və ya dolayısı yollarla – süstlük, qətiyyətsizlik (fəaliyyətə başlamaq və ya onu davam etdirmək üçün əlavə cəhdlərin lazım olması hissi) ifadə edir

3– fəaliyyətə sərf olunan real vaxtın azalması və ya fəaliyyətin səmərəliliyinin azalması

4 – xəstəlik nəticəsində işin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət işlərindən başqa digər fəaliyyət göstərməməsi və ya gündəlik məişət işləri ilə də köməksiz məşğul ola bilməməsi 4 balla qiymətləndirilir.

8. Psixomotor süstlük (təfəkkürün və nitqin ləngiməsi, diqqəti cəlb etmə qabiliyyətinin azalması, motor aktivliyinin azalması)

0 – normal nitq və təfəkkür

1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir

2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir

3 – müsahibə keçirmək çətindir

4 – tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

0 – yoxdur

1 – həyəcan qeyd edilir

2 – həyəcanlı əl hərəkətləri, saçla oynama və s.

3 – xəstə həyəcandan bir yerdə otura bilmir

4 – daim barmaqları şaqqıldatmaq, dırnaqları çeynəmək, saçı yolmaq, dodaqları dişləmək

10. Təşviş (psixoloji)

0 – yoxdur

1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma

2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirməsi

3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir

4 – sorğusuz da ifadə edilən qorxular

11. Təşviş (somatik əlamətləri) Təşvişin fizioloji əlamətləri (məsələn, vegetativ sinir sisteminin hiperreaktivliyi, titrəmələr, dispepsiya, qarın nahiyəsində sancılar, diareya, gəyirmələr, ürək döyünləri, hiperventilyasiya, paresteziyalar, dərinin qızarması, tərləmələr, baş ağrıları, sidiyə getmənin tezləşməsi. Dərmanların mümkün olan yanaşı effektlərinə (məsələn, ağızda quruluq, qəbizlik) aid olan şikayətlər barəsində sorğudan daşın.

0 – yoxdur

- 1– yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2– orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

12. Qastrointestinal somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – iştahanın itməsi, lakin xəstə başqalarının təkidi olmadan qidanı qəbul edir. Qida qəbulunun miqdarı təxminən normaldır
- 2 – başqaların təkidi olmadan qidanın qəbulunda çətinliklər.
- 3 – əhəmiyyətli dərəcədə qida qəbulunun miqdarının azalması

13. Ümumi somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – ətraflarda, başda, kürəkdə ağırlıq hissi. Baş, kürək, əzələ ağrıları, enerjinin itməsi, tez yorulma
- 2 – yuxarıda göstərilən simptomlardan hər hansının kəskin dərəcədə ifadəsi 2 balla qiymətləndirilir

14. Cinsi simptomlar (libidonun itməsi, cinsi aktivliyin enməsi, menstrual pozuntular)

- 0– yoxdur
- 1– yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2– kəskin dərəcədə ifadə olunub

15. İpoxondriya

- 0 – yoxdur
- 1 – öz bədəninə artmış diqqət
- 2– xəstənin əsas diqqəti öz sağlamlığı ətrafında cəmlənib
- 3 – tez-tez səhhəti barəsində şikayət edir, ona kömək etməyi xahiş edir və s.
- 4 – ipoxondrik sayıqlama fikirləri

16. Bədən çəkisinin azalması

- A. anamnezə əsasən
- 0 – yoxdur

- 1 – mövcud olan xəstəlik nəticəsində ehtimal edilən bədən çəkisinin azalması
 - 2 – əhəmiyyətli dərəcədə bədən çəkisinin azalması (xəstənin sözlərinə əsasən)
- B. həftəlik bədən çəkisinin ölçülməsinə əsasən
- 0 – yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az
 - 1 – həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama qədəri
 - 2 – həftədə 1 kiloqramdan artıq

17. Öz halına tənqidi yanaşma

- 0 – öz halına tənqidi var, anlayır ki, xəstədir və depressiya halındadır
- 1 – xəstəlik olduğunu qəbul edir, lakin onu yalnız pis qida ilə, iqlimlə, yorğunluqla və s. əlaqələndirir
- 2 – öz halına tənqidi yanaşma yoxdur, xəstə olduğunu tamamilə inkar edir

18. Gün ərzində əhval-ruhiyyənin dəyişməsi (A və B bəndlərə əsasən)

A. Xəstənin halının günün hansı hissəsində ağırlaşmasını qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – səhərlər
- 2 – axşamlar

