

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARAŞTIRILMASI:
KESİTSEL KONTROLLÜ ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. Atila GÜRGEN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Çanakkale 2017

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARAŞTIRILMASI:
KESİTSEL KONTROLLÜ ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. Atila GÜRGEN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Çanakkale 2017

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN 'in Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/04/2017

TEZ KONU BAŞLIĞI

"Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü' nün Araştırılması: Kesitsel Kontrollü Çalışma"

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı Soyadı

Demet Güleç Öyekçin
Basak Şahin
Tuncay Karlıdere

İmzası



ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 04.105.12017 tarih ve 2023/6... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Halil İbrahim TAŞ

Dekan V.
Dekan



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince destekte bulunan başta tez danışmanım Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN olmak üzere tez jürimde yer alan Prof. Dr. Tunay KARLIDERE, Yrd. Doç. Dr. Başak ŞAHİN hocalarıma ve eğitim sürecimde destek olan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Sevgili eşim Asiye KÖKLÜ GÜRGEN' e asistanlık sürecinde vermiş olduğu destekten ve gelişimime katkı sağlamasından dolayı teşekkür ederim.

İstatistik eğitimi konusunda yardımını esirgemeyen Doç. Dr. Coşkun BAKAR hocama emeğinden dolayı teşekkür ederim.

Yetişmemde büyük gayretler sarf eden babam Ramazan GÜRGEN, annem Sıddıka GÜRGEN ve biricik kardeşim Sadık Alper GÜRGEN' e teşekkür ederim.

Dr. Atila GÜRGEN

Nisan, 2017

ÖZET

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARAŞTIRILMASI: KESİTSEL KONTROLLÜ ÇALIŞMA

GİRİŞ VE AMAÇ: Alkol kullanım bozukluğu, kişilerin yaşamı ve işlevselliği üzerinde önemli ölçüde etkiye sahiptir. Çocukluk çağında yaşanan travmaların ve duygu düzenleme becerisindeki güçlüklerin birçok psikiyatrik hastalıkla olduğu gibi alkol kullanım bozukluklarıyla da ilişkisi vardır. Bu çalışmanın amacı alkol kullanım bozukluğu tanısı alan bir grup hastada çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını ve duygu düzenleme güçlüğüne araştırmak, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıp klinik özelliklerle olan ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış, eşlik eden madde kullanımı, demans, psikoz ek tanısı olmayan 37 hasta, arındırma dönemi tedavisinden sonra çalışmaya alınmıştır. Alkol kullanım bozukluğu olmayan ve araştırmaya alım ölçütlerini karşılayan yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 37 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Vaka ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, klinik değerlendirme ölçekleri (alkol bağımlılığı şiddet ölçeği, çocukluk çağı travmaları ölçeği, duygu düzenleme güçlüğü ölçeği) uygulanmış ve DSM-5 tanısal görüşme kılavuzu ile klinik değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya alınan katılımcılarda AKB olan grubun %91,9'u, kontrol grubunun %89,2'u erkek, yaş ortalamaları vaka grubunda $41,8 \pm 12,7$, kontrol grubunda $39,9 \pm 13,6$ idi. Katılımcıların aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ancak kontrol grubunun eğitim süresi daha yüksekti. Her iki grupta evli olan katılımcıların oranı yüksek bulundu ancak vaka grubunda boşanma oranları daha fazla saptandı. Klinik özellikler

açısından yatarak psikiyatrik tedavi görme öyküsü, intihar girişimi sayısı, sigara ve psikoaktif madde kullanımı öyküsü, adli sorun yaşama ve ailede alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı vaka grubunda daha yüksekti.

AKB grubunda çocukluk çağı travmaları ölçek puanları (ÇÇTÖ) kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar oranları vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu. AKB grubunda çocukluk çağı travma yaygınlığı açısından cinsiyetler arasında farklılık saptandı. Erkeklerde kadınlara göre duygusal ihmal ve fiziksel ihmal yaşama oranları daha yüksekti.

Duygu düzenleme sorunları AKB grubunda kontrol grubuna göre daha fazlaydı. Açıklık, farkındalık, dürtü, kabul etmeme, amaçlar ve stratejiler alt kategorilerinin tamamında vaka grubunun kontrol grubuna göre daha çok güçlük yaşadığı saptandı.

AKB grubunda psikiyatrik eş tanı oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Vaka grubunda en sık saptanan eş tanılar sırasıyla depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluklarıydı.

Vaka grubunda klinik özelliklerin çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde alkol bağımlılığı şiddeti ile duygusal istismar yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili bulundu. Alkol bağımlılığı şiddetli olan kişilerde duygu düzenleme güçlüğü daha fazlaydı. Alkolizm şiddeti fazla kişilerde duygu düzenleme stratejilerinden dürtü kontrolünü sağlama alanında daha fazla sorun olduğu saptandı.

Alkol kullanım bozukluğu riski değerlendirildiğinde çocukluk çağı travması risk etkeni olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışmada AKB olan olgularda çocukluk çağı travmalarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün özellikleri araştırılmış ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çocukluk çağı travmalarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik özellikler ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının AKB grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağında yaşanan travmalar kişilerin daha kırılgan hale gelmesine neden olmaktadır. Kişiler alkolün rahatlatıcı ve sıkıntı giderici etkisinden yararlanmak için alkol kötüye kullanabilmektedir. Kendi kendini tedavi etme (self-medikasyon) hipotezine göre travmatik yaşantıların işlenmesi ve travmatik deneyimlerden kaçınabilmek için alkol kullanımı yineleyici bir özellik kazanabilmekte ve alkol kullanım bozuklukları gelişebilmektedir. AKB olan kişiler duyguların düzenlenmesinde güçlük yaşamaktadır. AKB olan kişiler olumlu ve olumsuz yaşantıların değerlendirilmesinde sorunlarla karşılaşır ve duygusal yaşantılar AKB' da sıklıkla relapsın en önemli nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkar. Bu çalışmada AKB olan kişilerde duygu düzenleme stratejilerinin sağlıklı kontrollerden belirgin olarak daha bozuk olduğu saptanmıştır. AKB olan kişilerin en sık zorlandığı alanlar dürtü kontrolünü sağlamakla ilgilidir. Alkolizm şiddeti yüksek olan kişilerde hem çocukluk çağı travmalarının hem de duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Alkol Kullanım Bozukluğu, Çocukluk Çağı Travması, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Klinik özellikler

SUMMARY

RESEARCH ON THE CHILDHOOD TRAUMAS AND EMOTIONAL REGULATION DIFFICULTIES OF PATIENTS HAVING ALCOHOL USE DISORDER: CROSS-SECTIONAL CONTROLLED STUDY

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: The alcohol use disorder (AUD) has significant effects on the functionality of patients. As well as in many psychiatric disorders, the childhood traumas and emotional regulation difficulties have relationship with alcohol use disorders. The objective of this study is to examine the prevalence of childhood traumas and emotional regulation difficulties in patients diagnosed with AUD and to compare them with healthy control group, and to investigate the relationship with clinical features.

METHOD: Thirty-seven patients who were diagnosed for AUD were involved in the study. Patients who were diagnosed with dementia, co-morbid substance-use disorders or psychosis excluded. Patients were enrolled to the study after the detoxification treatment. Moreover, 37 healthy individuals who met the inclusion criteria in terms of age and gender were involved in the study. The sociodemographic data form, clinic assessment scales (alcohol addiction severity scale, childhood trauma scale, emotional regulation difficulty scale) were applied to the patients and to the control group. The clinical interview was performed using DSM-5 diagnostic interview guideline.

RESULTS: The percentage of male subjects was 91.9 in AUD and 89.2 in the control group; the mean age of the patients was 41.8 ± 12.7 years while the mean age of the control group was 39.9 ± 13.6 years. There wasn't found statistically significant difference between the groups with regard to income levels, but the educational status level was higher in control group. In both groups, the percentage of married subjects was higher, while the rate of divorce was higher in the patient group. The hospitalization rates, history of psychiatric treatment, number of attempted suicide lifetime use of cigarette and

psychoactive substances and history of criminal problems were, were higher in the patients with AUDs.

In AUD group, the scores of childhood trauma scale (CTS) were statistically significantly higher than the control group. The rates of emotional negligence, physical negligence, emotional abuse, physical abuse, and sexual abuse were found to be statistically significantly higher in the patient group than the control group.

The prevalence of childhood trauma was higher in the patients with AUD's. A statistically significant difference was found between genders in the patients group in terms of childhood trauma. The rates of emotional negligence and physical negligence were found to be higher among the male subjects. The emotional regulation problems were more frequent in the AUD group when compared to the control group. The patient group showed problems in all sub-categories (openness, awareness, impulse, non-acceptance, objectives, and strategies) of emotional regulation scale.

In AUD group, the prevalence of psychiatric comorbidity was higher than the control group. In case group, the most frequent comorbidities were depressive disorders, anxiety disorders, and personality disorders.

Considering the relationship of clinical features with childhood traumas and emotional regulation difficulties we found a statistically significant relationship between the severity of alcohol addiction and history of emotional abuse. The prevalence of emotional regulation difficulties was higher among the patients who had severity of addiction. Among the persons who had severe alcohol addiction, showed more impulsivity than the control groups. The childhood trauma was determined to be a risk factor in this study.

DISCUSSION AND CONCLUSION: In this study, the characteristics of childhood traumas and emotional regulation disorder of the patients were

examined and the results were compared with the control group. The relationship between childhood traumas, emotional regulation disorders and clinical features were also assessed.

It was determined that the prevalence of childhood traumas was higher in AUD group. The traumas experienced in childhood may have a vulnerability for psychopathology as well as alcohol use problems. The individuals can misuse alcohol for self-medication. According to the “Self-Medication” hypothesis, the traumatic experiences may lead to alcohol use and the alcohol use disorders can occur. The patients with AUD have difficulties in regulating their emotions. They face with problems in assessing the positive and negative experiences and the emotional disturbances are one of the most important reasons for relapse in AUD. In the present study, we found higher emotional regulation difficulties in patients with AUD than the control group. They showed more impulsivity problems than the control group. The severity of AUD manifested higher levels of difficulties in emotional regulation and they also had higher levels of childhood traumas.

Keywords: Alcohol Use Disorder, Childhood Trauma, Emotional Regulation Difficulty, Clinical Features

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiv
ŞEKİLLER	xv
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Alkol Kullanımı	3
2.1.1 Alkol Kullanımının Tarihçesi	3
2.1.2 Alkollü İçeceklerin Emilim, Dağılım, Metabolizması ve Etkileri	3
2.2 Alkol Kullanım Bozukluğu	6
2.2.1 Tanım ve Sınıflandırma	6
2.2.2 Alkol Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi	11
2.2.3 Alkol Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı	12
2.2.4 Alkol Kullanım Bozukluğunun Nedenleri	13
2.2.5 Alkol Kullanım Bozukluğunun Yol Açtığı Bozukluklar	17
2.2.6 Kronik Alkol Kullanımının Yol Açtığı Bedensel Hastalıklar	21
2.2.7 Alkol Kullanımının Fetüs Üzerine Etkileri	22
2.3 Çocukluk Çağı Travmaları	23
2.3.1. Tarihçe	23
2.3.2. Tanım	24
2.3.3. Yaygınlık ve sıklık	24
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olan Faktörler	28
2.3.5. Travmanın Nörobiyolojisi	29
2.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkili Modeller	30
2.3.7. Çocukluk Çağı Travma Türleri	32
2.4 Duygu Düzenleme	40

2.4.1	Tanım ve Özellikler	40
2.4.2	Duygu Düzenleme Güçlüğü	43
2.4.3	Duygu Düzenleme İle İlişkili Psikopatolojiler	43
3	YÖNTEM VE GEREÇLER	48
3.1	Etik İzin	48
3.2	Örneklem Seçimi	48
3.3	Çalışmaya Alım Ölçütleri	48
3.4	Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	49
3.5	Veri Toplama Araçları	49
3.5.1	Demografik Veriler	49
3.5.2	Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı	49
3.5.3	Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği (SADQ-C)	51
3.5.4	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)	51
3.5.5	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	52
3.5.6	DSM-5 Tanısal Görüşme Formu	53
3.6	Uygulama	53
3.7	İstatistiksel analiz	54
4	BULGULAR	55
4.1	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	55
4.2	Katılımcıların Klinik Özellikleri	57
4.3	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travması Ölçeğinin Değerlendirmesi	58
4.4	Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin Değerlendirmesi	61
4.5	Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Değerlendirilmesi	62
4.5.1	Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan Hastaların Klinik Verileri	62
4.5.2	Cinsiyetlere Göre Demografik Bulgular	62
4.5.3	Cinsiyetlere Göre Klinik Bulgular	64
4.6	Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Diğer Verileri	72
4.6.1	Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluğu Şiddet Ölçeğinin Değerlendirilmesi	72
4.6.2	Katılımcıların Eş Tanı Değerlendirmesi	74
4.7	Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların ölçek karşılaştırmaları	79
4.8	Alkol Kullanım Bozukluğu Risk Faktörleri	83

5	TARTIŞMA	84
6	SONUÇ	94
7	KAYNAKLAR	95
8	EKLER	125



KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH:	Adrenokortikotropik hormon
ADH:	Alkol dehidrogenaz
AKB:	Alkol kullanım bozukluğu
AKŞ:	Alkol Kullanım Şiddeti
ALDH:	Aldehid dehidrogenaz
AMATEM:	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
AUD:	Alcohol use disorder
Bzk:	Bozukluk
CDH:	Cadherin
CIWA-R:	Clinical Institute Withdrawal Assesment
CTQ-28:	Childhood Trauma Questionnaire
ÇÇTÖ:	Çocukluk çağı travmaları ölçeği
ÇİKORED:	Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
DEHB:	Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu
DERS:	Difficulties of Emotional Regulation Scale
DHHS:	Depatment of Health and Human Sevices
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DT:	Deliryum tremens
ECA:	Epidemiojogic Cathchment Area
GABA:	Gama-amino-bütirik asit
Gr:	Gram
KCNMA:	Kalsiyum-aktive edilmiş potasyum kanalı
MSS:	Merkezi sinir sistemi
n:	Örneklem sayısı
NAC:	Nükleus akkumbens
NCANDS:	Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Sistemi
NCCAN:	Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi

NCS:	National Comorbidity Survey
NF:	Nörofibromatozis
OKB:	Obsesif kompulsif bozukluk
p:	Anlamlılık değeri
SADQ-C:	Severity of Alcohol Dependence Questionaire
Std:	Standart sapma
TL:	Türk Lirası
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
VTA:	Ventral tegmental alan



TABLolar

Tablo 1. Alkolün vücut üzerindeki etkileri	5
Tablo 2. DSM-IV-TR Alkol-madde kullanım bozukluğu sınıflandırması	8
Tablo 3. Çocukluk çağı travmalarına neden olan faktörler	29
Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	56
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devamı)	56
Tablo 6. Katılımcıların klinik özellikleri	58
Tablo 7. Vaka-kontrol gruplarının çocukluk çağı travmaları ölçek skorları değerlendirilmesi	59
Tablo 8. Vaka-kontrol grubunun çocukluk çağı travma yaygınlıklarının değerlendirilmesi	60
Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun duyu düzenleme güçlüğü alt ölçekleri	61
Tablo 10. Alkol kullanım bozukluğu olan grubun klinik özellikleri	62
Tablo 11. Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan grupta cinsiyetlere göre demografik bulgular	64
Tablo 12. Alkol kullanım bozukluğu olan grubun cinsiyetlere göre klinik bulguları	65
Tablo 13. AKB grubunda cinsiyetlere göre klinik bulgular	66
Tablo 14. Cinsiyetlere göre Alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları	67
Tablo 15. Cinsiyetlere göre Alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları	68
Tablo 16. AKB grubunda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travma özellikleri	69
Tablo 17. AKB grubunda çocukluk çağı travmaları yaygınlığının cinsiyetlere göre karşılaştırılması	70
Tablo 18. AKB grubunda cinsiyetlere göre duyu düzenleme özellikleri	72
Tablo 19. AKB grubunun alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları	72
Tablo 20. AKB grubunun alkol kullanım bozukluğu şiddeti alt ölçek bulguları	73
Tablo 21. AKB grubunda Cloninger tiplendirmesi ve alkol kullanım bozukluğu şiddeti	73
Tablo 22. AKB grubunun diğer klinik verileri	73
Tablo 23. Katılımcıların eş tanı değerlendirilmesi	74
Tablo 24. Vaka ve kontrol grubunun eksen 2 klinik özellikleri	74
Tablo 25. Vaka ve kontrol grubunun Eksen 2 Klinik özellikleri	75
Tablo 26. Vaka-kontrol grubunun eksen 1 klinik özellikleri	75
Tablo 27. Vaka-kontrol grubunun duygudurum bozukluğu ve alt tipleri	76
Tablo 28. Vaka ve Kontrol grubunun anksiyete bozukluğu yaygınlığı	77
Tablo 29. Vaka-kontrol gruplarının TSSB yaygınlığı	77
Tablo 30. Vaka ve kontrol gruplarının OKB yaygınlığı	78
Tablo 31. Vaka-kontrol gruplarının DEHB yaygınlığı açısından karşılaştırılması	78
Tablo 32. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile klinik verilerin karşılaştırılması	79
Tablo 33. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği ile klinik verilerin karşılaştırılması	80
Tablo 34. ÇÇTÖ, DDGÖ, AKŞ ölçeklerinin karşılaştırılması	82
Tablo 35. Katılımcıların risk faktörü sonuçları	84

ŞEKİLLER

Şekil 1. Alkolün Metabolizması	4
Şekil 2. Duygu düzenleme stratejileri	41
Şekil 3. İntihar girişim sayısı ile cinsel istismar ilişkisi	79
Şekil 4. Adli vaka sayısı ile farkındalık ilişkisi	80
Şekil 5. Alkol bağımlılığı şiddeti ile duygusal istismar ilişkisi	82
Şekil 6. Alkol bağımlılığı şiddeti ile dürtü ilişkisi	82



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Alkol kullanımı keyif verici özellikleri nedeniyle tercih edilen tarih boyunca gerek dini törenlerde gerekse tedavi amacıyla kullanılan bir maddedir. Günümüzde sosyal ortamlarda kullanılan bir içecek olmasının yanında kötüye kullanımı, riskli kullanımı ve bağımlılık oluşturması sorunlara neden olmaktadır (1–3). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) sınıflandırmasında alkol zararlı kullanımı ve alkol bağımlılığı isimlendirmesinin yerini alkol kullanım bozukluğu almıştır (4). Alkol kullanım bozukluklarının dünya genelindeki oranı %4,1 iken ülkemizde %2,7 olduğu saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları “Bir yetişkin tarafından istemli ya da istemsiz olarak yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyen davranışlar” şeklinde tanımlanmıştır (5). Çocukluk çağı travmaları tıbbi, sosyal, hukuksal alanlarla ilişkili olduğu için bu alanlarla ilgili farklı tanımlamalar olabilmektedir (6). Başlıca istismar ve ihmal ana başlıkları altında incelenen çocukluk çağı travmaları bu alt başlıklarla ilişkili çeşitli tanımlamalar içermektedir. İstismar türleri fiziksel, duygusal, cinsel olarak değerlendirilirken ihmal türleri yalnızca fiziksel ve duygusal olarak değerlendirilmektedir (7).

Duygu düzenleme tanım olarak bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yetisidir. Diğer bir anlamda tepkilerini daha düzenlenmiş ve bütünleşmiş bir şekilde iletebilme, yapabilme becerisidir. Duygularını anlama, tanımlama, uygun olduğunda hafifletme söz konusudur. Kısacası kişinin “kendinin patronu” olmasını sağlar (8). Duygu düzenleme stratejileri ise durum seçimi, durumu ayarlama, dikkati verme, bilişsel değişim, tepkinin değişimi gibi 5 kategoride sınıflandırılmaktadır (9). Duygu düzenleme güçlüğü ise farkındalık,

açıklık, dürtü, amaçlar, kabul etmeme ve stratejilere ulaşmakta zorlanma gibi 6 kategoride ele alınmaktadır (10).

Alkol kullanım bozukluğu etiolojisinde biyolojik, psikolojik, sosyal birçok neden etkili olmaktadır (11–14). Bu etiolojik faktörler arasında çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü de yer almaktadır (15–18).

