

Yaşam Kalitesi Terapisi ve Bağımlılıkta Kullanımı: İki Olgu Örneği

Quality of Life Therapy And Usage in Addiction: Two Case Examples

Aslı Zeynep BAŞABAK BHAIS*

Doi: 10.32739/usmut.2023.8.14.89

Öz

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre yaşam kalitesi "bir bireyin değerleri ve yaşadığı kültür içerisinde, hedefleri, beklentileri, standartları ve istekleri ile ilişkili olarak yaşamında bulunduğu noktaya dair algısıdır" (WHOQOL Group, 1995). Kişinin sadece hastalık durumunun olmaması değil, bedensel, zihinsel ve sosyal açıdan ihtiyaçlarının karşılandığı "iyi olma hali"nde olmasıdır. Bu tanımla yaşam kalitesi kişinin subjektif değerlendirmesine bağlıdır. Yani kişinin yaşamının gerçek koşullarından çok yaşamına dair öznel değerlendirmelerine bağlı olduğu ifade edilmektedir. Buna göre yaşam kalitesini arttırmak için kişinin yaşam standartlarından memnun olması beklenir (Bobes vd, 1997).

Yaşam kalitesi ve yaşam doyumu birbiriyle yakından ilişkili iki kavramdır. Genel olarak yaşam kalitesi kişinin iş, ilişkiler, keyif alanları, yaşam standartları gibi alanlarda olmak istediği ile var olan durumu arasındaki farka bağlı yaşadığı doyuma bağlıdır. Kişinin bu alanlara bakışı, değerleri ve hedefleri, yaşamdan alacağı doyumu etkilemektedir (Frisch, 2006). Bu tanıma göre mutluluğu belirleyen şey sadece kişinin gerçek yaşam koşulları değil aynı zamanda bu koşulları algılama şekli, beklentileri ve hedefleridir. Bu yazıda yaşam kalitesinin önemi ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik geliştirilen Yaşam Kalitesi Terapisi hakkında bilgi vermek ve bu terapinin kullanıldığı iki farklı olgu örneğini aktarmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler:

Yaşam Kalitesi, Bağımlılık, Terapi

Abstract

According to the World Health Organization, quality of life is "an individual's perception of where they are in life in relation to their goals, expectations, standards and aspirations within their values and culture" (WHOQOL Group, 1995). It is not only the absence of a disease state, but also the "well-being" where physical, mental and social needs are met. With this definition, quality of life depends on the subjective evaluation of the person. In other words, it is stated that it depends on the subjective evaluations of one's life rather than the real conditions of his life. Accordingly, in order to increase the quality of life, the person is expected to be satisfied with their living standards (Bobes et al, 1997). Quality of life and life satisfaction are two closely related concepts. In general, the quality of life depends on the satisfaction that a person experiences depending on the difference between the state he wants to be and the current state. A person's view of these areas, values and goals affect the satisfaction he will get from life (Frisch, 2006). According to this definition, what determines happiness is not only the person's real life conditions, but also the way they perceive these conditions, their expectations and goals. In this article, it is aimed to give information about the importance of quality of life and the Quality of Life Therapy developed to increase it, and to present two different case examples in which this therapy was used.

Keywords:

Quality of Life, Addiction, Therapy

* Üsküdar Üniversitesi, İTBF, Dr. Öğr. Üyesi, aslibasabak@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-2712-3142.

GİRİŞ

Yaşam Kalitesi Terapisi

Yaşam Kalitesi Terapisi (YKT), Pozitif Psikoterapiler adı altında Frisch (2006) tarafından geliştirilen bir yaklaşımdır. YKT’de amaç, bireylerin en sevdikleri ihtiyaçlarını keşfetmelerine, onlara ulaşmak için çabalamalarına ve bu ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmaktır (Campbell, 1976). YKT’ye göre bireyin yaşadığı olumsuz duygular hedeflerine ulaşmasını ve ihtiyaçlarını karşılamasını engeller. Bu sebeple terapide mutluluk için olumsuz duyguların kontrolüne vurgu yapılır. Bunu yaparken bireye yaşam memnuniyetini arttırmaya dayalı birtakım beceriler ve ilkeler öğretilir (Frisch, 2006).

YKT, bireyin yaşamında memnuniyetini belirleyen 16 değerli yaşam alanı olduğunu söyler. Bu yaklaşıma göre kişinin bu alanlarla ilgili hedef, beklenti ve standartlarına ne kadar yakın olduğu o alanla ilgili memnuniyetini belirler. Memnun olunan alanların fazlalığı ise memnun olunmayan alanlardaki mutsuzluğu azaltacağı gibi genel yaşam memnuniyetini belirlemede etkilidir (Campbell, 1976; Diener vd, 2003; Frisch, 1998). YKT’ye göre bireyin yaşamındaki 16 değerli alan; sağlık, iş, para/yaşam standartları, özsaygı, hedefler ve değerler, öğrenme, yaratıcılık, diğerlerine yardım etme, aşk, arkadaşlar, çocuklar, aile-akrabalar, ev-komşular, toplum, eğlence-hobilerdir. YKT’de amaç bireyin yaşamındaki değerli alanların neler olduğunu keşfetmek ve bu alanlarda uzun vadeli hedeflerini tespit edip onlara ulaşmasını sağlamaktır. Terapi süresince yapılan tüm yaklaşımlar kişinin değerli alanlarında uzun vadeli amaçlarına ulaşması ile yakından ilişkilidir.

YKT, danışanların en çok değer verdikleri alanlardaki memnuniyetini artırırken CASIO adında bir model kullanır. Bu modelin yanında danışanlara farkındalık kazandırmak ve ihtiyaç duyulan becerilerini geliştirmek amacıyla bir takım ilke ve becerilerin öğretilmesini içerir. CASIO adı altındaki 5 faktörlü bu model YKT’nin temelini oluşturur. Bu faktörler: yaşam koşulları (conditions of life), tutumlar (attitudes), standartlar (standards), önemlilik (importance) ve genel yaşam doyumdur (overall life satisfaction). CASIO modeli faktörlerin baş harflerinin bir araya gelmesinden adını almıştır. Terapide, bireyin yaşamındaki memnuniyetsizlik alanları belirlenir ve düşük olan değerli alanların birine ya da hepsine CASIO modeli uygulanır. Terapide amaç, bu alanlarda kişinin olmak istediği ve olduğu nokta arasındaki farkın azalması ve kişinin istek ve ihtiyaçlarının karşılanması, bu değerli alan/larla ilgili memnuniyetinin artması sonucunda yaşam kalitesini arttırmaktır (Frisch, 2013; Diener vd, 2003; Frey vd, 2001).