B. Əgər xəstənin halının gün ərzində dəyişməsi mövcuddursa, bu dəyişmələrin hansı dərəcədə olduğunu qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – yüngül dərəcədə dəyişir
- 2 – nəzərə çarpan dərəcədə dəyişir

19. Depersonalizasiya və derealizasiya (öz şəxsiyyəti və ətraf mühitlə bağlı anlayışın dəyişməsi; məsələn, qeyri-reallıq hissi, nihilistik fikirlər)

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

20. Paranoid simptomlar

0 – yoxdur

1 – ifrat dərəcədə şübhəlilik

2 – münasibət ideyaları

3 – təqib və münasibət sayıqlamaları

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

HAMILTONUN TƏŞVIŞ REYTINGİ CƏDVƏLİ (HARS)

Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəli (HARS) xəstənin təşviş simptomatikasının hesablanması üçün vəsaitdir. Əksər hallarda psixotrop dərman müalicəsinin qiymətləndirilməsində istifadə olunur. **Kliniki müsahibə keçirərək doldurulur.** Müxtəlif simptomları əhatə edən 14 bənddən ibarətdir. Hər bir bəndə aid olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətlənir: **0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub.**

1. TƏŞVIŞ ƏHVAL-RUHİYYƏSİ

Bu bənd xəstənin gələcək haqqında qeyri-müəyyənlik emosional halını əks etdirir; Narahatlıq, qıcıqlıq və qeyri-təhlükəsizlik hissləri; Xəstə qarşısı alınmayan bilinməyən dəhşətli halın baş verməsini gözləyir; Xəstə əksər hallarda ən pis nəticəni gözləyir.

0 – Adi haldan artıq olmayan (ya da ondan az olan) qeyri-təhlükəsizlik və qıcıqlıq hissləri müşahidə edilir

1 – Xəstədə adi haldan artıq olan qeyri-təhlükəsizlik və qıcıqlıq hissləri olduğu ehtimal edilir

2 – Xəstə bəzi hallarda çətinliklə idarə oluna biləcək təşviş, narahatlıq və ya qıcıqlıq hisslərinin mövcud olmasını bildirir. Bununla yanaşı bu təşviş hissləri o qədərdə vacib olmayan məsələləri əhatə edir və bu hisslər xəstənin adi həyat tərzinə təsir göstərmir

3 – Xəstədə bəzi hallarda çətinliklə idarə olunan təşviş və ya qeyri-təhlükəsizlik hissləri mövcuddur. Bu hisslərin çətinliklə idarə olunması onların vacib məsələlərlə bağlı olduğu ilə bağlıdır. Bəzi hallarda bu hisslər xəstənin adi həyat tərzinə mənfi təsir göstərir

4 – Yaxın gələcəkdə baş verəsi bədbəxtçiliklər barəsində xəstədə o qədər tez-tez vahimə hissləri keçirir ki, o xəstənin adi həyat tərzinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir.

2. GƏRGİNLİK

Bu bənd xəstənin rahatlıq tapmağa mümkün olmadığını, əsəbiliyini, bədən gərginliyini, titrəmələrini, təşviş nəticəsində yorğunluğunu əks etdirir. Xəstədə diksinmələr müşahidə edilir; Xəstə ağlamağa meyillidir; Xəstə narahatdır; Xəstədə titrəmələr müşahidə edilir

0 – Adi haldan artıq olmayan (ya da ondan az olan) gərginlik müşahidə edilir

1 – Xəstədə adi haldan bir qədər artıq olan gərginlik və əsəbilik ehtimal edilir

2 – Xəstədə tam daxili gərginlik əlamətləri aydın ifadə olunur və xəstə rahatlıq tapmır. Xəstənin halının çətinliklə nəzarət edilməsinə baxmayaraq, onun vəziyyəti adi həyat tərzinə mənfi təsir göstərmir.

3 – Daxili gərginlik və əsəbilik o qədər kəskin və tez-tez baş verir ki, o xəstənin gündəlik iş fəaliyyətinə bəzi hallarda mənfi təsir göstərir

4 – Gərginlik və rahatsızlıq xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə bütün gün ərzində mənfi təsir göstərir

3. QORXULAR

İnsan kütləsi arasında olmaqdan, qaranlıqdan, tanış olmayan insanlardan, tək qalmadan, heyvanlardan, ictimai yerlərdə olmaqdan və digər qorxular. Təşvişli fobiyaaların adi qorxulardan artıq dərəcədə ifadə olunmasına diqqət yetirmək lazımdır.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə təşvişli fobiyaaların mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Təşvişli fobiyalara nəzarət etmək o qədər çətindir ki, onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərmir

4 – Təşvişli fobiyaalar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə kəskin dərəcədə mənfi təsir göstərir.