Bu çalışmada Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde takipli AKB tanısı alan bir grup hastada çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının kontrol grubuyla karşılaştırılması, duygu düzenleme güçlükleri açısından karşılaştırma yapılması, eş tanı (komorbidite) yaygınlıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Alkol Kullanımı

2.1.1 Alkol Kullanımının Tarihçesi

Alkol kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir. Keyif verici özellikleri nedeniyle tercih edilir (19). Tarih boyunca alkol kullanımına bakış ve inanışlarda değişiklik olduğu saptanmıştır (1). Alkol, ilk çağda dini törenlerde kutsal bir simge olarak kullanılmıştır. Eski Roma döneminde Bacchus, Atina'da Dionysos içki ve şarap tanrısı olarak bilinir. Eski Mısırlılar ve Yunanlar alkolü tıbbi alanlarda kullanmışlardır. Aynı toplumlar daha sonra alkol kullanımının kontrol kaybına yol açtığını gözlemlemiş ve aşırı alkol kullanımını yasakladıkları dönemler olmuştur. Hemen hemen her çağda alkol kullanımının kabul gördüğü öte yandan aşırı kullanımın kontrol kaybı yaratması nedeniyle yasakladığı zamanlar olmuştur (1,20).

Alkol kullanımı günümüzde sosyal ortamlarda kullanılan bir içki olarak kabul görür. Alkolün zararlı kullanımı, kötüye kullanımı, riskli kullanımı ve bağımlılık oluşturması ise sağlık alanında ve sosyal alanda sorunlara neden olabilir (2,3).

2.1.2 Alkollü İçeceklerin Emilim, Dağılım, Metabolizması ve Etkileri

Alkollü içkiler su, saf alkol (etanol) ve değişik miktarlarda şeker (karbonhidrat) içerir (21). İçeriklerinde protein, vitamin veya mineral gibi diğer besinler genellikle eser miktarda bulunur.

Karbonhidrat düzeyleri kırmızı ve beyaz şarapta litrede 2-10 gr. iken birada litrede 30 gr düzeyinde olup, viski ve votkada karbonhidrat içeriği bulunmamaktadır. Alkol oranları da içkiden içkiye değişmektedir. Birada litrede 40-50 gr alkol varken şarapta litrede 120 gr, diğer içkilerde litrede 400-500 gr alkol bulunmaktadır (22).

a) Alkolün Emilimi:

Alkol (etanol), oral alımdan sonra yaklaşık olarak tamamen duodenumdan primer difüzyon yoluyla emilir. Emiliminde içkilerin alkol konsantrasyonu, tipi, miktarı, içme hızı, beraberinde yenilen yiyecekler, gastrik metabolizma ve hepatik ilk geçiş metabolizması gibi faktörler rol oynar (22).

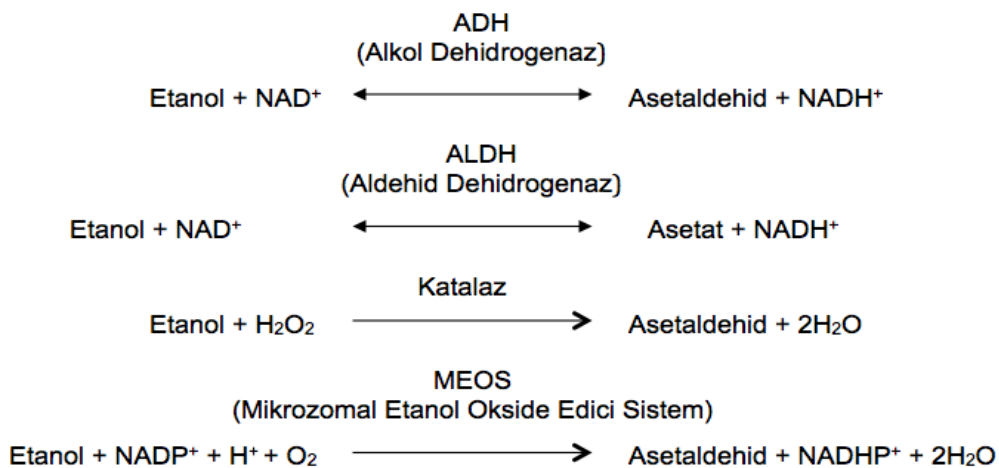
b) Alkolün Dağılımı:

Alkol, tüm vücut sıvısına dağılır. Aynı kiloda bile olursa kadınlarda vücut sıvısı miktarı erkeklerden daha azdır. Bundan dolayı kadınlarda kan alkol konsantrasyonu erkeklere göre daha fazla olmaktadır.

c) Alkolün Metabolizması:

Alkolün metabolizması karaciğerde alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenaz enzimi aracılığıyla olan iki basamakta gerçekleşmektedir (22–24), (Şekil 1). Son basamakta asetik asite dönüştükten sonra su ve karbondioksit olarak atılmaktadır. Alkolün %10'luk bir kısmı değişmeden idrar, ter ve solunumla atılır.

Şekil 1. Alkolün Metabolizması



Alkolün gerek merkezi sinir sistemi üzerinde, gerekse vücudun diğer bölgelerinde birçok etkisi vardır. Bu etkiler tablo 1’da sunulmuştur (22,25).

Tablo 1. Alkolün vücut üzerindeki etkileri

Psşik	<ul style="list-style-type: none">• <u>Korteks üzerinde:</u> İnhibitör etkisinden dolayı üst merkezlerin denetiminde zayıflama, kandaki düzey artışı ile alt merkezlerin etkilenmesi, uyanıklık azalması, davranışlarda bozulma.
Fiziksel	<ul style="list-style-type: none">• <u>Solunum sistemi:</u> Kandaki düzey arttıkça solunum depresyonu.• <u>Beyincik üzerinde:</u> Denge bozukluğu, ardışık hareketlerin yapılamaması.• <u>Gastrointestinal sistem:</u> Düşük dozlarda iştah ve mide asidi salınımı artışı, yüksek dozlarda pilor spazmı sonucu midede boşalamama, mukoza irritasyonu, trigger bölgenin etkilenmesiyle oluşan bulantı-kusma.• <u>Kardiyovasküler sistem:</u> Vasküler düz kas ve ciltte dilatasyon, periferik damar direncinde düşme, kan basıncı artışı, düşük dozlarda atım artması (taşikardi), yüksek dozlarda atım yavaşlaması (bradikardi).• <u>Metabolik sistem:</u> Karaciğer yağ metabolizmasında bozulma, lipid artışı, HDL artışı, LDL artışı (karaciğer fonksiyonları bozulduğunda), trigliserid artışı laktat artışı, ürik asit atılımında azalma, glukoneogenezisin bozulması sonucu kan şekerinde düşme.• <u>Endokrin sistem:</u> Adrenokortikotropik Hormon (ACTH), kortikosteroid, prolaktin, gastrin, adrenalin ve noradrenalin, ekzokrin üzerinde artırıcı, erkekte testosteron, kadında oksitosin baskılanması ve antidiüretik hormon üzerinde baskılayıcı etki oluşması.

2.2 Alkol Kullanım Bozukluğu

2.2.1 Tanım ve Sınıflandırma

Alkol kullanımıyla ilgili sorunlar ilk olarak Dr. Benjamin Rush tarafından 1700'lü yıllarda sarhoşluğun hastalık olarak kabul edilmesi gerektiği şeklinde belirtilmiştir (1). 1800'lü yılların ortalarında Magnus Hus tarafından ilk kez alkolizm sözcüğü kullanılmıştır. Bu tanımlamaya göre alkolizm tekrarlayan sarhoşluk ve kronik alkol kullanımı olarak ifade edilmiştir (26). Alkolizm daha sonra Amerikan Tıp Birliği tarafından 1956 yılında hastalık olarak kabul edilip sınıflandırma sisteminde tanımlanmıştır (1,19).

Eski adıyla alkol bağımlılığının tanımlanması çeşitli şekillerde olmuştur. Jellinek 1952'de alkol kullanımını; sosyal içicilik, kötüye kullanım ve bağımlılık olarak üç şekilde ele almıştır. Kişinin sosyal bir ortamda kullanmak için az miktarda alkol alması sosyal içicilik, aile ve iş yaşantısını olumsuz etkileyecek düzeyde alkol alması ancak bağımlılık olmaması kötüye kullanım, kötüye kullanıma ek olarak içme davranışlarını kontrol etmekte yeterli olamaması bağımlılık olarak tanımlanmıştır (27). Alkol bağımlılığının; kontrol kaybı yaşanması, tolerans artışı, aşırı istek duymanın yaşanması gibi nedenlerden dolayı alkol kötüye kullanımından ayrılıp bir beyin hastalığı olarak kabul edilmesi tanımlamada esas alınmıştır (28,29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1960 yılında alkol bağımlılığını "Kişinin alkol kullanmasının iş yaşantısına engel olmasının değil iş yaşantısının kişinin alkol kullanmasına engel olduğunu düşünmeye başlama" şeklinde tanımlamıştır (29).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)'nin 1952'deki ilk baskısı ve sonraki baskıları değerlendirildiğinde yıllar içerisinde alkol/madde kullanım bozukluklarına ayrılan bölümlerin oranındaki artış dikkat çekmektedir. Bu durum ilgi artışını yansıtmaktadır (14).

DSM'nin ilk yıllarında alkol kullanımına ilişkin bilgiler bir sayfa ile sınırlı kalmakla birlikte sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında incelenmiştir. Bu durum DSM'nin ilk zamanlarında alkol kullanım bozukluklarının kişilik özellikleriyle ilişkisi olduğunun düşünülmesinden ileri gelmektedir (30).

İlk kez DSM-III ile kötüye kullanım ve bağımlılık arasında ayırım yapılmıştır. Bağımlılık tanısı almak için kişide tolerans ve yoksunluk gibi belirtilerle kendisini gösteren fizyolojik bağımlılığın belirtilerinin görülmesi gerektiği vurgulanmıştır (31).

DSM-IV, kötüye kullanım ile bağımlılık arasındaki farkı devam ettirmiştir. Buna ek olarak tanıya hiyerarşik bir yaklaşım eklemiştir. Kötüye kullanım, bağımlılığın başlangıcı için bir işaret olarak düşünülebilecek daha az ciddiyeti olan bir durum olarak nitelenmiştir. DSM-III'e göre yapılan diğer bir değişiklik yoksunluk ve tolerans gibi fizyolojik bulguların bağımlılık tanısı için artık şart koşulmamasıdır. DSM-IV-TR'de DSM-IV'e göre bir değişiklik yapılmamıştır (32).

2.2.1.1 DSM-IV-TR Bağımlılık Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR'de alkol/ madde kullanım bozuklukları bağımlılık ve kötüye kullanım şeklinde iki başlık altında incelenmektedir. Bu maddeler aşağıdaki tabloda listelenmiştir (32).

Tablo 2. DSM-IV-TR Alkol-madde kullanım bozukluğu sınıflandırması

A. Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları
1. Alkol/Madde Bağımlılığı
2. Alkol/Madde Kötüye Kullanımı
B. Alkol/Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar
1. Alkol/Madde İntoksikasyonu
2. Alkol/Madde İntoksikasyon Deliryumu
3. Alkol/Madde Yoksunluğu
4. Alkol/Madde Yoksunluk Deliryumu
5. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Kalıcı Bunama
6. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Kalıcı Amneztik Bozukluk
7. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Psikotik Bozukluk
8. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Duygudurum Bozukluğu
9. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Anksiyete Bozukluğu
10. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğu
11. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Uyku Bozukluğu
12. Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkili Başka Türü Adlandırılmayan Bozukluk

“Alkol kötüye kullanımı” bedensel, nöropsikiyatrik ve sosyal problemlere neden olabilecek şekilde alkolün düzenli veya zaman zaman aşırı miktarlarda ve fiziksel açıdan tehlike yaratabilecek şekilde kullanılmasıdır. Alkol kötüye kullanımı tanısı bağımlılık tanısının konmadığı durumlarda alkole bağlı sorunlar oluyorsa konabilmektedir. Örneğin sık olarak alkollü bir şekilde araç kullanan veya karaciğer hastalığı olmasına rağmen alkol kullanan bir kişi için alkol kötüye kullanımı tanısı konabilir. Bağımlılık kriterlerini karşılamayan kullanıcılar, kötüye kullanım açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir (14).

Güvenli içme sınırı: Bir haftalık dilimde en az iki içkisiz gün olması şartı ile erkekler için 14 birim (standart içki), kadınlar için ise 7 birim olarak belirlenmiştir.

Bir standart içki: Yaklaşık 10 gram (10 ml) alkol içermektedir. Örnek olarak bir kadeh şarap, bir küçük kutu bira ya da bir tek rakı, cin, votkaya karşılık gelmektedir. Fetüs içinse yukarıda bahsedilen miktarlardan daha düşük miktarların bile zararlı olabileceği akılda tutulması gereken noktalardandır (32).

Aşağıdaki tanı ölçütlerinden en az üçünün 12 aylık bir sürede, klinik yönden belirgin rahatsızlık ve sorunlara yol açacak şekilde bulunmasıdır.

1. Tolerans gelişmiş olması: Alkol/madde etkisinin azalması ve istenen etkiyi elde etmek için alınan madde miktarının artırılması.
2. Kesilme sendromu: Alkol/madde alımı azaldığından ya da kesildiğinde maddeye özgü kesilme (yoksunluk) belirtilerinin ortaya çıkması.
3. Madde kullanımı üzerinde kontrol kaybı; maddenin niyetlenilenden daha çok miktarlarda ve daha uzun sürelerle alınması; başlayınca durduramama.
4. Maddeyi azaltma ya da bırakma isteği ve çabalarına karşın bırakamama.
5. Madde kullanımı ile ilgili etkinliklere (maddeyi bulmak için, madde kullanırken ve madde etkisi altında) çok zaman ayırma.
6. Sosyal, mesleki yükümlülükler, başka etkinliklere zaman ayıramama ya da az zaman ayırma, sorumlulukları ihmal etme, aksatma.

Sosyal ve yasal sorunların, bedensen ve ruhsal sağlık sorunlarının varlığına rağmen madde kullanımını sürdürme olarak tanımlanır (32).

2.2.1.2 DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'te Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları ana başlığı altında Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) ismiyle yer almıştır, zararlı kullanım ve bağımlılık gibi kavramlar ortadan kaldırılmıştır.

DSM-5 Tanı Ölçütleri:

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması.

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiyazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Bu tanı ölçütlerinden;

- 2-3 belirtinin olması **ağır olmayan** alkol kullanım bozukluğu,
- 4-5 belirtinin olması **orta derecede** alkol kullanım bozukluğu,
- 6 ya da daha fazla belirtinin olması **ağır derecede** alkol kullanım bozukluğuna işaret eder (4).

Varsa belirtilmesi gerekenler:

Erken düzelme durumunda: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam olarak karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Kalıcı düzelme ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamaktadır.

Denetimli çevrede: Kişi, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

Günümüzde AKB olan bireyler ile olmayanları kesin olarak ayıran bir nokta bulunmamaktadır (33). DSÖ tarafından DSM’ de yer almayan riskli kullanım ölçütleri getirilmiştir ve günlük 7 gram (gr) etanol tüketimini üst limit olarak belirlenmiştir (34). Alkol kullanım bozukluğuyla ilgili günümüzde kullanılan sınıflama Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı sınıflaması DSM-5’tir (4).

2.2.2 Alkol Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi

Alkolün etki ettiği merkezler beyin ödül merkezleri; Nükleus akkumbens (NAC), Gama-amino-bütirik asit (GABA) sistemi (mezokortikolimbik dopamin sistemi) ve amigdaladır (35). Alkol, ödül etkisini ventral tegmental alan (VTA) ve NAC bölgesinde dopaminerjik transmisyonu artırarak göstermektedir ve ödül etkisinden kompulsif kullanıma geçiş hücresel düzeyde ortaya çıkan çoklu mekanizmalarla bağlantılıdır. Alkolün haz etkisi ise arkuat çekirdekte β -endorfinlerin salınımı ile NAC’ da dopamin salınmasının uyarılması ile meydana gelmektedir (33,36). Alkol kullanımının haz etkisiyle ilişkisi nörogörüntüleme çalışmalarında NAC başta olmak üzere beynin diğer bölgelerinde μ -opioid reseptör artışı ile alkol alma arzusu arasında korelasyon olmasıyla da gösterilmiştir (25,37).

Alkol, GABA başta olmak üzere, glutamat, serotonin ve özellikle dopamin gibi beyindeki pek çok farklı nörotransmitter sistemini etkiler (38). Özellikle MSS'de GABA reseptör duyarlılığını artırarak GABA'erjik inhibitör etkiyi güçlendirirken glutamaterjik NMDA reseptörlerinde yanıtı azaltarak uyarıcı (eksitatör) etkiyi zayıflatmaktadır (33,39). Diğer yandan alkol kullanımı serotonin ve opioid peptid salınımını da arttırmaktadır (25).

2.2.3 Alkol Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı

Alkol kullanımı, ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2001 yılı ulusal hane araştırmasında (National Household Survey) alkol kullanımının toplam nüfusa oranı %84 olarak saptanmıştır (40). Bunun yanında Ulusal Alkol ve Alkolle Bağlantılı Durumlar Yaygınlık Araştırma (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) 2001-2002 yıllarında yapılan araştırmada alkol bağımlılığının %3,81 olduğu saptanmıştır (41). Hibell ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları bir çalışmada 12 ay içinde alkol kullananların oranı %51, sarhoşluk yaşayanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır (42).

Ülkemizde alkol kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili araştırmalar küçük gruplarla yapılmakla birlikte 2014 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tüm yaş grupları içerisinde alkolizm oranını %14,9 olarak saptamıştır. Bu oran erkek cinsiyette Alkol kullanım bozukluğu ile ilgili veriler daha kısıtlıdır (43). Türkiye'de yapılan araştırmalara göre 18 yaş ve üzeri kişilerde alkol bağımlılık sıklığı %0,8-%1 arasında olarak saptanmıştır (44,45).

DSÖ; 2014 yılında dünya genelinde alkol kullanım bozukluklarının oranı %4,1, Avrupa'da %7,5, ülkemizde %2,7 olarak ölçülmüştür (46).

Cinsiyetlere göre sıklığa bakıldığında dünya genelinde erkeklerin %54'ü, kadınların %27'si alkol kullanmakta ve erkeklerin %7,2'sinde, kadınların

%1,3'ünde alkol kullanım bozuklukları gelişmektedir. Avrupa'da ise erkeklerin %12,6'sı, kadınların %2,9'unda alkol kullanım bozuklukları gelişmektedir. Ülkemizde erkeklerin %4,4'ü, kadınların %0,9'u alkol kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir (46).

2.2.4 Alkol Kullanım Bozukluğunun Nedenleri

2.2.4.1 Biyolojik nedenler

Alkol kullanım bozukluğu nedenleri arasında biyolojik faktörlerden genetik faktörler başta olmak üzere birçok faktör rol oynamaktadır. Genetik yapılanma alkolizm riskinde artış ve tolerans gelişimini arttırmaktadır (29). Genetik faktörleri incelemek için aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarına bakılmaktadır (47).

Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan olgularda genetik faktörlerin rolü %40-60 arasında değişkenlik göstermektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların çocuklarında bağımlılık riski 3-4 kat daha fazladır. Diğer açıdan bakıldığında evlat edinme çalışmalarında biyolojik ebeveyninde alkol kullanım bozukluğu olan alkol kullanım bozukluğu olmayan ebeveynlerin çocuklarında alkol kullanımı daha fazla saptanmıştır. Bu da genetik faktörlerin etkisini göstermektedir (11). Alkol bağımlılığına özgün bir gen bulunmamakla birlikte çevresel etkenlerle birlikte DNA CpS bölgelerinde gene özel DNA metilasyonu gibi epigenetik düzeneklerle etkileşim olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hipermetilasyon, bazı çalışmalarda hipometilasyon saptanmıştır (12).

Ödül sistemi ile ilgili dopaminerjik sistemi ilgilendiren DRD2 geninin, alkol metabolizmasıyla ilgili alkol dehidrogenaz (ADH) ve aldehid dehidrogenaz (ALDH) genlerinin ve Cadherin 11 (CDH11), CDH13, GATA bağlı protein 4 (GATA4) ve kalsiyum-aktive edilmiş potasyum kanalı alt ünite alfa 1 (KCNMA1)'in bağımlılıkla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (11). Bunlara ek olarak opioid reseptör genlerinden +118A gibi μ reseptör allelinin de alkol bağımlılığında rol oynayabileceği belirtilmiştir. Alkol bağımlılığında tıpkı kokain bağımlılığındaki gibi histonla ilişkili epigenetik süreçlerde olan değişiklikler

sonucu kromotinlerde yeniden modellenme ve beyin gen ifadenmesinde değişiklikler oluştuğu dūřünölmektedir (48). Yakın zamanda yapılan bir diğer çalışmada GABA dūzenleyici gen olarak tanımlanan nörofibromatozis (NF1) geni farelerde aşırı alkol kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Bu genin bağımlılığa geçiş süreciyle ilişkili olabileceği dūřünölmektedir (49).