YKT, hem klinik hem de klinik olmayan bireylere uygulanabilir. Bu amaçla Yaşam Kalitesi Terapisi ve yaşam kalitesi koçluğu olmak üzere iki tür kullanımından bahsetmek mümkündür. YKT, danışanın DSM tanısına sahip olması durumunda o taniye özgü Beck’in Bilişsel Terapisi ile birlikte kullanılır. Bir başka deyişle var olan psikopatolojinin bilişsel formülasyonu ile pozitif psikolojinin entegrasyonudur. YKT, yapılandırılmış bir terapidir. Seansların yapısı, süreci, işleyici ayrıntılı olarak yapılandırılmıştır. Etkinlik çalışmalarında danışanların yaşam kalitesini arttırmada ortalama 10-15 seansın yeterli olduğu görülmüştür (Frisch, 2000; Grant vd, 1995). Bugün bu terapi türünün birçok psikopatolojide özellikle depresyon, anksiyete, bağımlılık gibi psikopatolojilerde hem grup hem de bireysel tedavide başarıyla kullanıldığı bilinmektedir (Frisch, 2006).

Yaşam Kalitesi ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Literatüre bakıldığında bağımlılık ve yaşam kalitesi kavramlarının sıklıkla birlikte ele alındığı görülmektedir. Bağımlılık, kişinin fiziksel, psikolojik, mesleki, sosyal, ailesel açıdan sorun yaşadığı bir hastalıktır. Birçok çalışmada bağımlılığın yaşam kalitesini bozduğu belirtilmiştir (Koolae vd, 2016; Chen vd., 2006). Literatürdeki sınırlı çalışmalar, madde kullanımının alkol kullanımına oranla daha fazla bireyin yaşam kalitesini bozduğunu göstermektedir (Puigdollers vd, 2004; Smith vd, 2003).

Madde kullanım bozukluğu (MKB) tedavisinde tedaviyi yarıda bırakma sık gözlemlenir. Hastalar, kullanım hakkında değişim görememek, bırakmayı sürdürememek, bırakma motivasyonunun azalmış olması gibi pek çok farklı nedenden dolayı tedaviyi yarıda bırakabilmektedir. Yapılan bir çalışmada ayaktan tedavide hastaların tedaviyi yarıda bırakmalarının nedenleri incelendiğinde hastaların % 33'ünün aldıkları tedavi programlarında farklı bir şey yapmış olma durumunda devam edebileceklerini ifade ettikleri görülmüştür. Yine aynı çalışmada hastaların %54'ü tedavi sırasında özellikle mesleki/ eğitim ve barınma gibi sosyal hizmet ihtiyaçlarının karşılanmamış olması neden olarak gösterilmiştir (Laudet vd, 2009). Bu nedenle MKB olan bireylerin bu alanlarda sorun yaşamaları ve yaşam kalitelerinin de bu alanlarda yaşadıkları sorunlara bağlı bozulması beklenen bir durumdur (Rudolf vd, 2002).

YKT, MKB tedavisinde bireyin sadece kullanımı bırakmasına, istekle baş etmesine değil genel olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanması gerektiğini düşünür (McLellan vd, 1992). Yaşam kalitesi ve bağımlılık arasında iki yönlü bir ilişkiden bahsedilebilir. Bağımlılık, bireyin yaşam kalitesini bozduğu gibi, bırakma döneminde düşük yaşam kalitesinin varlığı da bağımlılık hastalığının nüksüne sebep olabilmektedir. İyileşme, bireyin sağlıklı bir şekilde yaşam kalitesini iyileştirebildiği bir değişim sürecini içermektedir (Laudet, 2011). MKB olanların maddeyi bıraktığı dönemde yaşam kalitesi ve mutluluk düzeylerindeki artışın bırakma motivasyonunu olumlu etkileyeceği için tekrar madde kullanımı olasılığını azaltacağı düşünülmektedir (Laudet, 2011; Blomqvist, 2009; Foster vd, 1998; Rudolf vd, 2002).

Yaşam Kalitesi Terapisi'ne Dayalı Bireysel Psikoterapi Programı

Frisch (2006) tarafından geliştirilen YKT yapılandırılmış bir terapi programıdır. Hem oturum içinde hem de oturumlar arası ev ödevleri olarak kullanılacak pratik müdahale stratejileri de kullanılmaktadır. Makalede de sunulan vaka örneklerine uygulanan terapilerin yapısı şu şekilde özetlenebilir:

1.Değerlendirme: Hastanın DSM tanıları ve yaşam alanları açısından değerlendirilmesi yapılır. Bunun için klinik gözlemin yanında SCL-90 ve yaşam alanları formları kullanılır. Ayrıca kişinin hayatındaki önemli alanları ve bu alanlardaki yaşam boyu hedeflerini görebilmek adına hastaya ilk seansın sonunda Frisch tarafından görüşmelerde bu amaç için kullanılması adına geliştirilen Vizyon Araştırması (Vision Quest) formu verilir.

2.Memnuniyetsizlik alanları: Gerek hastanın şikâyet alanları gerekse yaşam alanları form sonuçlarına göre kişinin hayat memnuniyetini düşüren alanlar saptanır. Bu seansta amaç "hangi yaşam alanları hasta için mutsuzluk yaratıyor" sorusunu cevaplamaktır. Bu aşamada

klirik görüşmede sorgulanmasının dışında vizyon araştırması formu sonuçları da hangi alanların kişinin hedef, beklentilerine uygun olmadığını saptamada yardımcı bir araçtır.

3.Memnuniyetsizlik nedenleri: Kişinin mutsuz olduğu alanlara dair memnuniyetsizlik nedenleri sorgulanır. Bu seansta odaklanması gereken kişinin mutsuz olduğu yaşam alanlarındaki tüm memnuniyetsizlik nedenlerini bulabilmektir.

4.Yaşam boyu amacı tanımlama: Hastanın Vizyon Araştırması formu sonucunda elde edilen bilgi kişinin bu alanda olmasını istediği hedefidir. Hedefleri belirlemede bu form terapist için yardımcı bir araçtır. Amaç kişinin nasıl bir değişim istediğini saptama ve bu hedefleri gerçekçi, somut ve değiştirilebilir bir yapıya sokmasına yardımcı olmaktır. Yaşam kalitesi terapisinde en önemli noktalardan biri kişinin önemli sorun alanıyla ilgili hedeflerini doğru tanımlayabilmesidir. Bunun için görüşmelerde Vizyon Araştırması formu yanında yine Yaşam Kalitesi Terapisi içinde kullanılmak için hazırlanmış “mutluluk pastası tekniği” ve “ölüm ilanı” ilkesi tekniği kullanılabilir.