4. YUXU POZUNTULARI

Xəstənin son üç gündə yuxu müddəti və dərinliyi qiymətləndirilir. Yuxuya çətinliklə getməsi, gecə vaxtı tez-tez oyanması, yuxusu zamanı qarabasmalardan əziyyət çəkməsi, səhərlər yuxudan oyanarkən zəiflik və yuxudan doymamaq hissi qeyd olunur. Qeyd: xəstə tərəfindən hipnotiklətin və sedativ dərmanların qəbul edilməsi bu bəndin qiymətləndirilməsində nəzərə alınmır.

0 – Yuxu pozuntusu yoxdur

1 – Yuxunun müddəti bir qədər azalıb (məsələn, yuxuya çətinliklə getməsi bağlı olaraq), lakin yuxunun dərinliyi dəyişməyib

2 – Yuxunun ümumi pozuntusu mövcuddur. Yuxunun müddətinin azalması ilə yanaşı, yuxu daha səthi olub.

3 – Yuxunun müddətinin azalması və yuxunun səthi olması kəskin dərəcədə ifadə olunub. 24 saat ərzində yuxu müddətləri cəmi 2-3 saat təşkil edir

4 – Yuxu o qədər səthidir ki, xəstə öz yuxusunu qısa müddətli mürgülər kimi təsvir edir.

5. ZEHNİ POZUNTULAR

Diqqəti cəlb etmək qabiliyyəti, gündəlik məsələlər barəsində qərar qəbul etmək bacarığı və yaddaşın zəifləməsi qiymətləndirilir.

0 – Diqqəti cəlb etmək qabiliyyəti və yaddaş norma çərçivəsindədir

1 – Xəstənin diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində və yaddaşda çətinliklər olduğu ehtimal edilir

2 – Xəstə böyük səyi nəticəsində öz adi gündəlik iş fəaliyyəti üzərində diqqəti cəlb edə bilər

3 – Xəstə diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində, gündəlik məsələlər barəsində qərar qəbul etmək bacarığında çətinliklərin olmasını və yaddaşının zəifləməsini əhəmiyyətli dərəcədə olduğunu bildirir. Məsələn, qəzet məqaləsini axıra kimi oxumağı və ya televiziya verilişinə axıra kimi baxmağı bacarmır.

4 – Müsahibə zamanı xəstədə diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində, qərar qəbul etmək bacarığında çətinliklər və yaddaşın zəifləməsi aydın müşahidə edilir

6. DEPRESSİV ƏHVAL-RUHIYYƏSİ

Həyata marağın azalmasının, angedoniyanın (zövq almağın itməsi); Qüssənin, depressiyanın, ümitsizliyin, köməksizlik və bacarıqsızlıq hissələrinin verbal və qeyri-verbal əlamətləri müşahidə edilir. Gün ərzində əhval-ruhiyyənin qeyri-sabitliyi qeyd olunur.

0 – Yoxdur

1 – Xəstənin adi haldan bir qədər artıq qəmgin odluğu ehtimal edilir

2 – Xəstənin qəmgin odluğu aydın olaraq müşahidə edilir, lakin köməksizlik və bacarıqsızlıq hissələri qeyd olunmur

3 – Xəstədə depressiyanın və ya ümitsizliyin qeyri-verbal əlamətləri aydın müşahidə edilir

4 – Fəryadın və köməksizliyin verbal və qeyri-verbal əlamətlərin ifadəsi müsahibənin məğzini təşkil edir və xəstəni bu hissələrdən yayındırmaq mümkün deyil.

7. SOMATİK ƏZƏLƏ SİMPTOMLARI

Əzələ zəifliyi, əzələ gərginliyi, əzələlərdə və oynaqalarda yerli və ya yayılmış ağrılar, səsin qəflətən kəsilib batması; Xəstə çənələrini sıxaraq dişlərini bir birinə sürtür; Əzələ tonusun yüksəlməsi və klonik qıcolmalar müşahidə edilə bilər.

0 – Adi hallar ilə müqayisədə artıq əzələ ağrıları və gərginliyi müşahidə edilmir

1 – Adi hallar ilə müqayisədə bir qədər artıq əzələ ağrıları və gərginliyi müşahidə edilir

2 – Simptomlar səciyyəvi ağrılar formasını alır

3 – Əzələ simptomları xəstənin gündəlik iş fəaliyyətinə və həyat tərzinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir edir

4 – Əzələ simptomları günün əksər zamanında xəstəni narahat edir və onun gündəlik iş fəaliyyətinə və həyat tərzinə xeyli dərəcədə mənfi təsir edir

8. SOMATİK SENSOR SİMPTOMLARI

Bu bəndə sensor hissələrin tez yorulması, zəifliyi və ya hiss orqanlarının funksional pozuntuları aiddir: qulaqlarda küyün olması, görmənin bulanıq olması, istilik və ya soyuqluq qabarmaları, gizildəmələr və s.