2.2.4.2 Psikolojik nedenler

Alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı üzerine geliştirilen birçok teori alkol kullanımını gerginlik azaltma, kişinin daha güçlü hissetmesini sağlama ve travmatik yaşantıları azaltma gibi sebeplere bağlamaktadır. Alkol kullanımı ile ilgili problem yaşayan kişilerin kaygılarını azaltmak, gündelik stres faktörleriyle kolay baş edebilmek amacıyla alkol kullandıkları gözlemlenmiştir. Yoğun ve zor geçen bir günün ardından düşük miktarlarda alkol kullanımı kişiyi sakin hissettirirken miktar arttika daha fazla gergin hissedilmesine neden olmaktadır (13).

Psikanalitik bakış

Psikanalitik açıdan bakıldığında gelişim evrelerinde aşırı baskıcı ve cezalandırıcı süperegoya sahip kişiler, yaşadıkları bunaltı hislerini alkol alarak azaltma eğilimi gösterirler (13). Nesne ilişkileri bakış açısıyla bağımlılık; sevgi nesnesinin kazanılması ve kaybedilmesi süreci olarak ele alınmaktadır. Bağımlılık, sorunlu nesne ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta, alınan alkolün etkisi azaldığında rahatlık ve güven hissi yerine güvensizlik sıkıntı hissi baş gösterir ve kişi bu ambivalan durumlar arasında gider gelir (50). Çocukluk ağında yaşanan travmalar kişilerin alkol ile bu tarz bir ilişki kurmasına neden olmaktadır (51).

Davranışçı teoriler

Davranışçı teorilere bakıldığında daha çok gözlenebilen ve ölçülebilen davranışların üzerinde durulmuştur. Skinner tarafından, toplum tarafından üyelerine uygun davranış biçimlerinin öğretilmemesi ve pekiştirenlerin az olması sonucunda kişilerin alternatif olarak işlevsel davranışları öğrenmek

yerine bağımlılık yoluna girmesi ele alınmıştır. Bu nedenle bağımlılık toplumun hatası olarak görülmüştür (51,52). Alkol almaya ilk başladığı zamanlarda alkolün keyif alma ve ödüllendirici etkisi alkol alımını pozitif yönde desteklemektedir ve genel popülasyon üzerinde içme alışkanlığının ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (13,51).

Bilişsel teoriler

Bilişsel teoriler kapsamında sosyal öğrenme teorisi ele alınmaktadır. Bu teoriye göre alkol kullanım bozukluğu sosyal çevreden öğrenme yoluyla oluşmaktadır. Bandura (1969)'a göre alkol kullanımı başlangıçta sosyalleşme aşamasında stres faktörü olmayan ortamlarda başlamaktadır. Daha sonraları alkol kullanımının stres faktörünün etkisinden geçici olarak kurtulmayı sağlaması aracılığıyla negatif pekiştirici olarak kullanılması söz konusudur. Bu durumun tekrarlaması sonucunda alkol kullanım bozuklukları ortaya çıkar (53). Çevresindeki davranışları gözlemleyen bireyler onlardan kazandıkları yeni davranış kalıplarını geliştirebilirler. Alkol kullanımı da bu davranış kalıplarına örnek olarak gösterilebilir (54).

Tedavi esnasında kişinin ailesinin ve sosyal açıdan desteğinin bulunması önemli olup ve tedavide daha olumlu sonuçların alınmasına neden olmaktadır (14).

Kişilik özellikleri:

Bireysel faktörlerin alkol kullanmaya başlama, devam ettirme, kötüye kullanma ve bağımlılık geliştirme ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Bunlar kişinin mizaç gibi özellikleridir (55).

Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde mizaç özelliklerini de içine alan ortak özellikleri değerlendirmek için tipolojik bir sınıflandırma yapılmaya çalışılmıştır. Bunun için Cloninger' in Tip 1 ve Tip 2 adlı iki grubu ortaya çıkmıştır. Tip 1 alkolizm 25 yaşından sonra başlangıç göstermektedir. Bu kişiler çevresel etkenlerden daha fazla etkilenir ve "zarardan kaçınma" özelliklerine

uygun yapılanma gösterirler (56). Bu kişiler daha çok anksiyete belirtileri gösteren kişilerdir. Tip 2 alkolizmde sorun 25 yaşından önce yani ergenlik döneminde başlar. Bu kişilerde daha çok “yenilik arayışı” özellikleri ön plandadır ve antisosyal kişilik örgütlenmesi ile daha yakından ilişkilidir (57).

Bağımlılığa sahip kişilerde “yenilik arayışı” erken yaşlarda alkol kullanmaya başlamanın belirleyicisi olarak gözlenmektedir. Bu özellik tedavinin ilk zamanlarında tedaviye olan bağlılığı arttırabilmekle birlikte ilerleyen dönemlerde depresme nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu özellikler bağımlılığa sahip olan bireylerin daha kırılgan, güvensiz, ödül gereksiniminde daha çok dışa dönük olan, kolay sıkılan ve hedeflerinin izlerinde gitmekte güçlük çeken özellikler olduğunu düşündürmektedir (58).

Diğer Psikolojik Faktörler (Emosyon Regülasyon Güçlüğü)

Emosyon regülasyonunun psikiyatrik hastalıklarla olan ilişkisi özellikle son 30 yıldır hem çocuklarda hem de yetişkinlerde inceleme alanına girmiştir (9). Özellikle başta yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kişilik bozuklukları (59) gibi hastalıklar olmak üzere birçok hastalıkta emosyon regülasyonundaki sorunlardan bahsedilmektedir (10).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan birçok çalışmada emosyon düzenleme ile ilgili güçlüklerin olduğu gösterilmiştir. Emosyon düzenleme güçlüğüne yoksunluk belirtileriyle baş etmede sorunların yaşanmasına da neden olduğu bildirilmiştir (15,16).

2.2.4.3 Çevresel nedenler

Toplumların alkol kullanımına olan bakışları toplumda alkolizm oranını etkilemektedir (60–62). Sosyokültürel özellikler ve inanç sistemi kişilerin alkol kullanma alışkanlığını etkileyen sosyal faktörler olarak karşımıza çıkar (13). Alkol kullanımı bazı toplumlarda damgalanma sorunlarına da neden olabilmektedir (63). Gerek toplum hatta zaman sağlık personelleri alkol-madde kullanan kişileri damgalayabilmektedirler (64). Damgalanma sonucunda bu

kişiler kendilerine karşı olumsuz duygular geliştirmekte, sağlık hizmetinden daha az yararlanmakta ve gizlilik içerisinde marjinalize olduklarını düşünüp daha fazla alkol-madde kullandıklarını bildiren çalışmalar vardır (65). Cinsiyet açısından erkeklerin alkol kullanımı daha çok kabul görürken, kadınların alkol kullanımı daha çok damgalanmaya neden olabilmektedir (66).

Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde aile içinde alkol kullanan bireylerin rol model olarak alınması alkol kullanımına başlamada etkili olduğu gösterilmiştir (67). Daha farklı bir bakış açısına göre alkol kullanımının kalıtsal etkilerinin aile içindeki çevresel etkileşimden daha öncelikli olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (68).

Sosyoekonomik düzeyler arasındaki farkı incelemek gerekirse alkol kullanım bozuklukları tüm sosyoekonomik sınıflarda görülebilmektedir ancak ekonomik düzey arttıkça görülme sıklığında artış olduğu belirtilmiştir (62,69).

2.2.5 Alkol Kullanım Bozukluğunun Yol Açtığı Bozukluklar

2.2.5.1 Akut Alkol Zehirlenmesi

Bu klinik tabloda kan alkol konsantrasyonunun yükselmesine bağlı bulgular ele alınmıştır. İlk başlarda konuşma ve denge bozuklukları, yargılama bozukluğu olmakla birlikte tablonun ilerlemesiyle hipoglisemi, strupor ve koma gelişebilir (70). Kan alkol konsantrasyonu 200 mg/dl'ye yükseldiği durumlarda görmede bulanıklaşma meydana gelir, bulantı gibi belirtiler başlar. 250-300 mg/dl düzeyinde kusma olur, kas koordinasyonu kaybedilmiştir ve çift görme, yardımsız yürüyememe ortaya çıkar. Bu düzeylerde amnestik durumlar (blockouts) yani film kopması diye tanımlanan durumlar gerçekleşebilir (71,72). Bundan daha yüksek dozlara çıkıldığında apne, koma ve ölüm meydana gelebilir. Ölüm genellikle solunum depresyonuna bağlı gerçekleşir. Acil servis şartlarında öncelikle akut hidrasyon ve hipogliseminin düzeltilmesi oldukça önemlidir (73).

DSM-5'te zehirlenme belirtileri aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

- A. Yakın bir geçmişte alkol almış olma
- B. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (ör. uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duygudurum değişkenliği, yargılama bozukluğu)
- C. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri (ya da daha çoğu):
 - 1. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.
 - 2. Eşgüdüm bozukluğu.
 - 3. Düzgün ayakta duramama.
 - 4. Nistagmus.
 - 5. Dikkat veya bellek bozuklukları.
 - 6. Stupor ya da koma.
- D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (4).

2.2.5.2 Alkol Kesilme Sendromu

Alkol kullanım bozukluğunda alkolün kesilmesi veya azaltılması ile 12 saat içinde ortaya çıkan fiziksel ve psikojenik belirtiler yoksunluk (kesilme) belirtileri kesilme sendromunun belirtileridir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler çoğunlukla sabah çok erken saatlerde kesilme belirtileri ile uyanıp alkol olarak bu belirtileri yatıştırma eğilimine sahip olmaktadır (62). Alkolün çekilme belirtilerini yatıştırmak için “negatif pekiştirici” özellik, keyif verici, rahatlatıcı etkilerini elde etme için tekrar alınması “pozitif pekiştirici ” özellik olarak tanımlanmıştır (64).

DSM-5'te Kesilme için tanı kriterleri şu şekildedir (4):

- 1) Aşırı ölçüde ve uzun süreli alkol kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).
- 2) A tanı ölçütünde tanımlanan alkol kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonra, birkaç saatle, birkaç gün arasında değişen bir süre

aralığından sonra aşağıdaki iki (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

- a) Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite) (ör. terleme ya da dakikada 100'ün üzerinde bir kalp atım hızı).
 - b) El titremesinde artma.
 - c) Uykusuzluk.
 - d) Bulantı ya da kusma.
 - e) Gelip geçici, görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanılısamalar.
 - f) Ruhsal-devinimsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon).
 - g) Bunaltı.
 - h) Jeneralize tonik-klonik katılmalar.
- 3) B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- 4) Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kesilme belirtileri başlıca 6 grupta incelenmektedir (32):

1. Gastrointestinal sistem belirtileri: Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal.
2. Bilişsel işlevlerde bozukluk: Dikkat ve bellek bozuklukları.
3. Otonomik sinir sistemi belirtileri: Taşikardi, labil hipertansiyon, terleme ve ateş.
4. Kas sistemi belirtileri: Tremor, miyoklonus, kas krampları.
5. Uyku bozukluğu.
6. Psikojenik belirtiler: Anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik, ajitasyon

Kesilme belirtilerinin saptanması, şiddetinin ölçülmesi için Alkol Yoksunluğu Değerlendirme [Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-R)] Ölçeği kullanılmaktadır. Arındırma (detoksifikasyon) tedavisine alınan hastalarda CIWA-R ile izlem önerilmektedir (74).

2.2.5.3 Deliryum Tremens

Alkol kesilme sendromu olan hastaların yaklaşık olarak %5'inde deliryum tremens (DT) gelişebilir. DT'de kesilme belirtilerine ek olarak konfüzyon gibi bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu olur. Bilinçte dalgalanmalar da eşlik edebilir. Zaman zaman lucid interval olarak tanımlanan açılma dönemleri eşlik edebilir (75).

Hastada konuşmada bozulmalar, mırıldanmalar olabilir. Bellek ve dikkat bozuktur. Özellikle görsel, işitsel, dokunsal illüzyonlar veya varsanılar eşlik edebilir. Paranoid içerikli sanrısız düşüncelerle birleşmesi halinde kaza ve yaralanmalar meydana gelebilmektedir. Genellikle bu tablo alkolün kesilmesinden sonraki 3-4 gün içerisinde gelişebilmektedir (76). Kronik alkol kullanımının yanında beslenme bozukluğuna eşlik eden ciddi tiamin eksikliği, elektrolit dengesizlikleri, karaciğerde yetmezlik DT riskini arttıran etkenlerdendir (75). Hastalarda grand mal epileptik nöbetler gelişebilir ve ağır yoksunluk belirtileri yaşayan hastaların uygun bir şekilde tedavi edilmeleri gerekmektedir. DT mortalite riski olan bir tablodur ve genellikle yaralanmalar, aspirasyon gibi nedenlerden de ölüm meydana gelebilmektedir. DT, yatış gerektiren hatta mümkünse yoğun bakımda takip edilmesi gereken bir klinik tablodur (73).

2.2.5.4 Alkol Hallüsinozisi

Uzun süre alkol kullanımı neticesinde azaltmaya gidildikten veya bırakıldıktan sonra ortaya çıkan bir durumdur. Sıklıkla işitsel varsanılar eşlik etmektedir, buna ikincil olarak görsel varsanılar da olabilmektedir. Hastalarda genellikle bilinçte bozulma olmaz. Varsanılar ürkütücü, tehditkar nitelikte olabilmektedir. Süre olarak birkaç gün sürebileceği gibi, aylar boyu da devam edebilir. Antipsikotik ilaçlar tedavisinde kullanılabilir (76).

2.2.5.5 Wernicke Ensefalopatisi ve Korsakoff Sendromu

Alkol, kalori değeri yüksek, besleyici değeri az olan bir maddedir. Kronik olarak alkol kullanan bireylerde tiamin emilimi bozulmakta ve karaciğerde daha az depolanmaktadır. Alkolün metabolizmasında kullanıldığı için tiamine daha

fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Hastada bu vitamin düzeyinde eksiklik olması halinde Wernicke Ensefalopatisi adıyla adlandırılan konfüzyon, ataksi, nistagmus, oftalmopleji gibi belirtilerle seyreden bir klinik tablo meydana gelebilir. Bu bulgularla gelen hastada acil olarak tiaminin yerine konulması gerekmektedir (76). Tedavide gecikme meydana gelmesi halinde Korsakoff Sendromu gelişebilir. Bu sendromda kayıt belleğinde bozulma, yeni bilgi edinememe ile giden kalıcı bir amnezi gelişir (71,74).

2.2.5.6 Alkole Bağlı Demans ve Bilişsel İşlev Kayıpları

Kronik olarak alkol kullanımında serebral atrofi meydana gelerek demansa kadar uzanan kognitif yıkım meydana gelebilmektedir. Demans oranı tam olarak saptanamamasına rağmen bilişsel açıdan kayıpların oranı oldukça yüksektir (77). Özellikle bu kayıplar öğrenmede, bellekte, psikomotor koordinasyon alanlarında, uzamsal işlevlerde olmaktadır (78). Beyin görüntüleme çalışmalarında kronik alkol kullanımına bağlı olarak ventrikül ve sulkusların genişlemiş, kaudat nükleus hacminin azalmış, özellikle frontal bölgelerde başta olmak üzere beyin kan akımının azalmış olduğu saptanmıştır (79–83). Alkolün bırakılmasıyla kronik alkolizme bağlı olan metabolik bozukluklarda düzelme olduğu saptanmıştır. Önceleri rehidratasyona bağlanan bu düzelmeler, son yıllarda spektroskopi çalışmalarının da yardımıyla nöronal rejenerasyona bağlı olduğu gösterilmiştir (73).

2.2.6 Kronik Alkol Kullanımının Yol Açtığı Bedensel Hastalıklar

Alkol kullanım bozukluğu başta kardiyak olmak üzere birçok hastalıkla ilişkilidir. Yaşam süresini ortalama olarak 10-15 yıl kadar azalttığı belirtilmiştir. Erken meydana gelen ölümlerin en sık nedeni kardiyak hastalıklardır. Uzun süreli alkol kullanımında kan basıncında yükselme, kardiyomyopati, lipid değerlerinde yükselme meydana gelmektedir (84).

Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ikinci sıklıkta olan ölüm nedeni kanserlerdir. Bu da alkol kullanımının bağışıklık sistemi üzerine olan baskılayıcı özelliklerine, gastrointestinal sistem ve solunum sistemi üzerine olan iritan

etkisiyle açıklanmaktadır (85). Kanserler akciğer, özofagus, mide, baş ve boyun bölgesinde olmak üzere çeşitli yerlerde ortaya çıkabilir (86). Özellikle akciğer kanseri açısından dikkat çekici bir nokta sigara içme durumundan bağımsız olarak gelişebildiğinin gösterilmesidir. Bunun yanında karaciğer ve kolon kanserleri de ortaya çıkabilmektedir (22).

Hastalarda üçüncü ve dördüncü ölüm nedeni ise kazalar ve intiharlardır. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların, kullanmayan popülasyona göre 10 kat daha fazla intihar riski bulunmaktadır. İntihar oranlarındaki artış hastaların alkolü bırakmalarıyla azalmaktadır. Bunun yanında eşlik eden depresif belirtilerin, alkol kullanımıyla olan davranışlardaki kontrol kaybı intihar girişiminde rol oynamaktadır (70,87,88).

Alkol kullanımından zarar gören bir diğer organ karaciğerdir. Alkol karaciğerde yağlanmaya neden olmaktadır ve hastaların %15'inde siroz gelişebilmektedir (89). Diğer tıbbi sorunlar pankreatit, gastrit gelişme riskinde artış olması, nöropati, kemik yapısında bozulmadır.

2.2.7 Alkol Kullanımının Fetüs Üzerine Etkileri

Gebelikte alkol kullanımı fetüs üzerinde riskli sonuçlara neden olmaktadır (90). ABD, İngiltere ve Kanada'da kadınların %20-32'sinin gebelik esnasında alkol kullanımının olduğu, bazı ülkelerde bu oranın %50 civarında olduğu saptanmıştır. ABD ulusal araştırmasında 15-44 yaş arasındaki kadınların yarısından fazlasında hamilelik esnasında alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada gebelik esnasında alkol kullanan kadınların %66'sının ilk trimesterde, %54'ünün ise son trimesterde alkol kullanımının olduğu gösterilmiştir (91). Gebeliği olan kadınların %13-17'sinde son bir ay içerisinde bir seferde beş veya daha fazla içicilik olarak tanımlanan aşırı içiciliğin olduğu saptanmıştır (92).

Alkolün plasenta geçişinin olması nedeniyle fetüs üzerinde birçok toksik etkisi olabilmektedir. Bu etkiler arasında hücre döngüsünde bozulma, glial hücre

gelişiminde bozulma, migrasyon, myelinizasyon, hücre adezyonunda bozulma ve hücre zarında değişiklikler, hücre bölünmesinin ve ömrünün azalması gibi durumlar gösterilebilir. Alkole maruziyet sonrasında fetüste nörotrofik faktör üretiminde bozulma, hücre içi kalsiyum üretiminde değişimler ve serbest radikal artışı gözlenebilmektedir (93). Bunun sonucunda fetüste asetaldehid iyi bir şekilde metabolize edilemediği için düşük doğum ağırlıklı bebekler, mental retardasyon, ellerde ve ayaklarda malformasyonlar, yüzde şekil bozuklukları, kalpte malformasyonlar ve komplikasyonlar gözlenebilmektedir (88,94). Fetal alkol sendromu tanısı burada dikkat çekmektedir. Bu sendrom düşük doğum ağırlığı, yüzde deformite ve santral sinir sistemi gelişiminde bozuklukları ile kendini gösterir (22). Gebelikte bir sınır tanımlanmamakla birlikte hiç alkol alınmaması önerilmektedir (88).

2.3 Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.1. Tarihçe

Çocuk istismarına eski çağlardan beri çeşitli kaynaklarda rastlansa da son yüzyıl içerisinde dikkat çeken problemlerden birisi olmuştur (95,96). Tıbbi literatürde ilk olarak Tardieu tarafından 1860 yılında istismar tanımlaması yapılmıştır. Bu tanımlamanın üzerinden yaklaşık 90 yıl sonra Caffey, uzun kemik veya kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi gündeme getirmiştir. İlk olarak Kempe 1962 yılında bu istismara uğrayan çocuklar için hırpalanmış çocuk “battered child” terimini kullanmış olup daha sonraki yıllarda bu terim çocuk istismarı “child abuse” adını almıştır (97–99). Bu gelişmelerin sonucunda 1989 yılında Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi kabul edilmiştir. Bu sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerden gelebilecek her türlü olumsuz muameleye karşı ilgili devletlerin yükümlülüğünün bulunmasını içermektedir (6,100).