5.Hangi CASIO Stratejisinde sorun olduğunu saptama: Bu seanslarda CASIO stratejileri hakkında danışana psikoeğitim verilir. Hastanın önemli gördüğü alanla ilgili tanımladığı memnuniyetsizlik nedenleri sonucunda hangi CASIO stratejisinde ya da stratejilerinde sorun olduğu belirlenir ve bu strateji/ler üzerine çalışılmaya başlanır. Terapist danışanın memnuniyetsizlik nedenlerini stratejiler açısından gruplarken danışanlara yardımcı olabilir.

6.Stratejiler üzerine çalışma: stratejiler konusunda nasıl bir sorun olduğu ve olması gereken birlikte planlanır. Bu strateji hedeflerine uygun değişim planı birlikte çıkarılır. En küçük adımla başlanır. Her strateji için bu amaçla hazırlanan çalışma kâğıtları ve uygulamalar uygun durumlarda kullanılır.

7.Nüks önleme çalışması: Var olan hedeflere ulaşılması halinde sürdürüm aşamasında nüks önleme üzerine çalışılır. Bu terapilerde hem danışanın hastalığının nüksleri hem de mutsuzluk nüksleri ele alınır. Nüks öncesi alarm işaretleri belirleme, nüksü önleme planları hazırlamak ve nüksle baş etme becerilerini geliştirmek amaçlanır (Frisch, 2013).

Yaşam kalitesi terapisinde kişinin ihtiyaçları, hedef ve beklentilerine ulaşması ana hedefdir. Yapılan her müdahale ve verilen her ev ödevi bu amaca hizmet etmektedir ve danışana bu ilişki doğrudan açıklanır. Terapistin görevi, danışanın yaşam hedeflerine ulaşması için gerekli farkındalığı ve beceriyi kazanmasına yardımcı olmaktır. Yaşam Kalitesi terapisinde danışanların sorunlarla başa çıkmak ve mutlu olmak için ellerinden gelenin en iyisini yaptıkları varsayılır. Ancak bazı durumlarda kişinin bunu yapmak için gerekli beceri ve farkındalığa sahip olmadığı düşünülür. Bu sebeple terapi sürecinde bu bilgi danışanlara aktarılır.

YKT Olgı Örnekleri 1

Katılımcı

T.A., 2018 yılında polikliniğe başvuran, 27 yaşında, evli, 5 aylık çocuğu olan, üniversite 4. sınıf terk, babayla çalışan erkek bir danışandır. Hastaneye ilk başvurusunda bekârdı; anne, baba ve kız kardeş ile yaşıyordu, düzenli çalışma hayatı yoktu. Tedavi başvurusunda şikâyet-

ti 3 yıldır devam eden sıkıntıların varlığı, mutsuzluk, isteksizlik, keyifsizliktir. Ayrıca intihar düşüncelerinin varlığından ve bu düşüncelerle mücadele etmeye çalıştığından şikâyetçiydi. Danışanın son tedaviye başvurusunda aktif madde kullanımı yoktur. Ancak 1,5 yıl öncesine kadar düzenli kannabis kullanımı mevcuttur.

Prosedür

T.A ile toplamda yapılan 36 seansın 31'i Yaşam Kalitesi Terapisi yaklaşımında, 16 seans haftada bir, diğer seanslar 2 haftada ya da ayda bir olacak şekilde düzenlenmiştir. Danışanın halen terapileri devam etmektedir.

Vakanın Geçmişi

Kuruma ilk başvurusu 2018 yılında olan danışanın geliş şikâyeti kendi tanımıyla "3 yıldır sıkıntılarım fazla, mutsuzluk, isteksizlik, keyifsizlik yaşıyorum. İntihar dürtüsü hep var. Bu dürtüyle mücadele etmeye çalışıyorum." şeklindeydi. Danışanın geçmiş intihar girişimleri mevcuttu. İlk intihar girişimi 16 yaşlarında olan danışanın 2015-2018 yılları arası da 5 intihar girişimi olmuştur. Tüm intihar girişimleri ilaç içme yöntemiyle gerçekleşmiştir. Hastaneye başvurmadan 2 ay önce son intihar girişimi yine fazla miktarda ilaç içme şeklinde olmuştur. Hastanın tanısı, Madde Kullanım Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğudur.

Ailenin Görüşü

3 yıldır bu şikâyetlerinin olduğunu, ölüm düşünceleri, işe yaramıyorum düşüncesinin baskın olduğunu, kaygılarının yoğun olduğunu belirtmişler. Geçmiş dönemde 4-5 intihar girişiminin olduğunu, sinir krizleri geçirdiğini, evden dışarı çıkmadığını iletilmişlerdir. Danışanın çocukluk yaşantılarına dair öyküsü, baba ile çatışmalı, mesafeli ilişki tanımlıyor. Anne aşırı koruyucu ve kontrolcü yapıda birisi. Çatışmalı bir aile ortamında büyümüş. Çocukluk döneminden 20'li yaşlara kadar baba, anne ve kendisine fiziksel şiddet uygulamış. Bir süre sonra kendi deyimleriyle anneyi ve kendini koruma görevini almış. Çocukluk döneminde sosyal, aktif biriymiş fakat ortaokulda ders başarısı düşmeye başlayınca içe kapanmaya başlamış. Lisede DEHB tanısı almış ancak buna uygun bir tedavi almamış.