0 – Yoxdur

1 – Xəstədə simptomların ifadəsi adi hissiyyatlardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir

2 – Simptomların ifadə dərəcəsi qulaqlarda küyün olması, görmənin pozulması və dəridə gizildəmələr və ya gicişmələr səviyyəsinə çatır

3 – Yayılmış sensor simptomları xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Yayılmış sensor simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

9. ÜRƏK-DAMAR SOMATİK SİMPOMLARI

Taxikardiya, ürəkdöyümlər, sinədə olan ağrılar; damarlarda güclənmiş nəbzin hiss olunması, ürəkgetmə hissiyyatı.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə ürək-damar simptomlarının mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstə ürək-damar simptomlarına nəzarət etməkdə vaxtaşırı çətinlik çəkir və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Ürək-damar simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

10. RESPIRATOR SOMATİK SİMPOMLARI

Sinənin və ya boğazın sıxılma hissi; Boğulma hissi; Təngnəfəslik.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə respirator simptomların mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstə respirator simptomlarına nəzarət etməkdə vaxtaşırı çətinlik çəkir və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Respirator simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir.

11. QASTROİNTESTİNAL SOMATİK SİMPOMLARI

Udqumanın çətin olması, dispepsiya (mədədə qıvcırma hissi, yeməkdən sonra qarın ağrıları, qarında dolğunluq hissi, ürəkbulanma və qusma), disfagiya, qəbizlik; bədən çəkisinin azalması.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir (və ya simptomların ifadə dərəcəsi adi hallardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir)

2 – Bir və ya ondan artıq qastrointestinal simptomları mövcuddur, lakin xəstə onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstədə vaxtaşırı qastrointestinal simptomlara nəzarət etməyə çətinlik çəkir və bu hal xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Qastrointestinal simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

12. SİDİK-CİNSİYYƏT ŞİKAYƏTLƏRİ

Bu bənd sidiyə getməyin tezləşməsi və ya sidiyə getmə ehtiyac hissənin kəskin olması kimi qeyri-örqanik sidik simptomları əhatə edir. Dismenorreya, anorqazmiya, friqidlik, eyakulyasiyanın vaxtından qabaq olması, libidonun itməsi, ejeksiyanın pozulması, cinsi zəiflik.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir (və ya simptomların ifadə dərəcəsi adi hallardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir)

2 – Bir və ya ondan artıq sidik-cinsiyyət simptomları mövcuddur, lakin onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə mənfi təsir göstərmir

3 – Bir və ya ondan artıq sidik-cinsiyyət simptomlarının ifadə dərəcəsi o səviyyədədir ki, onlar vaxtaşırı xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Sidik-cinsiyyət simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

13. VEGETATİV SİMPTOMLAR

Ağızda quruluq, dərinin qızarması, dərinin solğunluğu, tərləmə və ya başgicəllənmə.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Bir və ya ondan artıq vegetativ simptomları mövcuddur, lakin onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə mənfi təsir göstərmir

3 – Bir və ya ondan artıq vegetativ simptomların ifadə dərəcəsi o səviyyədədir ki onlar vaxtaşırı xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Vegetativ simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

14. KLİNİKİ MÜSAHİBƏ ZAMANI XƏSTƏNİN DAVRANIŞI

Xəstənin zahiri görünüşü gərgin, əsəbi, təşvişli, rahatsız ola bilər. Müsahibə zamanı xəstənin bir yerdə gərər tapa bilməzəsi, təşvişli əl-qol hərəkətləri və yerişi, sifətin gərgin və qaşqabaqlı ifadəsi, xəstənin vurxunması, tərləmələr, təngnəfəslik müşahidə edilə bilər. Bu kimi müşahidələrin ümumi qiymətləndirilməsi edilir.

0 – Zahiri görünüşü təşvişli deyil

- 1 – Xəstənin təşvişli olması ehtimal edilir
- 2 – Xəstə orta dərəcədə təşvişlidir
- 3 – Xəstənin təşvişli olması əhəmiyyətli dərəcədədir
- 4 – Xəstənin zahiri görünüşü və davranışı onun tamamilə təşvişdə olduğunu bildirir; məsələn, bütün bədəni titrəyib əsir.