Ülkemizde çocuk istismarı ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup, daha çok adli tıp, pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanlarında yapılan çalışmalarda aydınlatılmaya çalışılmaktadır (101).

2.3.2. Tanım

Travma tanımı DSM-IV'e göre; kişinin ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma veya kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelme durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişi travma yaşadığında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamaktadır (102).

Çocukluk çağı travmaları DSÖ tanımlamasına göre;

“Bir yetişkin tarafından istemli ya da istemsiz olarak yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyen davranışlar” şeklinde tanımlanmıştır (5). Çocukluk çağı travmaları tıbbi, sosyal, hukuksal alanlarla ilişkili olduğu için bu alanlarla ilgili farklı tanımlamalar olabilmektedir (6). Başlıca istismar ve ihmal ana başlıkları altında incelenen çocukluk çağı travmaları bu alt başlıklarla ilişkili çeşitli tanımlamalar içermektedir. İstismar türleri fiziksel, duygusal, cinsel olarak değerlendirilirken ihmal türleri yalnızca fiziksel ve duygusal olarak değerlendirilmektedir (7). Zeytinoğlu ve arkadaşları (1991); çocukların beslenme, barınma, bakım, eğitim vb. İhtiyaçlarının karşılanmamasını ihmal olarak değerlendirmişlerdir (103). İhmal pasif iken istismar aktiftir (104).

2.3.3. Yaygınlık ve sıklık

Çocukluk çağı travmaları günümüzde önemli ölüm sebepleri arasında olup sıklığı hakkında farklı bilgiler bulunmaktadır. Bu farklılıkların nedenleri arasında bildirim sorunları yer alır. İstismar ve ihmalin bir sonucu olarak geçmiş yıllarda 15 yaşın altındaki çocuklar arasında bir yılda 57.000 ölüm gerçekleştiği gösterilmiştir. Çocuk istismar ve ihmali düşük-orta gelirli ülkelerde 2-3 kat daha yüksek olmakla birlikte Afrika bölgesi başı çekmektedir. DSÖ çocuk cinayetleri verilerine göre Afrika'da cinayet oranı erkeklerde 17,9/100.000, kızlarda 12,7/100.000 şeklindedir. En düşük oranlar ise Avrupa, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik Bölgeleri gibi yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir (7).

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanının (U.S. Department of Health and Human Services [DHHS]) 2009'da ve Ulusal Çocuk İstismarı ve

İhmali Bilgi Sistemi (NCANDS) 2007 verileri ile hazırlanan raporda, Amerika genelinde ihmal %59, fiziksel istismar %10,8, cinsel istismar %7,6, duygusal istismar %4,2 olarak saptanmıştır. Bu raporlara istinaden çocuk istismar ve ihmali en sık 4-7 yaş grubu çocuklarda meydana gelmektedir (%23,8). Yaş ilerledikçe istismar ve ihmal sıklığında azalma olduğu saptanmıştır (105). Benzer bir şekilde ABD’de yapılan bir çalışma verilerine göre çocukların yaklaşık %1’i istismar, %1,5’unun ihmale uğradığı gösterilmiştir ancak buzdüğünün görünen yüzü olduğu yorumunda bulunulmuştur (106,107). Diğer çalışmaya benzer şekilde yaş arttıkça istismar oranında düşme gözlenmekte ve 12 yaşından sonra belirgin bir şekilde azalma olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda istismar ve ihmal oranlarında artış olduğu saptanmıştır, bunun nedeni istismar veya ihmale uğrayan çocuk sayısında artış olmasının yanında bildirilen vaka oranında artışın olması da diğer bir faktördür (95,108,109). Çalışmanın diğer verilerine bakıldığında kız çocukların istismar oranı (%52) erkek çocuklara göre (%48) daha fazladır (95,110). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi’nin 2008 yılında 772.000 çocuk istismar ve ihmale uğramıştır. İstismardan olan ölümler 2.33/10.000 olarak saptanmış. İstismarların %80.1’i aileleri tarafından, %6.5’i diğer akrabaları tarafından olmuştur. Messman-Moore ve Brown (2004), 944 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada kadınların %17’si çocukluk döneminde herhangi bir istismar türüne, %8.9’u cinsel istismara, %4.2’si fiziksel istismara, %8.6’sı duygusal istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (111). Wang ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada travmaların türleri açısından %71.1’i ihmale, %16.1’i fiziksel istismara, %9.1’i cinsel istismara, %7.3’ü duygusal istismara maruz kalmaktadır (112). Bunun yanında genel nüfusun değerlendirildiği çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha fazla çocukluk çağı travması olduğu saptanmıştır (113–115).

Ülkemizde kesinleşen ve resmiyet kazanan istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili herhangi bir veri bulunmamaktadır (116). İstanbul’da 2001 yılında yapılan lise öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %34,8’inde en az bir çocukluk çağı travma yaşantısı bulunmakla birlikte; ihmal oranları %16,5, duygusal istismar oranı %15,9, fiziksel istismar oranı %13,5,

cinsel istismar oranı %10,7 olarak hesaplanmıştır. Kız çocuklarındaki cinsel istismar ve ihmal yaşantılarının erkek çocuklarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (116). Bilir ve arkadaşlarının 1999 yılında ülkemizde 8 ilde yapılan 16.100 çocuğun dahil edildiği çalışmada yaş grupları açısından anlamlı farklılık olduğu ve yaş ilerledikçe travma sıklığının azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada 4-6 yaş grubu için sıklık %40,7, 7-10 yaş grubunda %33,5, 11-12 yaş grubunda %25,8 olarak hesaplanmıştır. Diğer çalışmalara benzer oranda kız çocuklarda daha fazla travma oranı saptanmıştır (Kızlarda %34,6, erkeklerde ise %32,5), (117).

Çocukluk çağında görülen cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal yaşantıları hem psikiyatrik hasta örneklemelerinde hem de genel toplum örneğinde gözlenebilmektedir (116). Yargıç ve ark (1994) yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının erişkin dönemde psikiyatrik sorunları arttıran etkenler arasında tanımlamışlardır (118).

Yanık ve Özmen (2002) çalışmasında psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalar alınmıştır. Bu hastalarda cinsel istismar oranı %22, duygusal istismar oranı %18,7, fiziksel istismar oranı %15,3 olarak saptanmıştır (119). Kulak ve ark (2006) çalışmasında yetişkinlik döneminde tecavüz mağduru olan kadınların %42'sinde geçmiş dönemlerde çocukluk çağı travmalarının 3 çeşidine, %35,2'sinde ise 2 çeşit istismara uğradıkları saptanmıştır (120). Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastaların örneklem olduğu başka bir çalışmada en sık duygusal ihmal (%24,7) ve fiziksel ihmal (%17,3) bildirilmiştir (121).

Örsel ve ark. (2011) çalışmasında DSM-IV tanı ölçütleri ile yapılandırılmış görüşme formatı olan SCID kullanılarak 182 hasta değerlendirilmiş, bu hastaların %65,7'si çocukluk çağında istismar türlerinden en az birine, %6,1'i bu istismar türlerinin tamamına maruz kaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınlardaki istismar yaygınlığı %70,3 iken erkeklerde %58,2 olarak saptanmıştır (122).

Alkol-madde kullanım bozuklukları grubunda çocukluk çağı travmaları yaygınlığı

Çocukluk çağı travmaları ile alkol-madde kullanım bozukluklarının değerlendirildiği bir çalışmada çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve fiziksel ihmal puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi'nde (AMATEM) yapılan araştırmada çocukluk çağı travmalarının yol açtığı disosiyatif belirtiler, depresyon, madde bağımlılığı ve anksiyete arasında ilişkinin olduğu gösterilmiştir (123). Alkol bağımlılığı olan kişilerde yapılan bir diğer çalışmada erkeklerin %30.4'ünde, kadınların %58.6'sında çocukluk çağı travmatik yaşantılar bildirilmiştir (17,18).

Anksiyete bozuklukları grubunda çocukluk çağı travmaları yaygınlığı

Çocukluk çağı travmaları, kişilerin cinsel yaşamlarını da olumsuz etkilemektedir. Cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bulunan panik bozukluk hastalarının cinsel istekleri, uyarılmaları ve orgazm sorunları yaşanmaktadır. Panik bozukluk hastalarında gözlenen cinsel işlev sorunlarının çocukluk çağı taciz yaşantılarından ve eşlik eden depresyon yakınmasından etkilendiği saptanmıştır (124).

Lochner ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal oranları bozukluğu olanlarda daha fazla saptanmış (125).

Chu ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve disosiyatif bozukluklar bölümünde yatan 90 hastanın istismar oranlarının değerlendirildiği bir çalışmada fiziksel istismar oranı %83, cinsel istismar oranı %82 ve hastaların %64'ünün herhangi bir istismara tanık olduklarını belirtmişlerdir (126). Çocukluk çağı travmaları olan olgularda disosiyatif bozukluk ve eş tanı olarak borderline kişilik bozukluğu ilişkisi

araştırılmış. Duygusal ve cinsel istismar ile fiziksel ihmal puanlarının borderline kişilik bozukluğunda, duygusal ihmal puanlarının disosiyatif bozukluklarda etkisinin olduğu belirtilmiştir (127).

Kişilik bozuklukları grubunda çocukluk çağı travmaları yaygınlığı

Sınır kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada travma öyküsü %81 olarak saptanmış (128). Benzer şekilde sınır kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin çocukluk çağı travmaları kontrol gruplarına göre daha fazla tanımladıkları belirtilmiştir (129).

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olan Faktörler

Çocukluk çağı travmalarına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler bireysel veya çevresel faktörlerden kaynaklanabilmektedir.

Çocukların istismara uğramasına neden olabilecek faktörleri diğer bir açıdan iç ve dış stres faktörleri olarak gruplandırılabilir (6,130–133).

Dış stres faktörleri:

- Yoksulluk,
- Ekonomik yetersizlik,
- İşsizlik gibi etkenler yer almakla birlikte bu durumun getirdiği
- Sağlıksız ortamlar,
- Beslenme sorunları,
- Yetersiz yetişme koşulları

İç stres faktörleri:

- Kişilik özellikleri,
- Ebeveynin kişilik özellikleri,
- Toplum dinamiklerine göre çocuktan olan beklentiler

Sosyoekonomik durum istismar için risk faktörlerinden birisi olsa da her sosyoekonomik gruptan çocuklar istismara uğrayabilir. Bunlardan aile, çocuk ve ebeveynin dinamikleri 3 grupta değerlendirilebilir (134).

Tablo 3. Çocukluk çağı travmalarına neden olan faktörler

<p>Ebeveyn özellikleri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Düşük benlik saygısı2. Yetersizlik hisleri3. Anksiyete4. Depresyon5. Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı6. Dürtü kontrol bozukluğu7. Ebeveyn olmakla ilgili yaşanan anksiyete8. Ebeveynlik yetileri hakkındaki yetersizlikler9. Kişilik bozukluğu10. Düşük eğitim düzeyi11. Erken yaşta ebeveyn olma12. Dıştan denetimli olma13. Kuşaklar arası aktarılan kötü muamele, aile içi şiddet14. Çocuklara karşı daha az empatik olma15. Çocuk davranışlarına olumsuzluk atfetme16. Çocuklara olan bağlılığının zedelenmesi17. Çocuk gelişimi hakkında yeterli bilgiye sahip olunamama	<p>Çocuğun özellikleri</p> <ol style="list-style-type: none">1. Yaşının küçük olması.2. Fiziksel ve zihinsel yetersizlikler.3. Uyumsuz ve zor bir mizacının olması, buna bağlı gelişen davranışlar. <p>Ailesel özellikler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Düşük sosyoekonomik düzey2. Tek ebeveyn olmak3. Sosyal açıdan yalıtılmış olma4. Geniş aile5. Aile üyeleri arasındaki bağların zayıf olması6. Aile üyeleri arasındaki çatışmanın yoğunluğu
--	---

2.3.5. Travmanın Nörobiyolojisi

Erken dönemde strese maruz kalma, myelinizasyon, nörogenezis, sinaptik üretim gibi önemli süreçleri etkilemektedir (135). İstismara maruz kalan çocuklardaki nörobiyolojik değişikliklerle ilgili sonuçların değerlendirildiği bir çalışmada bu kişilerin daha saldırgan olduğu ve uyum bozukluklarına yol açabilecek davranışların daha fazla olduğu, “kaç-dövüş” ve “uyku etkisi” gibi tutumların daha sık gelişebileceği ve tedavi planlamasının bu mekanizmalar üzerine yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur (136).

Çocukluk çağı travmaları beyin gelişimini olumsuz etkileyen bir dizi olay meydana getirmektedir. İlk dönemde stres faktörlerine cevaben glukokortikoid, noradrenerjik salınımlara neden olur. Bu faktörlerin salınımı daha sonra nörogenez, sinaptik budanma, sinaptik aşırı üretim, myelinizasyon gibi süreçleri olumsuz etkiler. Başlıca sonuçlar olarak korpus kallozumun orta bölümünde boyut azalması, frontotemporal alandaki elektriksel aktivite ile birlikte sol neokorteks, hipokampus ve amigdalanın daha az gelişmesi, vermis serebellumun işlevselliğinin azalmasına neden olmaktadır. Bu değişiklikler travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, sınır durum kişilik bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu gibi klinik durumların oluşma riskini arttırdığı düşünülmektedir (136).

2.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkili Modeller

2.3.6.1 Sosyolojik Model

Sosyolojik model açısından toplumsal değerler, örgütlenmeler, kültürel ve ailesel değerler ele alınmıştır.

Çevresel şartlardaki olumsuzluk, gelir düzeyindeki azalma, işsizlik gibi nedenlerden dolayı yaşanan engellenme halinin çocuk istismarına yol açtığı saptanmıştır (137,138). Modernleşen toplumla aile bağlarının kopması, evlerde işlerde değişikliklerin olması, geniş ailelerden çekirdek aile yaşantısının baskın hale gelmesi sosyal desteğin azalmasına neden olmakta ve istismar riskini arttırmaktadır (139). Kişiler arası ilişkilerde ve kitle iletişim araçlarında şiddetli onaylayıcı davranışların olması durumunda ve kültürel açıdan şiddetin onaylanmasının şiddet ve istismar davranışlarında artış gözlenebileceği belirtilmiştir (140).

2.3.6.2 Sosyal-Durumsal Model

Araştırmaların birçoğuna göre anne ve babanın çocuklarını disiplinize etme çabasıyla fiziksel, duygusal istismar gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Özellikle bu iki tür istismarda artış olduğu belirtilmiştir (138). Gelişmiş

toplumlarda bu davranışların artık onaylanmaması, hukuki açıdan yasaklanmaları bu davranışları uygulayan ebeveynlerin suçluluk hissetmelerine neden olmaktadır. Disiplinize etme amacından ziyade ebeveynin öfkesinin yansması ile daha çok ilişkisi olan dayak atma, toplumsal değerler ve bireysel davranışlarda çelişki ortaya çıkardığından istismara neden olmaktadır (141,142).

Sosyopsikolojik modele göre davranışları belirleyen etkenler çevre ve birey etkileşimidir. Buna ek olarak sosyal öğrenme yoluyla anne-babaların istismar davranışlarını kendi anne-babalarından öğrenmeleri, çocuklarından olan beklentilerinin gerçek dışı niteliği ile belirlendiği yönünde bir düşünce oluşmaktadır. Bu örnek alma hali “kuşaklar hipotezi” olarak ortaya konmuştur (131,143,144).

2.3.6.3 Sosyal- Etkileşimsel Model

Bu modelde, ebeveynin çocuklarıyla geliştirdikleri etkileşimlerin istismar davranışlarına neden olabileceği üzerinde durulmuştur. Eşlerin birbirlerine olan öfkelilik hali çocuğa yansıyabilmektedir. Çocuğun özellikleri de dikkate alınmaktadır (145). Örnek olarak fiziksel veya zihinsel açıdan engelli çocuklar, anne-babası vefat etmiş veya boşanmış olan çocuklar, bakımı zor olan prematüre bebekler istismar açısından daha risklidir. Aile danışmanlık hizmetleri, komşuluk ilişkileri, sigorta yardımları, iş durumu, sosyal hizmet alanlarındaki eksiklik çocuğa istismar davranışının ortaya çıkmasını arttıran faktörlerdendir (146).

Özetle bu modele göre insan davranışlarının değerlendirilmesinde bireysel ve çevresel etkileşimin üzerinde durulmaktadır, davranışlardaki sorunların çözümünde ise hem bireysel hem de çevresel nedenlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği esas alınır (147).

2.3.6.4 Psikiyatrik Model

Bu modele göre istismarı yapan bireylerin psikiyatrik bozukluklara sahip olabileceği üzerinde durulmuştur. Özellikle istismarı uygulayanların ebeveynler olduğu düşünülürse onların özellikleri incelenmiştir (148). İncelemeler neticesinde narsistik eğilimlerin olduğu, zeka düzeylerinin normal sınırlarda olduğu, özgüven eksikliği olan, kaygı düzeyi yüksek, depresif belirtiler gösteren, ebeveynlik görevlerini yerine getirememeye düşüncesi içerisinde oldukları ve dürtüsel özellikler saptanmıştır (6).

2.3.7. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Bir toplumun kalkınabilmesi ve ilerleyebilmesi için o toplumda yaşayan çocukların bedensel, sosyal ve ruhsal açıdan sağlıklı gelişmeleri gerekmektedir (149). Ebeveynler çocuk yetiştirme sürecinde farkında olmadan veya kasıtlı olarak çocukların gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu davranışlar aktif bir şekilde (istismar) olabilirken pasif şekilde de (ihmal) olabilmektedir (7,150,151).

2.3.7.1 İstismar

2.3.7.1.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar en geniş anlamda, çocukta kaza dışı meydana gelen yaralanmalar olarak tanımlanabilir (7). Fiziksel istismar; anne-baba ve diğer yetişkinler tarafından bedensel olarak örselenme halidir. Genellikle çocuğa bakım verenler tarafından çocuğun sağlığına zarar verecek şekilde yaralanması veya yaralanma riski taşımasıdır (152,153). En sık rastlanan fiziksel istismar çocuğun dövülmesidir. Bu davranışlar tokat atmaktan değişik objelerle yaralamaya kadar değişiklik göstermektedir. Genelde morarma, çürük, yanık izleri, kırık, iç kanamaya kadar giden bulgular görülebilir (154). Fiziksel istismara yol açabilecek diğer hareketler: tekme atma, vurma, sarsma, ısırma, boğazını sıkma, zehirlenme, yakma, yaralama vb. olabilir. Durumun ciddiyetine göre farklı yaralanmalar, zehirlenmeler ve gelişim gerilikleri gözlenebilmektedir (6). Bu davranışlara sebep olarak otoriteyi sağlama ve cezalandırma amacı

gösterilebilir (152,155,156). Fiziksel istismar olarak değerlendirilen çoğu eylemler bazı toplum veya kültürlerde istismar olarak algılanmamakta, çocuğu disiplinize etmek için gerekli olan eylemler olarak düşünölmektedir (157).

Fiziksel istismar sıklığı için yapılan çalışmalar kapsamında WoldSAFE projesinde beş ölkede fiziksel istismar oranları incelenmiş. Bu ölkelerdeki yaygınlık oranları ABD ve Şili'de %4-85, Filipinlerde %21-82, Mısır'da %26-72 ve Hindistan'da %36-70 arasında saptanmıştır (7). Dayak atmanın yetiştirme yöntemleri arasında sık olmadığı bilinen Çin ve Japonya gibi toplumlarda fiziksel istismar yaygınlığının az olduğu saptanmıştır. Her yıl yaklaşık olarak 6,9 milyon çocuğun istismara uğradığı ve bu istismarın (fiziksel cezalandırmanın) %97'sinin 0-3 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (158). Bir yaşın altındaki çocuklarda komplike olmayan travmalar haricinde kafa içi zedelenmelerinin %95'i ve tüm kafatası zedelenmelerinin yaklaşık %65'inde fiziksel istismara bağılı olduğu saptanmıştır (95,99,159–161).