Geçmiş Psikiyatrik Öyküsü

5 yıl önce madde kullanımı ve depresyon sebebiyle ayaktan psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve ilaç tedavisi almış. 4 yıl önce bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi görmüş, yatışı sırasında 10 seans EKT tedavisi almış. 2018 yılında farklı bir psikiyatri hastanesinde 7 seans ketamin infüzyon tedavisi almış. Bu dönemde 1-2 ay süren iyilik halinden bahsetmektedir. Depresyon şiddetinin kendi tanımıyla 8-9'dan 2-3 seviyelerine indiğini belirtmektedir. Bu dönemde intihar düşüncelerinin olmadığını, 1-2 ay boyunca işe gidebildiğini söylemektedir. 2018 yılındaki yatarak tedavi sonrasında madde kullanımının olmadığını ifade etmektedir. 2019 yılında geçirdiği hipomanik ataktan 2 ay sonra depresyon ve intihar düşüncelerinin artması sebebiyle aynı kurumda 1 aylık yatarak tedavisi mevcuttur. Yatış öncesi kullandığı ilaçlar, Olanzapin 10 mg/gün, Lamotrigine 100 mg/gün, Quilonum Retard 900 mg/gün, Fluoksetin 40 mg/gün, Clonazepam 1 mg/gün. Yatarak tedavi sırasında uyumsuz davranışları olan, ajite bir hastaydı. Kendine ve başkasına zarar verme düşünceleri vardı. Obsesif ve depresif düşünceleri mevcuttu. Yatış sırasında tedavisine metilfenidat

36 mg, aripiprazol 5 mg/gün eklendi. Ayrıca Depresyon protokolünde 15 seans ardışık, 5 seans haftalık derin TMU (H1 başlık) uygulandı.

Bireysel Psikoterapi Süreci

Psikoterapi seanslarına Kasım 2019’ da başlandı. Halen terapileri devam etmekte olan danışanla şu ana kadar 36 seans yapıldı. İlk seansta belirttiği yakınmaları, *“yaşadığım şiddet, öfke, zarar verme isteğini bastıramıyorum”*. *“Evin dışında başıma bir şey gelecek diye korkuyorum”*, *“3 haftadır karamsarım, mutsuzum, ağlıyorum”* *“eşim hamile ona belli etmemeliyim”*, *“bacağıma faça atıyorum, bundan utanıyorum”*, *“içimde bir acı var”*, *“küçük bir kutuda hareketsiz gibiyim”* *“intihar edeceğim diye korkuyorum”* şeklindeydi. Madde kullanımı ile ilgili gündemi seanslar boyunca hiç getirmedi.

Terapiden beklentisi sorgulandığında *“anlık patlamalar yaşamayan sakin bir insan olmak; zarar verme dürtüsünün gitmesi, yaşadığım acının bitmesi, olumlu düşüncelerimin olması”* şeklinde soyut hedeflerinin olduğu görüldü. Seanslarda genel olarak danışanın isteksiz olduğu ve direncinin yüksek olduğu gözlenmekteydi. Seanslarda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Sorun Çözme Terapisi yaklaşımlarına uygun formülasyonlar hazırlandı. Gündemleri her seans hatta seans içinde sık sık değişiyordu. Terapiden beklentilerinin dışında gündemler getiriyordu. İlk etapta çalışmasını istediği kaygı, öfke gibi konularda istenilen gelişme kat edilmiyordu. Seanslarda üzerinde durmak istediği sorunlar, genel olarak dışarı çıkmaya dair obsesyonları (*“dışarı çıkarsam yakınlarımdan birinin başına kötü bir şey gelir”*), öfke-zarar verme düşüncesi olarak tanımladığı obsesif düşünceler (*“ya biriyle kavga edersem ya yaralanırsam”*), depresif yakınmaları, çalışmama durumuna dair çözüm üretme isteği üzerineydi. Ancak seanslarda direncinin yüksek olmasına rağmen bu konulara rasyonel açıklamalar getiriyordu. Seanslarda ikincil kazançları sorgulandı. Bu aşamada uzun bir süre seanslarda öfke duygusunu ortaya çıkardı ve terapistle çatıştı. Ardından bu obsesyonların ikincil kazancı olarak, işe gitmek istememe ancak *“işe giderek ve çalışarak bir şeyleri hak etmeliyim”* şeklindeki ambivalans düşüncesinin yarattığı kaygıyla baş etmek olduğu çıkarıldı. Terapilere başladıktan 5 seans sonra terapileri bırakmak istediğini ifade etti. Kabul edildi ve seanslar sonlandırıldı.

1 ay sonra kendisi tekrar randevu aldı. Görüşmede son 1 aydır depresyonda olduğunu ve tekrar haftalık görüşmeler yapmak istediğini belirtti. Danışanın halen direnci vardı ve seanslar halen çatışmalı geçiyordu. Seanslarda sık sık terapistle öfke duygusunu çıkarıyordu. Seanslar kısa yoldan, emek vermeden mutlu olma, hazzı ulaşma isteği üzerine gidiyordu. İlaç ya da TMU benzeri dışarıdan müdahale ile mutlu olma talebi vardı. Bu düşüncesi sorgulandığında danışanın *“dışarıdan bir müdahale bunu sağlayamıyorsa ben hiç başaramam”* düşüncesinin etkin olduğu çıkarıldı. Bu düşünceden yola çıkarak *“başarı, yeterlilik”* kavramları üzerinde durulmasına karar verildi.

Danışanla Şubat 2020’ de Yaşam Kalitesi Terapisi yaklaşımına uygun çalışılmaya başlandı. İlk olarak haz odaklı olması ve olumsuz duyguya tahammülünün olmaması sebebiyle mutluluk kavramı ve kendini tanıma üzerine çalışıldı. Asıl sorunun *“her zaman mutlu olması gerektiğini düşünmesi, hazzın hep olmamasını başarısızlık olarak görmesi, başarının kendisi için önemli bir kavram olduğu”* sonucu çıktı. Danışanın Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Frisch tarafından hazırlanan *“Vision Quest”* formu ile hayatındaki yaşam memnuniyetini düşüren alanlar ve bu alanlarda uzun vadeli hedefleri saptandı. Danışanın sorun gördüğü

değerli alanları: İş - para- benlik saygısı - aile/akrabalar- manevi yaşam olarak tespit edildi.