Ölkemizde yapılan değerlendirmelerde ebeveynleri tarafından istismara uğrayan çocukların oranı %65.7 olarak belirtilmiştir (100). Diğer bir çalışmada ise Türkiye'deki fiziksel travmanın sıklığı %24 olarak belirtilmiştir (162). Okul yöneticileri ve ebeveynler arasında yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %40'ı, ailelerin çocuğa fiziksel şiddet uygulamasının fiziksel istismar veya ihmal davranışı olduğunu düşünmüşlerdir. Fiziksel şiddet olarak tanımlanan davranışlar dövölme, saç ve kulak çekilmesi, çeşitli cisimler fırlatılması, şiddetli sarsma, yakılma olarak belirtilmiştir (133). Bu oranların saklanan olaylarla daha da artabileceğı ve aslında durumun daha ciddi olduğu belirtilmektedir (163).

Fiziksel istismarın oluşmasında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, alkol madde kullanımı, ekonomik sorunlar, çocuklukta ebeveynin de istismara uğraması, sosyal desteğin az olması gibi risk faktörlerinin olduğu saptanmıştır (13,130,132). Fiziksel istismarda anlamlı fark olmamakla birlikte erkeklerde kızlara göre daha fazla oran saptanmıştır (116,151). Aile tipi ve yaşanan yer açısından bakıldığında geniş ve parçalanmış ailelerde fiziksel

istismarın daha çok yaşandığı saptanmıştır (149). Ergenler arasında yapılan bir çalışmada ekonomik durumun fiziksel istismara uğrayan grupta daha kötü olduğu saptanmıştır (164).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar yetişkinlerde az temas kurarlar, kendisine dokunulmasından, yaklaşılmamasından ürkerler, ilişkilerinde yakınlık kurmakta güçlük çekerler, ilişkiler daha yüzeyseldir, korku verici durumlarda tepkisiz kalırlar, aşırı saldırgan veya içe dönük olabilirler (117,165,166). Bunun yanında fiziksel istismara uğrayan çocukların çevreye uyum sorunları yaşadığı, gelişim geriliklerinin olduğu, akademik açıdan yetersizliklerinin olduğu saptanmıştır. Daha önceden yaşanan fiziksel travmaların problem çözme becerilerini olumsuz etkilediği, istişare ederek, sabrederek çözme yöntemlerinin daha az kullanıldığı ve en sık görülen sorunların saldırganlık ve suça karışmaya yönelik olan davranışlar olduğu belirtilmiştir (132).

Kendine zarar verme ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada fiziksel istismarın rolünün önemli olduğu gösterilmiştir. Bu kişilerin kendilerini cezalandırmak için veya sıkıntılarını kontrol altına almak için kendilerine zarar verdikleri saptanmıştır. Kendine zarar veren kişilerinde alkol-madde kullanım oranlarının yüksek olduğu da belirtilmiştir (167). Herman' a göre zaman zaman kişinin geçmişteki travmatik deneyimleri aklına gelir ve bu durum kişiye huzursuzluk verir, bundan kurtulmak için kendilerini kesme vb. gibi davranışlara yönelirler. İstismara uğrayan kişiler kendilerini de sarsmayı öğrenirler ve bununla katlanması güç olan duygularla baş etmeye çalışırlar (128). Kendine zarar verme veya özkıyım girişiminin fiziksel istismara uğrayan çocuklarda daha fazla sıklıkta saptandığı gösterilmiştir (116). Uzun süreli izlemeye dayalı davranış problemlerinin incelendiği bir çalışmada istismara uğrayanların %60'ında, istismara uğrayanların kardeşlerinin ise %40'ında davranış sorunları saptanmıştır (154).

Fiziksel istismar klinikte dikkat bozuklukları, intihar girişimleri, tehlikeli cinsel deneyimler, şiddet içeren davranışlarda bulunma, anksiyete bozuklukları,

depresyon, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi tablolarla karşımıza çıkabilmektedir (128,132,155,168–170).

2.3.7.1.2 Duygusal İstismar

Duygusal istismar tanım olarak 1983 yılında Uluslararası Duygusal İstismar Toplantısı'nda "Çocuk ve gençlerin psikolojik açıdan kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması gerekli olup da ihmal edilen toplumsal ve bilimsel standartlara göre zarar verici oldukları saptanan davranışlardır." (6). Duygusal istismar, ebeveyn veya çevrede bulunan diğer yetişkinlerin, çocuklara saldırganca sözler söyleme, çocukların duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini olumsuz etkileyen eylem veya eylemsizlik içerisinde bulunmaları olarak tanımlanabilir (7,132). Bu eylemler arasında çocuğa bağırma, aşağılama, reddetme, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması örnek gösterilebilir (171,172).

Duygusal istismar diğer istismar türlerine eşlik edebildiği gibi tek başına da görülebilmekte olup diğer istismar davranışlarının ortadan kalkması halinde dahi duygusal istismarın devam ettiği gösterilmiştir. Diğer istismar oranlarından daha fazla görünmekle birlikte bulguların gizli olması nedeniyle, fark edilmesi, yasal olarak kanıtlanmasında güçlükler yaşanmaktadır (132,159). Beş farklı ülkede yapılan çalışmada duygusal istismar sıklığı %75-80 oranında saptanmıştır (7). Ülkemizde yapılan çalışmalarda %78 oranıyla en sık görülen istismar türüdür (162,173). Duygusal istismar daha çok kişinin yakınındaki bireyler tarafından ortaya çıkarılmaktadır (132,157).

Risk faktörleri açısından sosyoekonomik durum fiziksel istismarda olduğu gibi duygusal istismarda da görülmüştür (174). Alt gelir düzeyine sahip katılımcıların duygusal istismar puanları anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada ebeveynleri ayrı yaşayan katılımcıların duygusal istismar puanları ve istismar sıklığı yüksek oranda olduğu saptanmıştır (151,175). Askerlik görevini yapan 20 yaş altındaki katılımcılar arasında yapılan diğer bir çalışmada kırsal kesimde yaşayanların, eğitim ve gelir düzeyi

düşük olanların daha fazla duygusal istismar yaşadıkları ve askerliğe uyumda sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (176).

Çocukluklarında duygusal istismara uğrayan kişilerde ailenin olumsuz tutumlarına karşı pasif agresif reaksiyonlar, olumsuz kendilik algısı, bağımlı kişilik özellikleri, depresyon, anksiyete bozuklukları, uyumsuz ve saldırgan tepkiler gösterme, içe kapanma gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (131,177,178).

2.3.7.1.3 Cinsel İstismar

DSÖ cinsel istismarı bir çocuğun tamamen idrak edemediği, bilinçli bir şekilde razı olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, ayrıca kanunlara veya toplum tabularına aykırı bir şekilde cinsel aktivitelere dahil olması şeklinde tanımlanmaktadır (179). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi (NCCAN) tarafından cinsel istismar; çocuk ve yetişkin arasında temasın o erişkin veya başka bir kişinin cinsel uyarım için kullanılması olarak tanımlanmıştır. Cinsel istismar, bariz yaş farkının olması halinde bir çocuk tarafından da gerçekleştirilebilir (6). Cinsel istismar olarak kabul edilen eylemler cinsel organa dokunma, kendi vücuduna dokundurma, tecavüz, şehvetli öpme, kışkırtıcı sözler söyleme, çıplak resim çekme şeklindedir (180,181).

Yaygınlık konusunda büyük farklılıklar bildirilmesine rağmen kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39 olarak saptanmıştır. Amerika verilerine göre 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismar yaygınlığı 1.3/1000 olarak saptanmış ve kızlarda daha yaygın olduğu, NCANDS 2007 verilerine göre Amerika genelinde cinsel istismara en çok uğranan yaş aralığının 12-15 yaş arasında olduğu (%35,2) bildirilmiştir (132). Tahmini yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 arasında olduğu, vakaların sadece %15'nin bildirildiği düşünülmektedir (162). Gizli kalma eğiliminde olan cinsel istismar vakaları genellikle istismar esnasında fiziksel olarak zarar görülmesiyle açığa çıkmaktadır (182). Cinsel istismarın çoğu aile içinde kan bağı olan kişilerce yapılmaktadır. Bu yüzden tespiti zordur. Cinsel istismar sık rastlanan ve

genellikle yıllar boyunca devam eden bir durum olduğu ve sıklıkla gizli kaldığı belirtilmektedir (132). Cinsel istismar her yaş kız ve erkekte görülebilmekle birlikte okul çağı ve ergenlik dönemindeki kızlarda daha çok saptanmıştır (117). Ergenlik öncesinde kız çocuklarının %25'inin, erkek çocuklarının %15'inin cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Bu rakam ülkemizde %9-18'dir (157). Adli olguların değerlendirildiği bir çalışmada adli başvuruların %81,3'ünün cinsel istismar olguları olduğu saptanmıştır (183). Ülkemizde Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)'in çalışmasında kız çocuklarının %58'i, erkek çocuklarının %42'sinin cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (174).

Cinsel istismar için risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynin tek olması, ailede daha önce cinsel istismar öyküsünün bulunması gibi faktörler bulunmaktadır (184).

Cinsel istismara uğrayan kadınların acılarını bastırmak için kendilerini kestikleri saptanmıştır. Cinsel istismara maruz kalanlarda ileri dönemde cinsel fonksiyon bozuklukları gözlenebilmektedir. Diğer istismar türlerinde olduğu gibi olumsuz kendilik algısı, değersizlik düşünceleri, utanç hissi oluşmakta; bunları gidermek için kendilerine yönelik cezalandırıcı davranış içerisinde bulunmaktadır (185). Birçok nedenden dolayı bastırılan, unutmak için aşırı çaba harcanılan cinsel istismar yaşantıları, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimini ve yaşamını olumsuz bir biçimde etkiler (186). Tyler (2002) cinsel istismara uğrayan bireylerde intihar, alkol madde kullanım bozukluğu, suça karışma eğilimi, riskli gebelik ve cinsel birliktelik, TSSB, davranış problemlerinin daha sık olabileceğini belirtmiştir (187). Aynı zamanda bu bireylerde rahatsızlık verici düşünceler, uyku problemleri, dikkat konsantrasyon güçlükleri, kaçınma, cinsel işlev ve kimlik bozuklukları, uygun olmayan cinsel davranışlarda bulunma gibi davranış ve örgütlenmeler meydana gelebilir (157).

Çocuklukta maruz kalınan negatif etkiler, geri kalan dönemlerde yeniden mağduriyete neden olabilirler (revictimization) (120). Çocukluk döneminde

cinsel istismara uğrayan kadınların, uğramayan kadınlara göre iki kat daha fazla tecavüze uğradıkları saptanmıştır (111). İstismara bağlı olarak kişiler arasında ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi olumsuz olarak etkilenmektedir. Ya fazla beklentili ve kontrol edici ilişki, ya da kaçınan bir ilişki kurdukları yani işlevsellikten uzak yalnızlıkla sonuçlanan bir ilişki yaşadıkları belirtilmiştir (132). Çocukluk çağı istismarlarından en çok cinsel istismarın intihara neden olduğu şeklinde veriler elde edilmiştir (188).

2.3.7.2 İhmal

Tanım olarak çocuğa bakmakla yükümlü bireylerin, çocuğun bakım, korunma, beslenme, eğitim, emosyonel gelişim vb. gibi alanlarda çocuğun gereksinimlerini yerine getirebilecekken yerine getirmemesi, çocuğu yalnız bırakması olarak belirtilmiştir (179). İhmal aynı zamanda kötü bakım anlamına da gelmektedir. Kötü niyetle veya eğitimsizlikten kaynaklanabilmektedir (6). Örneğin çocuğun ihtiyacı olan ayakkabının alınmaması, okula göndermemek, enürezisi olan bir çocuğun ailesinin bu durumu hastalık olarak görmeyip doktora götürmemesi, ailede de başka kişilerde benzer yakınmaların varlığında bu durumun kabullenilmesi ve doğal karşılanması gibi tutumlar ihmal olarak değerlendirilebilir (157).

İhmal de fiziksel, duygusal ihmal olarak iki ana başlık altında incelenmektedir (7). Mevcut imkanlardan yoksun bırakma fiziksel ihmale, sevmeme yakınlık göstermeme ilgisizlik duygusal ihmale örnek gösterilebilir (100). Özellikle fiziksel ve cinsel istismara göre ihmal yaşantıları daha göreceli olduğu için tanıda zorluk çekilmektedir. Daha önce de bahsedildiği gibi ihmal ve istismarı ayıran temel nokta ihmalin pasif, istismarın aktif bir nitelik taşımasıdır (157).

ABD yapılan araştırma verilerine göre çocuk ölümü olgularının yarısının ihmale bağlı olduğu, ciddi boyutlarda olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (6). En az bir psikiyatrik tanı alan hastalar arasında yapılan bir çalışmada duygusal ihmal oranı %82.6, fiziksel ihmal oranı %72.1 olarak

saptanmıştır (122). Ruhsal travmalar arasında en sık bildirilen travma (%16.5) olduğu saptanmıştır. Bunu duygusal istismar (%15.9), fiziksel istismar (%13.5), cinsel istismarın (%10.7) takip ettiği saptanmıştır (116). Cinsiyetler açısından yapılan karşılaştırmada erkeklerdeki duygusal ihmal puanları kızlardan daha yüksek oranda saptanmıştır (189).

Çocukluk çağı ihmalleri risk faktörleri arasında ebeveyn tutumlarının daha çok eleştirel nitelikte olması, destekleyici olan yaklaşımlardan uzak durmaları, daha az bağlanmaları risk faktörleri arasında gösterilmektedir (190). İhmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden destek bulmak yerine daha çok çatışma ortamına maruz kalmaktadırlar (191). Çocuğun engelli olması, evlilik dışı olan bir çocuk olma, hızlı sosyokültürel değişim içerisinde büyüme, annede gebeliğin bulunması, ekonomik sorunların olması, çok çocuklu bir ailenin çocuğu olma, istenmeyen bir gebelik sonrasında olma, annenin çok genç olması, ebeveynin kendisinin de daha önce istismara maruz kalması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması gibi faktörler çocukluk çağında ihmal yaşantıları açısından risk faktörleri oluşturmaktadır (7,172,181).

Ebeveyn çocuk ilişkisinde yetersizlik olduğu ileri sürülen ihmal davranışlarında zeka ve dil gelişiminin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Bunun yanında ihmal davranışına uğrayan çocuklar, istismara uğrayan çocuklara göre ergenlik döneminde duygu dışavurumlarının daha çok olduğu gösterilmiştir (192). İhmal yaşantısı olan bireylerin, ailelerine karşı daha düşük bağlanma ve uyum gösterdikleri saptanmıştır (193). İhmal yaşantıları ileri dönemlerde görülebilen depresif belirtiler, davranış bozuklukları, öğrenme güçlükleri, alkol-madde kullanımı, intihar dahil kendine veya başkalarına zarar verici davranışlarda bulunma (121), benlik saygısında ve özgüvende azalma gibi klinik görünümlele karşımıza çıkabilmektedir (194).

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük bireylerin yetersiz beslenme, giydirme, hijyen veya bakım verme sonucunda zarar görmesidir. Fiziksel ihmalin fiziksel istismardan daha sık meydana geldiği düşünülmektedir (155). Fiziksel

istismarın sonuçlarına benzer olarak çocukta sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimde ağır ve uzun dönemli sonuçlar meydana gelebilmektedir. Fiziksel ihmale %90 oranında duygusal ihmal de eşlik etmektedir (195,196).

2.4 Duygu Düzenleme

2.4.1 Tanım ve Özellikler

Duygu düzenleme tanım olarak bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yetisidir. Diğer bir anlamda tepkilerini daha düzenlenmiş ve bütünleşmiş bir şekilde iletebilme, yapabilme becerisidir. Duygularını anlama, tanımlama, uygun olduğunda hafifletme söz konusudur. Kısacası kişinin “kendinin patronu” olmasını sağlar (8).

Duygu düzenleme kavram olarak tepkileri gözleme, değerlendirme ve değiştirmeye birlikte amaca ulaşmayla ilişkili bütün içsel ve dışsal süreçleri kapsar (197). Duygu düzenleme birçok düzenlemeyle ilişkilidir. Bunlar arasında kendi duygularını düzenleme, diğerleri tarafından oluşturulan duyguları düzenleyebilme, duygunun kendisini düzenleyebilme ve duygunun altında yatan özellikleri düzenleme yer alır (198). Duygu düzenleme süreçleri kontrollü ya da otomatik olabilir, duygu üretme sürecini etkileyebilir ve yeni bir duygusal tepkinin başlatılmasını veya devam eden duygusal tepkilerde değişiklik olmasını içerir (9,199).

Duygu düzenlemenin temel özellikleri (200):

- a) Duygu düzenlemenin taslakları bilinçlidir, başlangıçta hayal edilebilir ve sonrasında bilinçli farkındalık olmaksızın ortaya çıkar.
- b) Bireyler duygularını olumlu veya olumsuz düzenleme olanağına sahiptir.
- c) Duygu düzenleme formlarının önceden iyi veya kötü olacağı varsayılmaz.

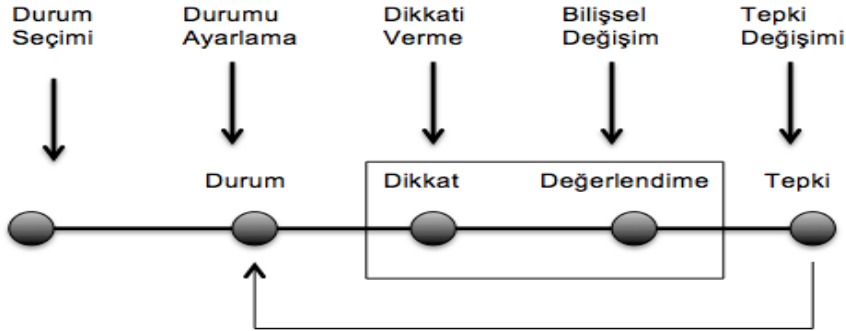
Duygu düzenlemede kişinin amaçlarına bağlı olarak tepkiler azaltılabilir, artırılabilir veya sabit kalması sağlanabilir. Kişiler daha çok öfke, üzüntü, kaygı

gibi olumsuz duyguları bastırmaya yönelik olarak duygularını düzenleme eğilimi gösterirler (9).

Duygu düzenleme stratejileri 5 kategoride toplanmıştır (9).

1. **Durum seçimi:** Duyguyu oluşturan durumun ortaya çıkıp çıkmayacağını seçmektedir (situation selection).
2. **Durumu ayarlama:** Durumun duygusal etkisini değiştirmek amacıyla koşulların gerektirdiği şekilde durumu ayarlama (situation modification)
3. **Dikkati verme:** Koşulların farklı yönleri vardır ve dikkat kullanılarak bu yönler odaklanma sağlanır.
4. **Bilişsel değişim:** koşulun belirli bir yönüne odaklanma sağlanarak, koşulun anlamlı bir fikir üzerine çevrilmesi ile bilişsel değişim (cognitive change) oluşur.
5. **Tepkinin değişimi:** Duygusal tepkilerin yüz ifadeleri gibi eylemlere etkisidir.

Şekil 2. Duygu düzenleme stratejileri



Duygu düzenleme diğer açıdan öncül ve tepki açısından iki bölümde ele alınmıştır. Öncül duygu düzenlemesi, tepkiyi tetikleyen öncüllerin değerlendirilmesini içerir. Tepki odaklı duygusal düzenleme ise açığa çıkan tepkinin bileşenlerinin düzenlenmesini içerir (201). Yapılan çalışmalarda öncül odaklı duygu düzenlemenin yaşam memnuniyetini tepki odaklı düzenlemeden daha çok arttırdığı saptanmıştır (202).

Duygu düzenleme ile ilgili süreçlerde bozukluk olabilmektedir. Bu bozukluklar yetersiz düzenleme (under-regulation) ve aşırı düzenleme (over-regulation) olarak ele alınmaktadır. Yetersiz düzenleme; yetersiz dürtü kontrolü, agresif davranışlar, eyleme dökme gibi daha çok dışa vuran belirtilerle ilişkilirken aşırı düzenleme; anksiyete, depresyon gibi durumlarla ilişkilidir (8).

Duygu düzenleme esnasında odaklanılan diğer durumlar yeniden değerlendirme (reappraisal) ve bastırmadır (supression). Duygu üretim sürecinde ilk olarak yeniden değerlendirme gelir, sonraki süreçte bastırma gelir.

Yeniden değerlendirmenin sonuçları;

- Hem pozitif duyguda hem de pozitif duyguların ifade edilmesinde çok etkili olmaktadır.
- Birey böylelikle olumsuz duyguların etkisini azaltabilmektedir.
- Birey daha fazla duygusal yaşantı deneyimlemekte ve bu etkileşimlerdeki olayların pozitif yönlerini ele almaktadır.
- Duygu deneyimini ve davranışsal dışavurumunu azaltırken bellekte bir etki bırakmamaktadır.
- Sıklıkla değer değişimleri kullanılır, olumlu duygularda artış ve olumsuz duygularda daha az deneyim yaşanır.

Bastırmayı kullanmanın sonuçları;

- Bireyin kendi içinde ve dışsal tutumunda duygusal dengesizlik ortaya çıkarmaktadır.
- Kendine güvensizlikle birlikte genellikle negatif duyguları da beraberinde yaşamaktadır.
- Davranışsal dışa vurumda azalmayı sağlamakta ancak duygu deneyimini azaltmada ve belleği onarmada başarısız olmaktadır.

Özellikle bastırmanın kullanıldığı bireylerde depresif belirtileri daha ön planda saptanmıştır. Gross ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada

katılımcıların %84'ünün pozitif duygulardan daha çok negatif duyguları değiştirmeye çalıştıkları saptanmış ve daha çok negatif duyguların düzenlenmesine ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır (9).

Baskıyı (supresyon) kullanan bireyler, kullanmayan bireylere göre daha fazla olumsuz duygu edinmeye meyillidirler (203).

2.4.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü duyguların anlaşılabilmesi, kabul edilmemesi, duygulara ilişkin farkındalığın bulunmaması, uyum sağlayıcı düzenleme stratejilerine sahip olamama olarak tanımlanmaktadır (10). Buna göre duygu düzenleme güçlüğü ölçeği geliştirilmiştir ve bu ölçeği oluşturan alt faktörler aşağıda gösterilmiştir.

1. **Farkındalık:** Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın bulunmaması.
2. **Açıklık:** Duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi.
3. **Dürtü:** Olumsuz duyguların deneyimlenmesinde dürtülerin kontrolünde güçlük.
4. **Amaçlar:** Olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama.
5. **Kabul etmeme:** Duygusal tepkilerin kabul edilmemesi.
6. **Stratejiler:** Etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim yaşama.

2.4.3 Duygu Düzenleme İle İlişkili Psikopatolojiler

Duygu düzenleme güçlüğü anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanımı gibi birçok psikiyatrik hastalıkta gözlenebilmektedir (204).

Duygudurum bozuklarında gözlenen duygu düzenleme güçlüğü değerlendirildiğinde özellikle duyguları tanımlamada, olumsuz duygularla kontrol etmede, bu duygularla baş etmede ve olumsuz duyguları düzenleyip değiştirmede bozuklukların olduğu saptanmıştır (205–209). Özellikle depresyon

hastalarında duygu düzenleme stratejilerini kullanmakta güçlük çektikleri gözlenmiş olup bastırma gibi işlevsel stratejileri daha kullandıkları saptanmıştır (210). Cinsiyetlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kadınlardaki depresyon riskinde duygu düzenleme stratejilerinden kaynaklanan nedenler daha sıklıktadır (211).

Anksiyete bozukluklarının duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda genelleşmiş anksiyete bozukluğu olan bireylerin duyguların tanımlamakta güçlük çektiği, anksiyete belirtileri yaşadktan sonra sönümlenmeyi daha az yaşadıkları saptanmıştır (212–214). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan bireylerde duyguyu tanımlama, farkındalık ve duygusal açıklık alanlarında bozukluk olup hedefe yönelik hareketlerde bozulma ve duygu düzenleme stratejilerine ulaşmakta sorunlar yaşadığı saptanmıştır (215,216). TSSB olan bireylerin alkol-madde kullanım bozukluğu geliştirmesinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı etkisinin olduğu gösterilmiştir (213). TSSB tedavisinin ilk aşamalarında duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin tedavi etkisini arttırdığı düşünülmektedir (217).

Alkol-madde kullanımının duygu düzenleme ile ilişkisinin incelenmesinde kişilerin olumsuz duygulara katlanmakta zorluk çektikleri, bu duygulardan kaçınma ve duyguları düzenlemekte güçlük çekmelerinden dolayı alkol-madde kullanımına yöneldikleri saptanmıştır (218). Olumsuz duyguları düzenleme güçlüğü'nün alkol-madde içme isteğini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (219,220). Olumsuz duyguların oluşmasında çocukluk çağında yaşanan travmaların etkisi de gösterilmiştir. Dolayısıyla alkol-madde kullanımına yönelme davranışlarında çocukluk çağında yaşanan travmaların yarattığı olumsuz duygulardan kaçınmanın etkisi bulunmaktadır (221). Alkol-madde kullanım bozukluğunun tedavisinde duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin etkisinin olduğu saptanmıştır (207). Karagöz (2010) AMATEM'de yatarak tedavi gören bağımlılık tedavisi alan hastalarda yapılan incelemede kendini yaralayan hastaların yaralamayan hastalara göre daha çok duygu düzenleme becerilerinde güçlük çektiği saptanmıştır. Özellikle olumsuz

duygulanım etkisi altında duygu düzenleme stratejilerine ulaşma ve davranış kontrolünü sağlamada güçlük çektikleri saptanmıştır. Söz konusu güçlüklerin istismar ve ihmal yaşantılarıyla ilişkisi olduğu belirtilmiştir ve bu kişilerin çocukluklarında daha yüksek oranda fiziksel istismara, daha yüksek oranda duygusal istismar ve ihmale maruz kaldığı, daha çok intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (222).

Duygu düzenleme güçlüğünün diğer ilişkili olduğu alanlardan birisi yeme bozukluklarıdır. Artan kanıtlar yeme bozukluğuna ait tıkinircasına yeme (binge eating), kusma (purgeing) gibi belirtilerin olumsuz duyguları düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu, özellikle duyguların farkındalık, açıklık, dürtü denetiminde bozulma ve tepki düzenleme (stratejiler) ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (223–226). Tıkinircasına yeme bozukluğu olan bir grup hastanın değerlendirildiği bir çalışmada Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin ve alt ölçeklerinin hasta olmayan gruba göre daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır (227).

Duygu düzenleme güçlüğünün kişilik bozuklukları ile ilişkisi çeşitli çalışmalarla incelenmiştir. Özellikle borderline kişilik bozukluğunda yapılan değerlendirmelerde farkındalık, açıklık ve dürtü alanlarında bozulma, bilişsel yeniden değerlendirmede güçlüğü olduğu saptanmıştır (228,229). Borderline kişilik bozukluğuna sahip olan kişilerin daha az tolerans gösterdikleri, sıkıntılı oldukları durumlarda kendilerini yaralamak gibi olumsuz duygu düzenleme stratejilerine yöneldikleri saptanmıştır (230). Nörobijolojik açıdan duygu düzenleme güçlüğünün amigdala hiperaktivasyonu ile ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (231).

Somatoforom bozukluklar ile duygu düzenleme güçlüğünün ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaların kökeni 1970'li yıllara dayanmaktadır. Nemiah ve Sifneos tarafından, aleksitimi (duyguları tanımlama ve ifade etme güçlüğü) kavramı ortaya atılmıştır (232). Duyguları tanımlayamayan, farkında olamayan, ifade edemeyen kişilerin duyguları düzenlemek için bilişsel becerilerini de kullanmalarında güçlüklerle karşılaşacağı iddia edilmiştir (233). Duygulara eşlik

eden bedensel duyuların da yanlış ifade bulması, somatoform bozukluklarla duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkinin olduğunu göstermiştir (234–237).

Duygu düzenleme güçlüğü ile çocukluk çağında yaşanan travmaların araştırıldığı bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan istismarların kişinin ruhsal sağlığını, kurduğu ilişkilerini, duygularını kontrol edebilme ve uyum sağlayıcı davranışlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (238). İstismara uğrayan ve uğramayan çocuklar arasında yapılan diğer bir çalışmada istismara uğrayan çocukların daha fazla duygu düzenleme güçlüğü gösterdikleri belirtilmektedir (239). Bilim'in (2012) çalışmasında, çocukluk çağında istismar yaşantısı olan yetişkinlerin psikiyatrik belirti oluşturmada duygu düzenleme güçlüğündeki değişkenlerin rolü olduğu ortaya konmuştur (240).

Bu araştırmanın amacı alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerde:

- 1.Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını, duygu düzenleme güçlüğü araştırmak ve kontrol grubuyla karşılaştırmak
- 2.Çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek
- 3.Klinik özelliklere olan etkisini saptamaktır.

Çalışmanın ana hipotezi:

- Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde, alkol kullanım bozukluğu olmayan kişilere göre daha fazla çocukluk çağı travması ve daha fazla duygu düzenleme güçlüğü bulunmaktadır.

Çalışmanın yardımcı hipotezleri:

- Alkol kullanım bozukluğu olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü açısından cinsiyetler arasında farklılık bulunmaktadır.
- Alkol kullanım bozukluğu olan katılımcıların çocukluk çağı travma skorları ile duygu düzenleme güçlüğü skorları arasında anlamlı birliktelik bulunmaktadır.

- Alkol kullanım bozukluğu risk faktörleri arasında cinsiyet, aile öyküsü, medeni durum, çocukluk çağı travması yaşamış olma, herhangi bir eştanının bulunması, duygu düzenleme güçlüğüünün bulunması gibi değişkenler bulunmaktadır.



3 YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Etik İzin

Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.04.2016 tarih ve 07-09 sayılı etik kurul kararı ile onaylanıp, 28.06.2016 tarih ve 2016/27 sayılı Fakülte Yönetim Kurulunda uygun görülerek uygulanmıştır.

3.2 Örneklem Seçimi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alkol ve madde dal polikliniğine tedavi amacıyla Nisan 2016- Aralık 2016 tarihleri arasında başvurmuş 91 hastanın arasından madde kullanım bozukluğu eş tanısı bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 37 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak aynı tarih aralığında Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine gelen hastalardan 6 tane ve Göz Hastalıkları polikliniklerine gelen hasta yakınlarından 31 tane olmak üzere 37 tane katılımcı, randomizasyon şeklinde yaş ve cinsiyet açısından olabildiğince benzer olan 18 yaş üstü, ölçekleri doldurabilecek şekilde okuma yazması olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, eşlik eden alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan, herhangi bir ilaç etkisinde olmayan, şekilde çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam örneklem grubu 37 hasta ve 37 kontrol grubu olmak üzere 74 kişiden oluşmaktadır.

3.3 Çalışmaya Alım Ölçütleri

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerin değerlendirildiği dal polikliniğine gelen çalışmaya katılmayı kabul eden, arındırma tedavisi tamamlanmış kişiler dahil edilmiştir.

Kontrol grubu olarak aynı tarih aralığında Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine gelen hastalardan 6 tane ve Göz Hastalıkları polikliniklerine gelen hasta yakınlarından 31 tane olmak üzere 37

tane katılımcı, randomizasyon şeklinde yaş ve cinsiyet açısından olabildiğince benzer olan 18 yaş üstü, ölçekleri doldurabilecek şekilde okuma yazması olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, eşlik eden alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan, herhangi bir ilaç etkisinde olmayan, şekilde çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar araştırmamıza katıldığına dair bilgilendirilmiş ve yazılı olarak onay alınmıştır (Ek 1).

3.4 Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

Çalışmaya on sekiz yaş altı olan, uygulanan ölçekleri dolduramayacak eğitim düzeyinde olan, demans, psikoz, mental retardasyon tanısı olan, bipolar bozukluk epizodik dönemde olan, alkol dışında ek madde kullanım bozukluğu olan, çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olan, kognitif fonksiyonları etkileyen benzodiyazepin gibi herhangi bir ilaç kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda yoksunluk belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve yüksek doz benzodiyazepin tedavisinin kullanıldığı dönemde olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Demografik Veriler

Hastaların ad soyad, cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, meslek, medeni durum, aylık gelir, eğitim durumu, alkol kullanımıyla ilgili bilgiler gibi verilerin yer aldığı 35 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu yer almaktadır (Ek 2).

3.5.2 Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı

Dal polikliniğimizde alkol kullanım bozukluğu tanısı klinik görüşmeyle konmaktadır ve aşağıdaki kriterlere göre bu tanı konulur.

DSM-5'te Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları ana başlığı altında Alkol Kullanım Bozukluğu ismiyle yer almıştır, zararlı kullanım ve bağımlılık gibi kavramlar ortadan kalkmıştır.

Tanı için;

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması.

- a. Alkole özgü yoksunluk sendromu
- b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiyazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Bu tanı ölçütlerinden 2-3 belirtinin olması ağır olmayan alkol kullanım bozukluğu, 4-5 belirtinin olması orta derecede alkol kullanım bozukluğu, 6 ya da daha fazla belirtinin olması ağır derecede alkol kullanım bozukluğuna işaret eder.

3.5.3 Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği (SADQ-C)

İlk olarak Tim Stockwell ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen Alkol bağımlılığı Şiddet Ölçeği [The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C)], 20 soruluk likert tipi bir ölçektir (241,242). Skorların toplamı neticesinde ölçek skoru elde edilmektedir. Ülkemizde 2015 yılında Akyel ve arkadaşları tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (243), (Ek 3).

Toplam skor hesaplamasında;

- 31 ve üzeri puan ciddi düzeyde
- 16-31 arası orta düzeyde
- 16 ve altı hafif düzeyde alkol kullanım bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

3.5.4 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bu ölçek ilk olarak 1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak tasarlanmış. Daha sonra 1995 yılında 54 maddeye, daha sonra da 28 maddeye indirgenmiş 5'li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (Ek 4).

Bu ölçekle travmatik yaşantıların alt ölçek ve total puan hesaplaması yapılabilir. Toplam puan açısından 54-270 arasında hesaplanmıştır. Her travma

ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 079-0.94 arası olarak değişiklik göstermektedir (244).

Şar ve ark 2012 de bu ölçeğin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Bu çalışmada ölçekte 5 faktör olduğu belirtilmiştir. Bu faktörler; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak alt başlık altında değerlendirilmiştir. Bu bulgular ışığında cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesi pozitif olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için sınır 7 puan, duygusal ihmal ise 12 puan olarak belirtilmektedir. Toplam puan için sınırın 35 puan olarak belirtilmiştir (245).

3.5.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ); duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (FARKINDALIK), duygusal tepkilerin anlaşılmasında (AÇIKLIK), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (KABUL ETMEME), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (STRATEJİLER), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (DÜRTÜ), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (AMAÇLAR) alt boyutları altında toplanan 36 maddeden oluşmaktadır. Kendini-bildirime dayanan ölçeğin yönergesinde, bireylerden, maddeleri okuyarak, maddelerde yer alan ifadelerin kendisine uyma sıklığını 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında derecelendiren Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirme yapması istenmektedir. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğüne varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin özgün formuna ilişkin geçerlik güvenilirlik çalışmaları Gratz ve Roemer (2004) tarafından yürütülmüştür (10). Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri ilk olarak Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından çalışılmış, daha sonra Kavcıoğlu ve Gençöz'ün (2011) çalışmasında bazı maddelerin Türkçe ifadesi üzerinde ufak değişiklikler

önerilmiş ve bu yeni form oldukça kuvvetli güvenilirlik ve geçerlik katsayıları vermiştir (246,247), (Ek 5).

3.5.6 DSM-5 Tanısal Görüşme Formu

Ertuğrul KÖROĞLU ve arkadaşları tarafından çevrilen DSM yönelimli tanısal görüşme kitabından uyarlanan 30 dakikalık görüşme formu hazırlanmıştır. Bu kriterlere göre hastaların eşlik eden diğer ruhsal rahatsızlıkları araştırılmıştır (Ek 6).

3.6 Uygulama

Bu çalışma için Klinik araştırmalar ve Etik Kurul Başkanlığı'na yapılan başvuru sonucu 13.04.2016 tarihinde etik kurul onayı alındı. Nisan 2016- Aralık 2016 tarihleri arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol-Madde Dalı polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı alan 37 hasta alındı. Kontrol grubu olarak aynı tarih aralığında Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine gelen hastalardan 6 tane ve Göz Hastalıkları polikliniklerine gelen hasta yakınlarından 31 tane olmak üzere 37 tane katılımcı, randomizasyon şeklinde yaş ve cinsiyet açısından olabildiğince benzer olan 18 yaş üstü, ölçekleri doldurabilecek şekilde okuma yazması olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, eşlik eden alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan, herhangi bir ilaç etkisinde olmayan, şekilde çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil etme ve dışlama ölçütlerini karşılayan olgulara, sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Çalışmayı kabul eden her bir hastadan onam formu alınarak hastalara yaklaşık 30 dakika süren tanısal görüşme uygulanarak Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı ve eş tanıli psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır. Katılımcılara aynı araştırmacı tarafından Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır.

3.7 İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri elektronik ortamda SPSS 19.0 istatistik programına aktarılmıştır. Veri kontrol ve analizler bu programda yapılmıştır. Kategorik olan değişkenler yüzde olarak ifade edilirken sürekli değişkenlerde ortalama, standart sapma ve ortanca değerleri kullanılmıştır. Grup (kategorik) karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında öncelikli olarak Kolmorov-Smirnow ve Shapiro-Wilk testleri ile normal dağılıma uygunluk testi yapılmış olup; normal dağılıma uyan değişkenler iki ortalama arasındaki farkların önemlilik testi; normal dağılıma uymayan değişkenler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Vaka grubun klinik verileri ve ölçek skorları ile ölçek skorlarının birbirleri ile korelasyonları yapılmıştır. Korelasyon analizi öncesinde normal dağılıma uygunluk testleri yapılmış olup, veriler normal dağılıma uyan parametrelerden oluşuyorsa Pearson korelasyon, normal dağılıma uymayan parametrelerin olması halinde Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

Katılımcıların alkol kullanım bozukluğuna ait risk faktörlerini belirlemek için Lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi öncesinde yapılan modellemede değişkenlerin korele olmamasına dikkat edilmiştir.

4 BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya alınan katılımcılarda AKB olan grubun %91,9'u (n:34) erkek, %8,1'i (n:3) kadındır. Kontrol grubunun %89,2'u (n:33) erkek, %10,8'i (n:4) kadındır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (p:1,000). Yaş ortalamaları hasta olan grupta $41,8 \pm 12,7$ iken kontrol grubunda ise $39,9 \pm 13,6$ olup anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,449). Aylık gelir ortalamaları AKB olan grupta 2127 ± 1835 Türk Lirası (TL) iken kontrol grubunun aylık gelir ortalaması 2876 ± 2531 TL olarak hesaplanmıştır. AKB olan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:0,065). Eğitim süreleri ortalaması AKB olan grupta $9,7 \pm 0,5$ yıl iken kontrol grubunda $11,8 \pm 0,6$ yıl olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunun eğitim yılı ortalaması AKB olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,009). Medeni durum açısından AKB olan grubun %56,8'i (n:21) evli, %24,3'ü (n:9) bekar, %18,9'u (n:7) eşinden ayrı yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubuna bakıldığında ise eşinden ayrı birey bulunmamakla birlikte %64,9'u (n:24) evli, %35,1'i (n:13) bekar olduğu saptanmıştır. Medeni durum değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p:0,005). AKB olan grubun %48,6'sı (n:18) il merkezinde, %25,1'i ilçede, %16,2'si (n:6) köy veya kasabada yaşamakta iken kontrol grubunun %62,2'si (n:23) il merkezinde, %35,1'i (n:13) ilçede, %2,7'si (n:1) köy veya kasabada yaşamakta olduğu saptanmıştır, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,086). Meslek gruplarının incelenmesi sonucunda AKB olan grubun %51,4'ü (n:19) düzenli olarak çalışmakta olduğu, %21,6'sı (n:8) herhangi bir işte çalışmadığı, %27'si (n:10) emekli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise aktif düzenli bir işte çalışma sıklığı %73 (n:27), çalışmayanların sıklığı %8,1 (n:3), emekli olanların sıklığı %18,9 (n:7) olarak saptanmıştır. Meslek grupları açısından AKB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p:0,117), (Tablo 4,5).