İş alanı en şiddetli sorun alanı olmasına rağmen değişimin olmayacağını düşündüğü bir alandı. İşinden memnun değildi ancak başka bir iş bulmak için yeterli olmadığını düşünüyordu. Bu sebeple bu alanı ilk etapta çalışmak istemedi. Seanslarda başarı ve yeterlilik kavramları üzerinde yeniden çerçeveleme yapıldı. İlk kırılma cümlesi “İş alanında başarılı değilsem bu başka alanlarda başarılı olmayacağım anlamına gelmez”, “yüksek haz olmazsa bu iyi değildir” düşüncelerinin gerçekçi olmadığını ifade etti. Yeni tanımına göre başarılı hissetmek için yeni haz alanları arandı. Danışan bu sürece “Hazzı çeşitlendirmek” adını koydu. Ancak ilk aşamalarda bulduğu dil öğrenmek, yeni bir beceri edinmek gibi alanlarda da hedefleri yüksekti. “İspanyolca öğrenmek yerine Çince öğrenmeliyim” gibi. Buradaki düşüncesi “zor olanı yaparsam bu başarıdır” “herkesin yapmadığı bir şey yapmalıyım” düşünceleri halen kısmi olarak aktifti. 3. YKT seansında gözlemlenen; daha aktif, yapıcı ve objektif değerlendirilen, sorunları tanımlaması ve örneklendirmesinin daha iyi olduğuydu, direnç azalmıştı ve gündemleri stabildi. Direnç azaldıkça ve genel yaşam memnuniyetinde artış gözlemlendikten sonra asıl sorun alanına geçilebildi ve iş alanı çalışma alanı olarak seçildi. Öncelikle bu alanın memnuniyetsizlik nedenleri çıkarıldı: “Net maaşının olmaması, çalışan kişilerin kendisine göre boş olduklarını düşünme” çok detaylı bir iş olduğunu ve işe hâkim olamayacağını düşünme, babayla çalışıyor olmasının zor olduğu, işi sevmemesi, heyecanlanmaması ve oraya ait hissetmemesi, işte yetkisinin olmaması, sıradan bir çalışan olmak istememesi” gibi. 10 yıldır orada çalışan kuzeninin kendisinin üst bir pozisyonunda olmasından dolayı kendisini değersiz hissetmesi gibi nedenler çıkardı. Bu alanla ilgili hedefi işte hemen yönetici olarak çalışmaya başlamaktı. Bu CASIO modeline göre yüksek standartlar ve hedeflere bağlı mutsuzluk yaratan bir durum olarak ele alındı. Çıkarttığı memnuniyetsizlik nedenlerin özünde işte çok bilgisi ve deneyimi olmamasına rağmen daha üst görev verilmemesine bağlı mutsuzluktu. Babadan yönetimde olmayı talep ediyor, babası yetki vermediği için onu suçluyor, değişimin babadan gelmesi gerektiğini düşünüyordu. Yine kısa yoldan haza ulaşma isteği burada da sorunun sebebiydi. İşin koşulları arasında çalışma arkadaşları ve işin tanımı, tutumlara dair işe başaramayacağına dair algulamaları memnuniyetsizlik yaratmaktaydı. Değiştirilebilecek koşullar ve tutumların geçerliliği sorgulandı. Hedefin gerçekçiliği ve olası sonuçları üzerine çalışıldı ve hedefi küçültmek üzerine denemeler planlandı. Yeni hedefi sadece bir çalışan olarak işi öğrenmeye odaklanmak olarak belirlendi. İş alanında önce var olan koşullarda çalışıp sonra terfi almayı bekleme kararı verdikten sonraki süreçte gelişme çok daha hızlıydı. İşte düzenli ve aktif çalıştı. Sorumluluk aldı, bilmediği konuları babaya sordu. Daha önce sorarsa babanın cevaplamayacağını, önemsemeyeceğini düşünüyordu ancak denediğinde bu düşüncesinin yanlış olduğunu keşfetti. Aksine babanın da çalışma düzeniyle ilgili olumlu geribildirimleri oluyordu. 5 seans YKT sonrası seansta şu geribildirimini verdi: “Uzun bir zamandır hayatımda ilk defa stabil olduğum bir dönem yaşıyorum. Doktorumdan beni yükseltecek bir ilaç istemekten korkuyorum. İlaç alırsam var olan iyilik halimin bozulmasından endişeleniyorum.” 7. seans “olayları kabullenmeye başladığımda başlarda zor oldu, sancılıydı. Ama şimdi değiştiremeyeceklerimi kabul etmek işe yaradı”, “hayatımda hiç bu kadar iyi bir dönemim olmamıştı”. Danışanın kendi geribildirimlerinden de anlaşılacağı gibi YKT seansları boyunca duygu regülasyonu daha iyiydi ve hiç öfke patlaması yaşamadı. Bu süreç içerisinde dışarı çıkmaya veya öfkesini kontrol edemeyeceğine dair obsesif düşüncelerle ilgili hiç şikâyet getirmedi. İş alanında hedeflerine ulaşınca yeni gündemler getirmeye başladı; para yönetimi becerisi gibi. Bu alanda da YKT para yöne-

timi protokolü uygulandı. Kısa sürede hedefine ulaştı ve para biriktirmeye başladı.

Yaşam Kalitesi Terapisinde hedeflere ulaşıldıktan sonraki aşama nüks önleme üzerine çalışmaktır. Burada iki tür nüksten bahsedilir: DSM tanısı ve mutsuzluk nüksü. Danışanla her iki nükse dair alarm işaretleri belirlenir ve olası nüksü önlemek için planlar hazırlanır. Danışanın bebeğinin doğumu sonrasında yoğun çalışma şartları ve bebeğe adaptasyon sürecinde kendisine zaman ayıramadığını düşünerek gerginliğinde artış oldu. Bu durum öncesinde öngörülmuş bir dönemdi ve bu dönemde geçmişte kullandığı sorun çözme davranışı kalıpları olan pasif agresif çözümler ortaya çıkıyordu. Genel olarak çevresine karşı isteklerini/ ihtiyaçlarını talep edemiyor ve öfkeli tepkilerle ya da ya hep ya hiç düşünce tarzıyla çözüm üretiyordu (aile, eş gibi). Seansta nüks üzerine durum tekrar değerlendirildi ve 2 seans duyguları tanıma ve ifade çalışıldı. İletişimde en çok zorlandığı kişi babaydı. Seanslar sürecince babayla iletişimi arttı. Öfkelenmek yerine onun duygularını anlamaya çalıştı ve bu dönemi stabil geçirdi. Duygularını daha iyi tanımlar oldu. “Son zamanlarda çok şikâyet ettiğimi fark ettim” demek ki bu dönem “değersiz hissediyorum kendimi” gibi çıkarımlar yapabilir duruma geldi. İhtiyaçlarını söylemek konusunda henüz tam iyi değildi ancak fark etme konusunda daha iyiydi. Depresif dönemleri olduğunda kendini değerli hissedecek spor ve arkadaşlar gibi değerli alanlara yöneliyordu. Danışanın şu anda hayatı stabil durumda, sorun çözme becerisi ve duygu regülasyonu iyi ve sürdürüm seansları devam etmektedir.