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p
Yaş				
Hasta	41,8 ±	12,7	41,0	0,449
Kontrol	39,9 ±	13,6	39,0	
Aylık Gelir -TL				
Hasta	2127	1835	2000	0,065
Kontrol	2876	2531	2000	
Eğitim Süresi (yıl)				
Hasta	9,7	3,0	11,0	0,009
Kontrol	11,8	3,8	13,0	

Mann- Whitney U testi

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devamı)

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	3	8,1	4	10,8	1,000
Erkek	34	91,9	33	89,2	
Medeni durum					
Evli	21	56,8	24	64,9	0,005
Bekar	9	24,3	13	35,1	
Ayrı	7	18,9	0	0	
Yaşadığı yer					
İl merkezi	18	48,6	23	62,2	0,086
İlçe	13	25,1	13	35,1	
Kasaba-Köy	6	16,2	1	2,7	
Meslek					
Çalışıyor	19	51,4	27	73	0,117
Çalışmıyor	8	21,6	3	8,1	
Emekli	10	27	7	18,9	

n: sayı, %: sütun yüzdesi

Ki-Kare Testi

4.2 Katılımcıların Klinik Özellikleri

Katılımcıların klinik özellikleri sıklık ve ortalamalar üzerinden değerlendirilmiştir. Bu değişkenler arasında kategorik olan değişkenler: alkol kullanım öyküsü, hastanede alkol kullanımından dolayı yatarak tedavi görme öyküsü, intihar girişiminde bulunma öyküsü, sigara-madde kullanım öyküsü, adli sorun yaşama öyküsü, aile öyküsüdür. Ortalaması hesaplanan değişkenler ise alkole başlangıç yaşı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım miktarı (birim/ hafta), aylık süresi (gün), en uzun remisyon süresidir (ay), (Ek 2).

Alkol kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayacak şekilde alkol kullanımı kontrol grubunun %43,2'sinde (n:16) hafta da en az 1 kez sıklıkta bildirilmiştir. Hastanede yatarak tedavi görme öyküsü kontrol grubunda gözlenmemekle birlikte AKB olan grubun %67,6'sında (n:25) saptanmıştır. İntihar girişim öyküsü kontrol grubunda saptanmamıştır. AKB olan grupta intihar girişim öyküsünün bulunma sıklığı %16,2 (n:6) olarak saptanmıştır. Yaşam boyu madde kullanımını denemiş ancak kullanım bozukluğu tanısını karşılamayacak şekilde madde kullanım öyküsü kontrol grubunda bulunmamakla birlikte AKB olan grupta %32,4 (n:12) oranında saptanmıştır . Sigara kullanımı AKB olan grupta %94,6 (n:35) iken kontrol grubunda %43,2 (n:16) oranında saptanmıştır. Sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır (p:<0,001). Adli sorun yaşama öyküsünün sıklığı AKB olan grupta %51,4 (n:19) oranında iken kontrol grubunda %2,7 (n:1) oranında olup AKB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde adli sorun yaşama öyküsü saptanmıştır (p:<0,001). Ailede alkol-madde bağımlılığı öyküsü AKB olan grupta %48,6 (n:18) oranında iken kontrol grubunda %16,2 (n:6) oranında saptanmıştır. AKB olan grupta ailede alkol-madde bağımlılığı öyküsü istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık saptanmıştır (p:0,006), (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların klinik özellikleri

	Hasta		Kontrol		P
	n	%	n	%	
Hospitalizasyon					
Yok	12	32,4	37	100	<0,001
Var	25	67,6	0	0	
İntihar girişim öyküsü					
Yok	31	83,8	37	100	0,025
Var	6	16,2	0	0	
Madde kullanım öyküsü					
Yok	25	67,6	37	100	<0,001
Var	12	32,4	0	0	
Sigara kullanım öyküsü					
Yok	2	5,4	21	56,8	<0,001
Var	35	94,6	16	43,2	
Adli sorun yaşama					
Yok	18	48,6	36	97,3	<0,001
Var	19	51,4	1	2,7	
Aile öyküsü					
Yok	19	51,4	31	83,8	0,006
Var	18	48,6	6	16,2	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

4.3 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travması Ölçeğinin Değerlendirmesi

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları hem kategorik hem de ortalamalarla karşılaştırılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt travma çeşidi ve toplam skor üzerinden değerlendirilmiştir. Ortalamalara ek olarak her bir alt ölçeklerin kesme puanı üzerinden kategorik değerlendirme yapılmıştır.

Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan grubun toplam ÇÇTÖ, fiziksel ihmal, duygusal istismar skor ortalaması sırasıyla $48 \pm 9,7$, $10,4 \pm 3,4$, $8,6 \pm 3,9$ olup kontrol grubunun skor ortalaması sırasıyla $37,3 \pm 9,2$, $7,6 \pm 2,8$, $6,1 \pm 1,6$ olarak ölçülmüştür. AKB olan grubun ÇÇTÖ, fiziksel ihmal, duygusal istismar skor

ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:<0,001). AKB olan grubun duygusal ihmal skor ortalaması 16,1 ± 5,4 olup kontrol grubunun skor ortalaması 12 ± 4,6 olarak ölçülmüştür. AKB olan grubun duygusal ihmal skor ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,001). AKB olan grubun cinsel istismar skor ortalaması 5,9 ± 2 olup kontrol grubunun skor ortalaması 5,2 ± 1,3 olarak ölçülmüştür. AKB olan grubun cinsel istismar skor ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,014). AKB olan grubun fiziksel istismar skor ortalaması 6,8 ± 3,7 olup kontrol grubunun skor ortalaması 5,6 ± 1,4 olarak ölçülmüştür. AKB olan grubun fiziksel istismar skor ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,031), (Tablo 7).

Tablo 7. Vaka-kontrol gruplarının çocukluk çağı travmaları ölçek skorları değerlendirmesi

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p
ÇÇTÖ Skoru				
Hasta	48	9,7	49,0	<0,001
Kontrol	37,3	9,2	35,0	
Duygusal ihmal				
Hasta	16,1	5,4	18,0	0,001
Kontrol	12	4,6	12,0	
Fiziksel ihmal				
Hasta	10,4	3,4	10,0	<0,001
Kontrol	7,6	2,8	7,0	
Cinsel istismar				
Hasta	5,9	2	5,0	0,014
Kontrol	5,2	1,3	5,0	
Fiziksel istismar				
Hasta	6,8	3,7	5,0	0,031
Kontrol	5,6	1,4	5,0	
Duygusal istismar				
Hasta	8,6	3,9	8,0	<0,001
Kontrol	6,1	1,6	5,0	
Minimizasyon				
Hasta	0,08	0,3	0,0	<0,001
Kontrol	0,6	0,8	0,0	

Mann-Whitney U Testi

Çocukluk çağı travmasının kategorik olarak incelenmesi sonucunda AKB olan grubun %89,2'sinde (n:33) çocukluk çağı travması bulunmakta iken kontrol grubunda %48,6 (n:18) olarak saptanmıştır. Alt kategoriler incelendiğinde cinsel istismar yaygınlığı AKB grubunda %27 (n:10), kontrol grubunda %5,4 oranında olduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar yaygınlığı AKB olan grupta %43,2 (n:16), kontrol grubunda %18,9 oranında, fiziksel ihmal yaygınlığı AKB olan grupta %81,1 (:30), kontrol grubunda %40,5 (n:15) oranında, duygusal istismar yaygınlığı AKB olan grupta %51 (n:19), kontrol grubunda %16,2 (n:6) oranında, duygusal ihmal yaygınlığı AKB olan grupta %75,7 (n:28), kontrol grubunda %40,5 (n:15) olarak hesaplanmıştır. Tüm gruplarda AKB olan gruplarda çocukluk çağı travmaları yaygınlıklarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 8).

Tablo 8. Vaka-kontrol grubunun çocukluk çağı travma yaygınlıklarının değerlendirilmesi

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
ÇÇT (-)	4	10,8	19	82,6	<0,001
ÇÇT (+)	33	89,2	18	48,6	
Cinsel istismar					
Yok	27	73	35	94,6	0,024
Var	10	27	2	5,4	
Fiziksel istismar					
Yok	21	56,8	30	81,1	0,024
Var	16	43,2	7	18,9	
Fiziksel ihmal					
Yok	7	18,9	22	59,5	0,001
Var	30	81,1	15	40,5	
Duygusal istismar					
Yok	18	48,6	31	83,8	0,003
Var	19	51,4	6	16,2	
Duygusal ihmal					
Yok	9	24,3	22	59,5	0,005
Var	28	75,7	15	40,5	

n: sayı, %: sütun yüzdesi

Ki-Kare Testi

4.4 Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin Değerlendirmesi

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam skor ve açıklık, farkındalık, dürtü, kabul etmeme, amaçlar, stratejiler skorları olmak üzere 6 alt kategori halinde incelenmiştir. Katılımcıların bu skorlarının ortalamaları uygulanan normal dağılım testi (Shapiro-Wilk) ile normal dağılıma uymaması nedeniyle Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Duygu düzenleme güçlüğü toplam skor ortalaması AKB olan grupta $108,1 \pm 21,1$, kontrol grubunda $83,9 \pm 24,1$, açıklık skor ortalaması $14,2 \pm 4,1$, kontrol grubunda $10,7 \pm 4,2$, farkındalık skor ortalaması $17,3 \pm 5,2$, kontrol grubunda $14,7 \pm 4,6$, dürtü skor ortalaması $18,4 \pm 5,4$, kontrol grubunda $13,8 \pm 5,2$, kabul etmeme skor ortalaması $17,3 \pm 5,1$, kontrol grubunda $13,4 \pm 4,7$, amaçlar skor ortalaması $16,4 \pm 4,8$, kontrol grubunda $12,5 \pm 3,8$, stratejiler skor ortalaması $24,3 \pm 6,8$, kontrol grubunda $18,5 \pm 6,7$ olarak hesaplanmıştır. Tüm kategorilerde AKB olan grubun ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olarak hesaplanmıştır ($p < 0,05$), (Tablo 9).

Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun duygu düzenleme güçlüğü alt ölçekleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p
DDGÖ Skoru				
Hasta	108,1	21,1	104,0	<0,001
Kontrol	83,9	24,1	83,0	
Açıklık				
Hasta	14,2	4,1	13,0	<0,001
Kontrol	10,7	4,2	10,0	
Farkındalık				
Hasta	17,3	5,2	16,0	0,027
Kontrol	14,7	4,6	14,0	
Dürtü				
Hasta	18,4	5,4	18,0	<0,001
Kontrol	13,8	5,2	13,0	
Kabul etmeme				
Hasta	17,3	5,1	18,0	0,001
Kontrol	13,4	4,7	13,0	
Amaçlar				
Hasta	16,4	4,8	18,0	<0,001
Kontrol	12,5	3,8	12,0	

Stratejiler				
Hasta	24,3	6,8	24,0	<0,001
Kontrol	18,5	6,7	17,0	

Mann-Whitney U Testi

4.5 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Değerlendirilmesi

4.5.1 Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan Hastaların Klinik Verileri

Alkol kullanımına başlangıç yaşı AKB olan grupta $23,3 \pm 8,7$ yaş, alkol kullanım süresi $18,5 \pm 10,8$ yıl, alkol kullanım miktarı ortalaması AKB olan grupta $71,3 \pm 49,2$ birim/ hafta, sigara kullanımı ortalaması AKB olan grupta $22,5 \pm 19,6$ paket yıl, adli sorun yaşama sayısı ortalaması AKB olan grupta $1 \pm 1,5$ adet olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Alkol kullanım bozukluğu olan grubun klinik özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Başlangıç yaşı	23,3	8,7	22,0
Alkol kullanım süresi (yıl)	18,5	10,8	20,0
Alkol kullanım miktarı (birim/ hafta)	71,3	49,2	70,0
Akb şiddet ölçeği skoru	23,1	13,5	22,0
Sigara kullanımı (paket-yıl)	22,5	19,6	19,0
Adli vaka sayısı	1	1,5	1,0

4.5.2 Cinsiyetlere Göre Demografik Bulgular

Alkol kullanım bozukluğu olan grubun %91,9'u (n:34) erkek, %8,1'i (n:3) kadınlardan oluştuğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması $37,6 \pm 19,5$ iken erkeklerin yaş ortalaması $42,1 \pm 12,2$ olarak ölçülmüştür olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,616). Kadınların aylık geliri $2061,6 \pm 709,5$ TL iken erkeklerin aylık geliri $2133,8 \pm 1908$ olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,675). Eğitim süreleri kadınlarda $9,6 \pm 3,1$ yıl iken

erkeklerde 11 yıl olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,480). Meslek grupları açısından kadınların %33,3'ü (n:1) aktif bir görevde tam zamanlı çalışırken %33,3'ü (n:1) herhangi bir işte çalışmamakta, %33,3'ü (n:1) emekli olduğu saptanmıştır. erkeklerin %51,4'ü (n:18) aktif bir görevde tam zamanlı çalışırken, %21,6'sı (n:7) herhangi bir işte çalışmamakta, %26,5'i (n:9) ise emekli olarak yaşamını sürdürdüğü saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,795). Medeni durum karşılaştırması açısından kadınların %33,3'ü (n:1) evli, %33,3'ü (n:1) bekar, %33,3'ü (n:1) eşinden ayrı yaşamakta iken erkeklerin %58,8'i evli, %21,6'sı bekar, %17,6'sı eşinden ayrı yaşamakta olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,683). Katılımcıların yaşadıkları yerlerin incelenmesi sonucunda kadınların %33,3'ü il merkezinde, %66,7'si ilçede yaşamakta iken köy veya kasabada yaşayan birey bulunmamıştır. Erkeklerin ise %50'si il merkezinde, %32,4'ü ilçede, %17,6'sı köy veya kasabada yaşamını sürdürmektedir. Gruplar arasında yaşanan yer karşılaştırmasında Ki-Kare testi uygulanmış olup anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,380), (Tablo 11).

Tablo 11. Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan grupta cinsiyetlere göre demografik bulgular

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p	
Yaş					
Kadın	37,6	19,5	36,0	0,616*	
Erkek	42,1	12,2	41,5		
Aylık Gelir -TL					
Kadın	2061,6	709,5	2000,0	0,675*	
Erkek	2133,8	1908	1850,0		
Eğitim Süresi (yıl)					
Kadın	9,6	3,1	11,0	0,480*	
Erkek	11	0	-		
		Kadın	Erkek	p	
	n	%	n	%	
Meslek					
Çalışıyor	1	33,3	18	51,4	0,795**
Çalışmıyor	1	33,3	7	21,6	
Emekli	1	33,3	9	26,5	
Medeni durum					
Evli	1	33,3	20	58,8	0,683**
Bekar	1	33,3	8	23,5	
Ayrı	1	33,3	6	17,6	
Yaşadığı yer					
İl merkezi	1	33,3	17	50	0,380**
İlçe	2	66,7	11	32,4	
Kasaba- Köy	0	0	6	17,6	

* Mann-Whitney U Testi, **Ki-Kare Testi, n:sayı, % sütun yüzdesi

4.5.3 Cinsiyetlere Göre Klinik Bulgular

Alkol kullanım bozukluğu olan grubun klinik değerlendirmesinde Cloninger alkolizm tiplerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması sonucunda kadınların tamamında tip 2 alkolizm bulunmakta iken erkeklerin %67,6'sında tip 1, %32,4'ünde tip 2 alkolizm saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmış olup, erkeklerde tip 1 alkolizm ağırlıkta olarak saptanmıştır (p:0,047). Hastanede yatarak tedavi görme öyküsü kadınların %66,7'sinde görülürken, erkeklerin 67,6'sında bulunmuştur. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000).

İntihar girişimi öyküsü kadınların %33,3'ünde görülürken erkeklerin %14,7'sinde saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,421). Madde kullanım öyküsü kadınların %33,3'ünde görülürken erkeklerin %32,4'ünde saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000). Sigara kullanımı kadınların tamamında görülürken erkeklerin %94,1'ünde saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000). Herhangi bir adli sorun yaşama öyküsü kadınların %66,7'sinde görülürken erkeklerin %47,1'inde saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,604). Ailede alkol kullanma öyküsü kadınların %66,7'sinde görülürken erkeklerin %47,1'inde saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,604), (Tablo 12).

Tablo 12. Alkol kullanım bozukluğu olan grubun cinsiyetlere göre klinik bulguları

	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Alkol kullanım tipi					
Tip 1	0	0	23	67,6	0,047
Tip 2	3	100	11	32,4	
Hospitalizasyon					
Yok	1	33,3	11	32,4	1,000
Var	2	66,7	23	67,6	
İntihar girişim öyküsü					
Yok	2	66,7	29	85,3	0,421
Var	1	33,3	5	14,7	
Madde kullanım öyküsü					
Yok	2	66,7	23	67,6	1,000
Var	1	33,3	11	32,4	
Sigara kullanım öyküsü					
Yok	0	0	2	5,9	1,000
Var	3	100	32	94,1	
Adli sorun yaşama					
Yok	2	66,7	16	47,1	0,604
Var	1	33,3	18	52,9	
Aile öyküsü					
Yok	1	33,3	18	52,9	0,604
Var	2	66,7	16	47,1	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Alkol kullanımına başlangıç yaş ortalaması kadınlarda 22 ± 8 iken erkeklerde $23,4 \pm 8,9$ olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,759). Alkol kullanım süre ortalaması kadınlarda $15,6 \pm 17,6$ yıl iken erkeklerde $18,7 \pm 10,3$ yıl olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,635). Alkol kullanım miktarı ortalaması kadınlarda $52 \pm 20,2$ birim/ hafta iken erkeklerde 73 ± 50 birim/ hafta olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,634). Ayıklık süre ortalaması kadınlarda $17,3 \pm 11$ gün iken erkeklerde $99,2 \pm 210$ gün olup arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,728), (Tablo 13).

Tablo 13. AKB grubunda cinsiyetlere göre klinik bulgular

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p
Başlangıç yaşı				
Kadın	22	8	22,0	0,759
Erkek	23,4	8,9	22,0	
Alkol kullanım süresi (yıl)				
Kadın	15,6	17,6	6,0	0,635
Erkek	18,7	10,3	20,0	
Alkol kullanım miktarı (hafta)				
Kadın	52	20,2	56,0	0,634
Erkek	73	50	70,0	
Ayıklık süresi (gün)				
Kadın	17,3	11	12,0	0,728
Erkek	99,2	210	17,0	
En uzun remisyon süresi (ay)				
Kadın	32	30,1	36,0	0,616
Erkek	23,8	52,5	8,5	
Sigara kullanımı (paket-yıl)				
Kadın	13,3	4,1	12,0	0,447
Erkek	23,4	20,3	20,0	
Adli vaka sayısı				
Kadın	1	1,7	0,0	0,833
Erkek	1	1,5	1,0	
Hospitalizasyon				
Kadın	0,6	0,5	1,0	0,651
Erkek	1	1	1,0	

İntihar girişim sayısı				
Kadın	0,3	0,5	0,0	0,461
Erkek	0,2	0,5	0,0	
Madde kullanım süresi (ay)				
Kadın	24	41,5	0,0	0,738
Erkek	14,6	62,2	0,0	
Mann-Whitney U Testi				

4.5.3.1 Cinsiyetlere Göre Alkol Kullanım Bozukluğu Ölçek Bulguları

Cinsiyetlere alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği değerlendirmesi sonucunda kadınlarda ölçek skor ortalaması $29 \pm 22,3$ iken erkeklerde $22,5 \pm 12,9$ olup, gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,504). Ölçekte kullanılan kesme puanlarına göre yapılan karşılaştırma sonucunda kadınların %33,3'ünde hafif düzeyde alkol kullanım bozukluğu, %66,7'sinde şiddetli alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Bunun yanında orta şiddette kullanım bozukluğu kadınlarda gözlenmemiştir. Erkeklerin ise %32,4'ünde hafif, %38,2'ünde orta, %29,4'ünde şiddetli derecede alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-kare testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,209), (Tablo 14,15).