YKT Olgu Örnekleri 2

Katılımcı

2019 yılında yatarak tedavi için başvuran O.T. adlı hasta, 1 aylık yatış sonrası Nisan ayından sonra poliklinik sürecinde takip edilmeye başlanmıştır. 21 yaşında, bekâr, üniversite öğrencisi, tek çocuk, İzmir’de ev arkadaşıyla yaşıyor. Madde kullanımı sebebiyle ailesinin isteğiyle yatarak tedaviye başvurmuştur. Esrar, ekstazi, metilfenidat ve alkol kullanımı mevcut. Yatıştan 1-2 ay öncesinde şüphelilik, kötülük göreceğine dair düşünceler başlıyor.

Prosedür

Danışanla, Toplamda yapılan 24 seansın 12 seansı Yaşam Kalitesi Terapisi yaklaşımında, 2 haftada bir seans olacak şekilde düzenlenmiştir. Danışanın halen destekleyici terapileri devam etmektedir ve 2 yıldır madde ve ilaç kötüye kullanımı yoktur.

Vakanın Geçmişi

O.T. madde kullanımı sebebiyle ailesinin zorlamasıyla tedaviye başvurmuştur. İlk madde denemesi 14 yaşında esrar ile olmuş, ardından ekstazi eklenmiştir. 16 yaşındayken DEHB tanısına yönelik tedavi sırasında metilfenidat kullanımına başlamış, kısa bir süre sonra bu ilacı kötüye kullanmaya başlamıştır. Kullanım düzeni, 2 günde 1 kutu şeklindeymiş ve 20 yaşında iken günde 5-6 gr esrar, 4-5 tane ekstazi kullanımı olmaya başlamış. Son 1 aydır günde 6-8 birim alkol kullanımı da eklenmiştir.

Geliş tablosunda saldırganlık, işitsel ve görsel halüsinasyonlar gibi şikâyetleri mevcuttu. Madde kullanımına dair farkındalığı ve zarar algısı düşüktü. Son 3,5 yıl içerisinde maddeyi

kullanmadığı en uzun sürenin 3 ay gibi bir zaman olduğunu ifade ediyordu. Kendi şikâyeti, öfke ile ilgili sorunları olduğu şeklindeydi. Olaylar karşısında uygun tepki veremediğini ve saldırgan tepkiler verdiğini söylüyordu. Hastanın tanısı, Madde kullanım bozukluğu ve Borderline kişilik özellikleri şeklindeydi.

Ailenin Görüşü

Aile, 1 yıl önce danışanın madde kullanımını öğrenmiş ve danışan bırakacağını söylediği için herhangi bir tedavi girişiminde bulunmamışlar. Son dönemlerde ev arkadaşlarıyla sorunlar yaşamaması, temizlikle ilgili uğraşlarının artması, sağlıkla ilgili kaygılarının artması ve iletişim sorunları yaşamaları üzerine psikiyatrik destek almaya karar vermişler. Yatışa gelmeden önceki 2 aylık süreçte şüphecilik ve kötülük göreceğine dair düşünceler sebebiyle öfke atağı geçirmesi üzerine doktorunun önerisiyle yatarak tedaviye başvurmuşlar. Danışanın çocukluk yaşantısına dair öyküsü, iletişim sorunları olan bir aile olarak gözlemlendi. Sınırların ve kuralların net olmadığı ve sıklıkla tartışmaların yaşandığı bir ortam mevcutmuş. Aile danışanın, çevresine karşı saygılı bir çocuk olduğunu ancak çok hareketli ve istekleri konusunda ısrarcı olduğunu ifade ediyorlar. Çocukluk dönemine dair olumsuz bir yaşantı tanımlamıyorlar.

Geçmiş Psikiyatrik Öyküsü

3,5 yıl önce kötü giden ders başarısı, dikkat dağınıklığı, hareketlilik nedeniyle psikiyatriste başvurmuş ve DEHB tanısıyla metilfenidat tedavisi almış. Giderek artan miktarlarda kullanım sonucu ilaç kötüye kullanımı başlamış. Son dönemde günde 10 tane kullanımı oluyormuş. Özellikle esrar ve ekstazi temin etmek için maddi sorun yaşadığında kullanmayı tercih ediyormuş. Danışanın bunun dışında başka bir tedavi girişimi olmamıştır.

Bireysel Psikoterapi Süreci

Psikoterapi seanslarına Nisan 2020'de başlandı. Halen terapileri devam etmekte olan danışanla şu ana kadar 24 seans yapıldı. İlk seansta yatarak tedavi sürecini değerlendirmesinde madde kullanımını bırakmak ve dikkat, odaklanma, sinirlilik açısından çok iyi geldiğini ancak taburculuk sonrasında sakin, sessiz, diğerleriyle zaman geçirmekten kaçındığını ifade etti.

Danışanın ilk seans sonrasında doldurduğu ölçek bataryası üzerinden konuşulduğunda yorumu: *“Olmak istediğim yerde değilim, buraya ait hissetmiyorum.”* Bulunduğu noktayı; uyuşturucu kullanmış, herkesten geri kalmış biri olarak tanımlıyordu. *“Sporcu bir çocuktum, uyuşturucu kullanan bir çocuk oldum. Bu noktaya nasıl geldim bilmiyorum”* şeklinde ifade etti. Olmak istediği noktayı ise *“yeniden basketbol oynayan, güzel sanatlarda resimle ilgili eğitim alan, dövme sanatçısı olan, aileden ayrı bir evde yaşayan biri olmak isterdim”* şeklinde tanımlıyordu. Ölçek sonuçları da özellikle benlik saygısı, eğlence, arkadaşlar, gelecek planları/hedefler, aile alanlarında memnuniyetsizliklerinin olduğunu gösteriyordu.

Seanslarda genel olarak danışan istekli görünüyordu. Duygu ve düşüncelerini açma becerisi düşüktü. Terapiden beklentisi sorgulandığında gelecek ve diğerlerinin kendisini olumsuz değerlendirmesiyle ilgili kaygılarıyla ilgili çalışmak istediğini ifade etti. Genel olarak yetersizlik düşüncesi ile ilgili sorunlar üzerine gündem getiriyordu. Yetersizlik düşüncesine bağlı yaşadığı kaygıların etkisiyle ilk seanslarda madde kullanma isteği ve kullanan arkadaşlarına

özlem duyguları fazlaydı. “Arkadaşlarımı özleyorum, o dönemler daha güzeldi. Şu an boşluğa düştüm gibi. Hayat çok yavaş gidiyor” şeklinde yorumları vardı. Beklentisi “daha tempolu hayat ve canlılık hissi” idi. “Benlik saygısı” alanındaki memnuniyetsizlik “arkadaş” alanındaki memnuniyetsizliği de etkiliyordu ve madde kullanmayan eski arkadaşlarıyla görüşmesini engelliyordu. Madde isteği stabil hale geldikten sonraki seanslarda Yaşam Kalitesi Terapisi (YKT) yaklaşımı üzerinden çalışılmaya başlandı YKT’ye göre genel yaşam memnuniyetini artırma üzerine çalışırken kişi için önemli ve hızlı değişebilecek alanlarla başlamak tercih edilir. Bu sebeple “arkadaş” alanı öncelik verilen alanlardan oldu. Bu alandaki memnuniyetsizlik nedenlerine bakıldığında eski madde kullanımı olan arkadaşlarının olmaması, yeni arkadaş bulamaması, kullanmayan eski arkadaşlarının kendisini kabul etmeyeceklerine dair sebepler ortaya çıkarılıyordu. Memnuniyetsizlik nedenlerine bakıldığında daha çok CASIO modelinde tutumlar/bakış açısı stratejisinde sorun yaşadığı gözlenmekteydi. Bu alanla ilgili düşüncesi; “Arkadaşlarıma verdiğim tepkilerden dolayı utanıyorum, şimdi arkamdan konuşuyorlardır” (Psikotik Atak dönemindeki davranışlarına bağlı), “Ben normal değilim” “kullanmayan arkadaşlarım beni kabul etmez” “uyuşturucu bağımlısı biriyle kim görüşür” gibi düşünceler sıklıkla kendisini gergin ve isteksiz hissetmesine ve bu da depresif ruh hali ve eylemsizliğe sebep oluyordu. Danışanın “benlik saygısı” alanı memnuniyetsizlik yatan alanların başında geliyordu. Kendisine dair eleştirel bir yaklaşımı ve yüksek beklentileri vardı. Geçmiş ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceler “normal olmadığına” dair düşüncelerle baş etmesini zorlaştırıyordu. Ancak direkt benlik saygısı alanından başlamak yerine hep depresif ruh halini azaltacak, hem daha hızlı sonuç alabileceğimiz ve hem de “benlik saygısı” ve “eğlence” alanlarını da olumlu etkileyebileceği düşünülen “arkadaşlar” alanıyla çalışmaya başlandı. Arkadaşlar alanıyla ilgili sorun tanımlandı ve bu alana dair yeni hedef belirlendi. Tutumlar üzerine çalışıldı, düşüncelerinde esnetme sağlandı.

Basketbol sevdiği bir spor olmasına rağmen madde kullanımı sırasında olduğu gibi tedavi sonrasında uzak duruyordu. Arkadaşlar alanıyla ilgili hedefi eskiden tanıdığı, basketbol oynadığı arkadaşlarıyla tekrar iletişim kurmaktı. Ancak kendisini tutan düşünce onların yanında rahat hissetmemek, iyi oynayamamak, dışlanmak düşüncesi idi. Alana dair düşünceleri sorgulandığında “diğerleri kendisini geliştirmiş, ben geri kaldım, onlar gibi oynayamıyorum” düşüncelerinin eyleme geçmesine engel olduğu fark edildi. Bu alanda da CASIO modeline göre tutumlar ve standartlar stratejilerinin çalışılması gerekiyordu. Her iki strateji üzerine çalışıldı. Danışanın yeniden basketbol oynamak ve arkadaşlarıyla zaman geçirmesi için YKT’nin önemli tekniklerinden olan “Zen Adımları” tekniği uygulandı. Bu teknik hedefe ulaşmak için küçük adımlar belirleme ve her seferinde sadece o adıma odaklanmayı gerektirir. Haftada 2 kez basketbol oynamaya gitmek, gittiğinde en az 20 dk oyunda kalmak, 2 atış yapmak gibi adımla başlandı. Bu adımlara devam ettiğinde basketboldan yeniden keyif almaya başladı, arkadaşlarının yanında her geçen denemede daha rahat hissettiğini, düşüncelerinin gerçekçi olmayabileceğini fark etti. Durumla ilgili standartlarını düşürmek ve dair bakış açısı/ tutumlar üzerine çalışmak memnuniyetinin artmasına yardımcı oldu. Ancak arkadaş alanıyla ilgili sorun yaşadığı önemli bir durum da yeni tanıştığı ya da az tanıdığı kişilerle idi. Diğerleriyle birlikteyken sıklıkla “kendimi kontrol edemiyorum, nerede konuşacağımı bilemiyorum. Diğerleri beni inceliyor. Beynimde kesin sorun var (iletişim sorunu ile ilgili), empati kuramıyorum, bu hep böyle kalacak, eksikim” gibi düşünceleri vardı. Kendisinden beklentisinin yüksek olması yüksek hedefler koymasına ve ulaşamamasına bu da kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelere sebep olmak-

taydı. Bu kişilerle iletişimde iken hedefi, “hep konuşkan olmalıyım, hep canlı olmalıyım” şeklindeydi. Bu alanla çalışılmaya başlandığında 3-4/10 memnuniyet tanımlıyordu. Öncelikle bu alana dair memnuniyetsizlik yaratan sorun tanımlandı. Sorun kendisini madde ve ilaç kötüye kullanımından dolayı eksik/ anormal hissetmesine bağlı yaşadığı düşük benlik saygısı sorunu idi. Sorun olarak yaşadığı durumlar yaşantıları üzerinden değerlendirildi ve gerçekçi somut hedefler belirlendi. Danışan konuşkan ve canlı olmanın gerçekçi olmadığını, sohbet sırasında konu açma ve konuşmayı sürdürme sorumluluğunun diğer kişilerle aynı olduğu fikrini çıkardı. Ardından kaygılarını kontrol etmeye çalışıp kendisine odaklanmak yerine ortama odaklanması için yine Zen adımları tekniği uygulandı. 1-2 seans sonra Zen adımlarında ilerleme yaşadıkça bu alandaki memnuniyet oranını 8/10 olarak tanımladı. Bu alanla ilgili bakış açısı/tutumlarını değiştirmek memnuniyetindeki artışı da etkiliyordu. “Mükemmel olmak zorunda değilim, hep ben konuşmak zorunda değilim” gibi. Sosyal ortamlara girmek, ertelediği basketbol arkadaşlarıyla maç yapmak girişimleri olumlu sonuç vermekteydi. Ayrıca dayısının yanında işe başlamaya karar verdi ve başladı. İş ortamı yeni kişilerle birlikte olmayı gerektirdiği için kaygısının artabileceği bir yerdi. Bu sürece alışmak için kendisine 1 ay verdi. Zen adımlarına göre yeni adımı işe gitmek ve 2 günde bir arkadaşlarla sohbet edecek bir ortam yaratma şeklinde idi. Bu dönemde kız arkadaşı oldu.

Seanslar içerisinde arkadaş, eğlence, iş, aşk alanında gelişmeler yaşadıkça benlik saygısı alanında da memnuniyeti artıyordu. Duygularını fark etme, kabul etme ve ifade etme konularında daha iyi olduğunu gözlemliyordu. “Kendimi sevmeye başladım, daha önce karşı tarafı memnun edecek şeyler söylemek zorunda hissedirdim şimdi hissettiğimi söylüyorum, duygumu yaşıyorum” şeklinde ifade ediyordu. İlk defa seanslarda “normal olabiliyim” düşüncesini çıkardı.

Memnuniyetsiz olduğu alanları, arkadaşlar, benlik saygısı, eğlence, aile, hedeflerdi. Hedefler kısmında gelecekte yarım bıraktığı okula devam etmek mi, tekrar sınava girmek mi yoksa çalışmak mı kararsızlığı yoğundu. Kararları sık sık değişiyordu. Bu alanla ilgili memnuniyetsizlik nedenleri sorgulandığında kendisini yaşatlarıyla karşılaştırdığında geç kaldığını düşünüyordu. Diğer alanlardaki memnuniyetin artması kendisine dair daha olumlu ve gerçekçi bakış açıları geliştirmesine yardımcı oldu. “Önümde ortalama 40 yılım var. 1 yıl geç kalmak telafi edilemez bir zaman değil” gibi. Genel olarak olaylara ve kendine bakışı daha olumlu ve gerçekçi olmaya başlamıştı duygularını kabul etme ve ifade etme kaygı sorununu da kontrol altına almasına yardımcı oldu. Seansların başında belirlediği hedefler için adım atıyordu. Uzun süre ertelediği dövme makinesini aldı ve dövme çalışmaya başladı, resim kursuna yazıldı, güzel sanatlar sınavına hazırlanmaya başladı, son dönemde madde kullanmayan arkadaşlarıyla düzenli olarak basketbol oynuyor, yeni ilişkiler kurmaya çalışıyor ve işe gidiyor.

SONUÇ

YKT'ye göre kişinin yaşam memnuniyetini engelleyen alanlarda kişinin istek, ihtiyaç ve hedefleri doğrultusunda yapılan değişimler sonucunda yaşam kalitesinin olumlu yönde artacağını savunur (Frisch, 1998). Vakalar özelinde bakıldığında her iki danışan için de seanslar sonrasında danışanın daha aktif, yapıcı ve sorunları objektif tanımladığı ve değer-

lendirdiği bu sayede hedef, istek ve ihtiyaçlarını gidermeye dair daha net adımlar attığı gözlemlenmiştir. Danışanlarda gözlemlenen bu sonuçlar, olumlu duyguların artmasının kişilerin daha gerçekçi düşünmesine ve bu sayede daha fazla olasılık görmelerine olanak tanıdığı bilgisiyle uyumlu bulunmuştur (Fredrickson vd, 2001). Olumsuz düşünce ve duygularla baş etme becerisinin danışanların hedeflerine ulaşmasına yardımcı olduğunu göstermektedir.

YKT sürecinin ana hipotezlerinden birisi de bireyin yaşamındaki önemli ve değerli alanların tespit edilmesi ve bu alanlardaki ihtiyaçların giderilmesine engel olan durumlardan birinin olumsuz duygularla baş etme becerisinin zorluğudur. Olumsuz duygular deneyimlemenin önemli alanlardaki hedeflere ulaşmada engel olacağı yönündedir (Frisch, 2006). Danışanların olumlu duyguları kontrol etmesi için birtakım stratejileri öğrenmesi istenir. Bu stratejiler Bilişsel ve Farkındalık Terapisi yöntemlerini kapsar. Her iki olguda da bilişsel yeniden yapılandırma, kabul gibi yöntemler, danışanların olumsuz duygularla baş etme becerisini, dolayısıyla duygu regülasyonunu arttırmıştır. Seanslar boyunca hedeflenen danışanların yaşamlarındaki önemli alanlarda memnuniyetliklerinin artması hem hedefleri doğrultusunda adım atmalarına hem de genel yaşam memnuniyetliklerinin artmasına yardımcı olmuştur.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2013). Çev: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği 2013.
- Bobes, J., Gonzales, M.P (1997). Quality of Life in schizophrenia. Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Ed.), Quality of Life in Mental Disorders içinde. West Sussex, Willey 165-178, 1997.
- Blomqvist, J. (1996). Paths to Recovery from Substance Misuse: Change of Lifestyle and the Role of Treatment. *Substance Use & Misuse*, 31(13), 1807-1852.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-124.
- Chaudhury S, Das P.R., & Murthy, P.S. (2018) Quality of life in psychiatric disorders, *J Tre Bio Res*.1(1): 1-4.
- Chen, C. Y., & Storr, C. L. (2006). Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 752-e9.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, E.R. (2003). "Personality, Culture, and Subjective Well-Being Emotional and Cognitive Evaluations of Life", *Annual Review of Psychology*, 54: 403-425.
- Foster, J.H., Marshall, E.J., Hooper, R., & Peters, T. J. (1998). Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addiction Biology*, 3(3), 321-332.
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2001). *Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-being*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Frisch, M.B. (1998). Quality in Life Therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19-49.
- Frisch M.B. (2000) Improving mental and physical health care through Quality of Life Therapy and assessment. In: Diener E., Rahtz D.R. (eds) *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Social Indicators Research Series, vol 4. Springer, Dordrecht.
- Frisch M.B (2006), *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. Hoboken, NJ: Willey, 2006.

- Frisch, M.B. (2013). Evidence-Based Well-Being/Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193-227
- Grant, G., Salcedo, V., Hynan, L. S., & Frisch, M. B. (1995). Effectiveness of quality of life therapy. *Psychological Reports*, 76, 1203-1208.
- Koolae, A., & Damirchi, F. (2016). Comparing quality of life among female sex workers with and without addiction. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2(4), 201-206.
- Laudet, A.B., Becker, J.B., & White, W.L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227-252.
- Laudet, A.B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*, 6(1), 44-55.
- McLellan, A.T. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *J. Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., & Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance use & misuse*, 39(9), 1353-1368.
- Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190-197.
- Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-335.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
-