Tablo 14. Cinsiyetlere göre Alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	p
Akb şiddet ölçeği skoru				
Kadın	29	22,3	36,0	0,504
Erkek	22,5	12,9	21,5	
Mann-Whitney U Testi				

Tablo 15. Cinsiyetlere göre Alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları

	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği					
Hafif-Hiç	1	33,3	11	32,4	0,209
Orta	0	0	13	38,2	
Şiddetli	2	66,7	10	29,4	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

4.5.3.2 Cinsiyetlere Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek Bulguları

Cinsiyetlere yapılan çocukluk çağı travmaları ölçek değerlendirmesi sonucunda kadınların sayısınının 30'un altında olması nedeniyle tüm karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çocukluk çağı travması toplam ölçek skoru ortalaması kadınlarda $41 \pm 15,8$ iken erkeklerde $48,6 \pm 9,1$ olup yapılan test sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,387$). Ölçeğin alt kategorilerinden duygusal ihmal skor ortalaması kadınlarda $9 \pm 3,4$ olup erkeklerde $16,7 \pm 5,1$ olup yapılan test sonucunda erkeklerin skor ortalaması kadınlardan daha yüksek oranda saptanmıştır ($p:0,029$). Fiziksel ihmal skor ortalaması kadınlarda $6,6 \pm 2$ iken erkeklerde $10,7 \pm 3,4$ olup yapılan test sonucunda erkeklerin skor ortalaması kadınlardan daha yüksek oranda saptanmıştır ($p:0,047$). Cinsel istismar skor ortalaması kadınlarda $6,6 \pm 2,8$ iken erkeklerde $5,8 \pm 1,9$ olup yapılan test sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,618$). Fiziksel istismar skor ortalaması kadınlarda $8,3 \pm 4,9$ iken erkeklerde $6,7 \pm 3,6$ olup yapılan test sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,405$). Duygusal istismar skor ortalaması kadınlarda $9,6 \pm 4,1$ iken erkeklerde $8,5 \pm 3,9$ olup yapılan test sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,557$). Katılımcıların travmayı küçümseme (minimizasyon) skor ortalamaları kadınlarda $0,6 \pm 1,1$ olup erkeklerde $0,02 \pm 0,1$ olup yapılan test sonucunda kadınların skor ortalaması erkeklerden daha yüksek oranda saptanmıştır ($p:0,023$), (Tablo 16).

Tablo 16. AKB grubunda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travma özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	P
ÇÇTÖ Skoru				
Kadın	41	15,8	35,0	0,387
Erkek	48,6	9,1	49,0	
Duygusal ihmal				
Kadın	9	3,4	7,0	0,029
Erkek	16,7	5,1	18,0	
Fiziksel ihmal				
Kadın	6,6	2	6,0	0,047
Erkek	10,7	3,4	10,0	
Cinsel istismar				
Kadın	6,6	2,8	5,0	0,618
Erkek	5,8	1,9	5,0	
Fiziksel istismar				
Kadın	8,3	4,9	6,0	0,405
Erkek	6,7	3,6	5,0	
Duygusal istismar				
Kadın	9,6	4,1	11,0	0,557
Erkek	8,5	3,9	7,5	
Minimizasyon				
Kadın	0,6	1,1	0,0	0,023
Erkek	0,02	0,1	0,0	

Mann-Whitney U Testi

ÇÇTÖ kesme puanlarının kullanıldığı kategorik değerlendirme neticesinde toplam skor üzerinden yapılan Ki-Kare Testinin kullanıldığı değerlendirmede kadınların %33'ünde çocukluk çağı travması saptanırken erkeklerin %94,1'inde çocukluk çağı travması olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkeklerin travmaya uğrama sıklığı kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (p:0,026). Ölçeğin alt kategorilerinden olan cinsel istismar yaygınlığı kadınlarda %33,3 iken erkeklerde %26,5 olup gruplar arasında yapılan testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000). Fiziksel istismar yaygınlığı kadınlarda %66,7 iken erkeklerde %41,2 olup gruplar arasında yapılan testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,568). Fiziksel ihmal yaygınlığı kadınlarda

%33,3 iken erkeklerde %85,3 olup gruplar arasında yapılan testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,086). Duygusal istismar yaygınlığı kadınlarda %66,7 iken erkeklerde %50 olup gruplar arasında yapılan testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000). Duygusal ihmal yaygınlığı kadınlarda %33,3 iken erkeklerde %79,4 olup gruplar arasında yapılan testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,141), (Tablo 17).

Tablo 17. AKB grubunda çocukluk çağı travmaları yaygınlığının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		P
	n	%	n	%	
ÇÇT (-)	2	66,7	2	5,9	0,026
ÇÇT (+)	1	33,3	32	94,1	
Cinsel istismar					
Yok	2	66,7	25	73,5	1,000
Var	1	33,3	9	26,5	
Fiziksel istismar					
Yok	1	33,3	20	58,8	0,568
Var	2	66,7	14	41,2	
Fiziksel ihmal					
Yok	2	66,7	5	14,7	0,086
Var	1	33,3	29	85,3	
Duygusal istismar					
Yok	1	33,3	17	50	1,000
Var	2	66,7	17	50	
Duygusal ihmal					
Yok	2	66,7	7	20,6	0,141
Var	1	33,3	27	79,4	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

4.5.3.3 Cinsiyetlere Göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçek Bulguları

Alkol kullanım bozukluğu olan grubun cinsiyetlere göre olan değerlendirilmesinde duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (DDGÖ) skor ortalamalarının karşılaştırılması kadınların sayısının 3 olması nedeniyle Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Toplam skor ortalaması kadınlarda $120 \pm$

29,2 iken erkeklerde $107,1 \pm 20,4$ olarak hesaplanıp gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,344). Ölçeğin alt kategorilerinden açıklık skor ortalaması kadınlarda $18,3 \pm 7,6$ iken erkeklerde $13,8 \pm 3,7$ olarak hesaplanıp gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,299). Farkındalık skor ortalaması kadınlarda $20,3 \pm 7,5$ iken erkeklerde $17,1 \pm 5$ olarak hesaplanıp gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,287). Dürtü skor ortalaması kadınlarda $21,3 \pm 6,4$ iken erkeklerde $18,2 \pm 5,3$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,418). Kabul etmeme skor ortalaması kadınlarda $22,3 \pm 8,6$ iken erkeklerde $16,8 \pm 4,6$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,219). Amaçlar skor ortalaması kadınlarda $16,6 \pm 6,6$ iken erkeklerde $16,4 \pm 4,8$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,759). Stratejiler skor ortalaması kadınlarda $21,3 \pm 7,7$ iken erkeklerde $24,5 \pm 6,8$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,403), (Tablo 18).

Tablo 18. AKB grubunda cinsiyetlere göre duygu düzenleme özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	p
DDGÖ Skoru				
Kadın	120	29,2	132,0	0,344
Erkek	107,1	20,4	103,5	
Açıklık				
Kadın	18,3	7,6	20,0	0,299
Erkek	13,8	3,7	13,0	
Farkındalık				
Kadın	20,3	7,5	17,0	0,287
Erkek	17,1	5	16,0	
Dürtü				
Kadın	21,3	6,4	24,0	0,418
Erkek	18,2	5,3	18,0	
Kabul etmeme				
Kadın	22,3	8,6	24,0	0,219
Erkek	16,8	4,6	18,0	
Amaçlar				
Kadın	16,6	6,6	20,0	0,759
Erkek	16,4	4,8	17,5	
Stratejiler				
Kadın	21,3	7,7	19,0	0,403
Erkek	24,5	6,8	24,0	

Mann-Whitney U Testi

4.6 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Diğer Verileri

4.6.1 Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluğu Şiddet Ölçeğinin

Değerlendirilmesi

Alkol kullanım bozukluğu olan grubun alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği skor ortalaması $23,1 \pm 13,5$ olarak ölçülmüştür (Tablo 19). Alkol kullanım bozukluğu şiddetinin değerlendirmesinde AKB grubunun %32,4'ünde hafif kullanım, %35,1'inde orta şiddette kullanım, %32,4'ünde ise şiddetli kullanım olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 19. AKB grubunun alkol kullanım bozukluğu şiddet ölçeği bulguları

	Ortalama	Standart Sapma
Akb şiddet ölçeği skoru	23,1	13,5

Tablo 20. AKB grubunun alkol kullanım bozukluğu şiddeti alt ölçek bulguları

	n	%
Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği		
Hafif-Hiç	12	32,4
Orta	13	35,1
Şiddetli	12	32,4

Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların Cloninger Alkolizm Tiplerine göre değerlendirilmesi neticesinde tip 1 alkolizm sıklığı %62,2 (n:23), tip 2 alkolizm sıklığı %37,8 (n:14) olarak hesaplanmıştır. DSM-5'e göre alkol kullanım bozukluğu şiddeti ele alınırsa hastaların %21,6'sı (n:8) hafif, %35,1'i (n:13) orta, %43,2'si ağır derecede alkol kullanım bozukluğu olarak sınırlandırılmışlardır.

Tablo 21. AKB grubunda Cloninger tiplendirmesi ve alkol kullanım bozukluğu şiddeti

	Hasta	
	n	%
Alkol kullanım tipi		
Tip 1	23	62,2
Tip 2	14	37,8
Alkol kullanım bzk. şiddeti		
Hafif	8	21,6
Orta	13	35,1
Ağır	16	43,2

Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan kişilerin hastanede yatış sayısı ortalaması 1 ± 1 , intihar girişim sayısı ortalaması $0,2 \pm 0,5$, madde kullanım süresi ortalaması $15,3 \pm 60,4$ ay, ayıklık süresi $92,6 \pm 203,1$ gün, en uzun remisyon süresinin ortalaması $24,5 \pm 50,8$ ay olarak hesaplanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. AKB grubunun diğer klinik verileri

	Hasta (ortalama \pm std)
Hospitalizasyon	1 \pm 1
İntihar girişim sayısı	0,2 \pm 0,5
Madde kullanım süresi (ay)	15,3 \pm 60,4
Ayıklık süresi (gün)	92,6 \pm 203,1
En uzun remisyon süresi (ay)	24,5 \pm 50,8

4.6.2 Katılımcıların Eş Tanı Değerlendirmesi

Katılımcıların eş tanı değerlendirmesine bakıldığında alkol kullanım bozukluğu olan grubun (hasta) %94,6'sında herhangi bir eş tanının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu oran %29,7 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların eş tanı değerlendirilmesi

	Hasta		Kontrol		P
	n	%	n	%	
Eş tanı (-)	2	5,4	26	70,3	<0,001
Eş tanı (+)	35	94,6	11	29,7	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Katılımcıların ve eksen 2 değerlendirilmesinde alkol kullanım bozukluğu olan grupta herhangi bir eksen 2 tanısının yaygınlığı %21,6 (n:8) oranında saptanmış olup, kontrol grubunda herhangi bir eksen 2 tanısı alan hastanın bulunmadığı saptanmıştır. Grupların karşılaştırılması neticesinde alkol kullanım bozukluğu olan grubun herhangi bir ikinci eksen tanısının bulunma sıklığının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğu saptanmıştır (p:0,005), (Tablo 24).

Tablo 24. Vaka ve kontrol grubunun eksen 2 klinik özellikleri

	Hasta		Kontrol		P
	n	%	n	%	
Eksen 2 tanısı (-)	29	78,4	37	100	0,005
Eksen 2 tanısı (+)	8	21,6	0	0	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Hasta olan grupta en fazla antisosyal kişilik bozukluğunun olduğu gözlenmekte olup (%16,2); ikinci sıklıkta borderline kişilik bozukluğunun olduğu saptanmıştır (%5,4). Kontrol grubunda ise herhangi bir ikinci eksen patolojisi saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Vaka ve kontrol grubunun Eksen 2 Klinik özellikleri

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu					
Yok	31	83,8	37	0	0,025
Var	6	16,2	0	100	
Borderline Kişilik Bozukluğu					
Yok	35	94,6	37	0	0,493
Var	2	5,4	0	100	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 patolojilerinin değerlendirmesine bakıldığında alkol kullanım bozukluğu olan grupta herhangi bir birinci eksen patolojisinin bulunma yaygınlığı %94,6 (n:35), kontrol grubunda ise %32,4 (n:12) oranında saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada alkol kullanım bozukluğu olan gruba eşlik eden herhangi bir birinci eksen patolojisinin yaygınlığı daha fazladır ($p < 0,001$), (Tablo 26).

Tablo 26. Vaka-kontrol grubunun eksen 1 klinik özellikleri

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Eksen 1 tanısı (-)	2	5,4	25	67,6	p<0,001
Eksen 1 tanısı (+)	35	94,6	12	32,4	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 tanı grupları açısından alkol kullanım bozukluğu olan grupta duygudurum bozukluğu yaygınlığı %73 (n:27) iken kontrol grubunda %21,6 (n:8) oranında saptanmış olup alkol kullanım bozukluğu olan grupta duygudurum bozukluğu yaygınlığı daha fazla oranda saptanmıştır (p<0,001). Alkol kullanım bozukluğu olan grupta duygudurum bozukluğu tanılarında depresyon oranı %67,6 (n:25) iken kontrol grubunda %21,6 (n:8) oranında gözlenmiş olup alkol kullanım bozukluğu olan grubun depresyon yaygınlığı daha fazla oranda saptanmıştır (p<0,001). Bipolar bozukluk yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu olan grupta %5,4 (n:2) oranında gözlenmekte iken kontrol grubunda bipolar bozukluk tanısı alan katılımcı saptanmamıştır. Bipolar bozukluk yaygınlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p: 0,493), (Tablo 27).

Tablo 27. Vaka-kontrol grubunun duygudurum bozukluğu ve alt tipleri

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Duygudurum Bozuklukları (-)	10	27	29	78,4	<0,001
Duygudurum Bozuklukları (+)	27	73	8	21,6	
Depresyon					
Yok	12	32,4	29	78,4	<0,001
Var	25	67,6	8	21,6	
Bipolar Bozukluk					
Yok	35	94,6	37	100	0,493
Var	2	5,4	0	0	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 tanı gruplarından anksiyete bozukluğu yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu olan grupta %21,6 (n:8) iken kontrol grubunda %16,2 (n:6) oranında

saptanmış olup gruplar arasında anksiyete bozukluğu yaygınlığı açısından anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:0,767). Benzer şekilde anksiyete bozukluğu tanılarında sosyal fobi yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu grubunda %16,2 (n:6) iken kontrol grubunda %13,5 (n:5) oranında saptanmış olup gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:0,744). Panik bozukluk yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu olan grupta %5,4 (n:2) iken kontrol grubunda %2,7 (n:1) iken gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:1,000). Özgül fobi yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu olan grupta %2,7 (n:1) iken kontrol özgül fobisi tanısı alan hasta bulunmamıştır. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada özgül fobi yaygınlığı açısından anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:1,000) (Tablo 28).

Tablo 28. Vaka ve Kontrol grubunun anksiyete bozukluğu yaygınlığı

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Anksiyete Bozuklukları (-)	29	78,4	31	83,8	0,767
Anksiyete Bozuklukları (+)	8	21,6	6	16,2	
Sosyal Fobi					
Yok	31	83,8	32	86,5	0,744
Var	6	16,2	5	13,5	
Panik Bozukluk					
Yok	35	94,6	36	97,3	1,000
Var	2	5,4	1	2,7	
Özgül Fobi					
Yok	36	97,3	37	100	1,000
Var	1	2,7	0	0	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 tanılarında Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) alkol kullanım bozukluğu grubundaki yaygınlığı %5,4 (n:2) iken kontrol grubunda TSSB tanısı alan katılımcı bulunmamıştır. Gruplar arasında TSSB yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:0,493), (Tablo 29).

Tablo 29. Vaka-kontrol gruplarının TSSB yaygınlığı

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
TSSB					
Yok	35	94,6	37	100	0,493
Var	2	5,4	0	0	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 tanılarında obsesif kompulsif bozukluğunun (OKB) alkol kullanım bozukluğu grubundaki yaygınlığı %8,1 (n:3) iken kontrol grubunda %5,4 (n:2) oranında saptanmıştır. Gruplar arasında OKB yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:1,000), (Tablo 30).

Tablo 30. Vaka ve kontrol gruplarının OKB yaygınlığı

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Obsesif Kompulsif Bozukluk					
Yok	34	91,9	35	94,6	1,000
Var	3	8,1	2	5,4	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

Eksen 1 tanılarında Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) alkol kullanım bozukluğu grubundaki yaygınlığı %13,5 (n:5) iken kontrol grubunda DEHB tanısı alan hasta saptanmamıştır. Gruplar arasında DEHB yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (p:0,054), (Tablo 31).

Tablo 31. Vaka-kontrol gruplarının DEHB yaygınlığı açısından karşılaştırılması

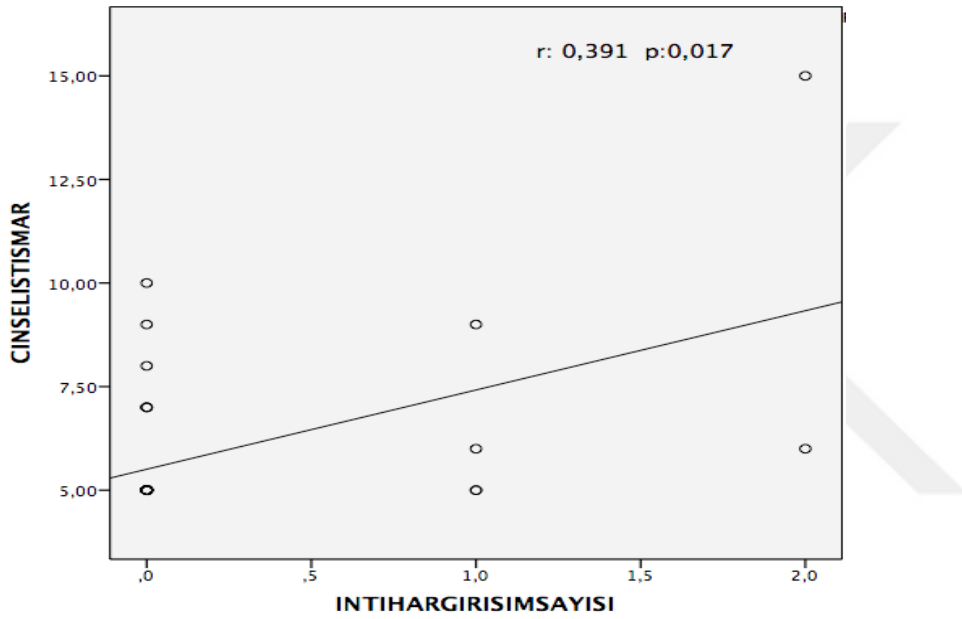
	Hasta		Kontrol		P
	n	%	n	%	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bzk.					
Yok	32	86,5	37	100	0,054
Var	5	13,5	0	0	

n: sayı, %: sütun yüzdesi
Ki-Kare Testi

4.7 Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların ölçek karşılaştırmaları

a) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile alkol kullanımı ile diğer klinik verilerin karşılaştırılması: Çocukluk çağı travmalar ölçeği ile diğer klinik verileri korelasyonlar ağısından değerlendirmesinde intihar girişim sayısı cinsel istismar ile birliktelik (korelasyon) gösterdiği saptanmıştır (r: 0,391, p:0,017).

şekil 3. İntihar girişim sayısı ile cinsel istismar ilişkisi



Tablo 32. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile klinik verilerin karşılaştırılması

	Yaş	Alkol kullanım süresi	Alkol kullanım miktarı	Ayıklık süresi	En uzun remisyon süresi	İhtihar girişim sayısı	Madde kullanım süresi	Sigara kullanımı (paket-yıl)	Adli vaka sayısı	ÇÇTÖ skoru	Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	Cinsel istismar	Fiziksel istismar	Duygusal istismar	
r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Yaş	1	0,74**	0,19	0,52	0,34	0,81	-0,44**	0,61**	-0,29	-0,84	-0,41	0,12	0,19	-0,12	-0,34*
2	Alkol kullanım süresi		1	0,19	0,26	0,19	-0,19	-0,46**	0,56**	-0,26	-0,19	-0,63	-0,15	0,48	-0,18	-0,24
3	Alkol kullanım miktarı			1	0,23	-0,85	0,10	-0,15	0,44	0,10	-0,93	-0,13	-0,22	-0,33	0,11	0,95
4	Ayıklık süresi				1	0,41*	0,11	-0,22	0,54**	-0,40	-0,43	0,60	0,45	0,15	0,003	-0,30
5	En uzun remisyon süresi					1	-0,18	-0,23	0,25	-0,27	0,08	0,09	-0,02	0,28	-0,04	0,26
6	İhtihar girişim sayısı						1	-0,16	0,25	-0,02	0,20	-0,25	0,35*	0,39*	0,09	0,19
7	Madde kullanım süresi							1	-0,21	0,05	0,03	0,01	-0,98	0,13	0,21	0,15
8	Sigara kullanımı (paket-yıl)								1	-0,30	0,26	0,17	0,41*	0,17	0,07	-0,07
9	Adli vaka sayısı									1	-0,14	-0,15	-0,21	-0,09	-0,08	0,27
10	ÇÇTÖ skoru										1	0,31	0,68**	0,28	0,46**	0,46**
11	Duygusal ihmal											1	0,13	-0,25	-0,20	-0,28
12	Fiziksel ihmal												1	0,24	-0,17	0,18
13	Cinsel istismar													1	0,19	0,79
14	Fiziksel istismar														1	0,54**
15	Duygusal istismar															1

Spearman korelasyon analizi

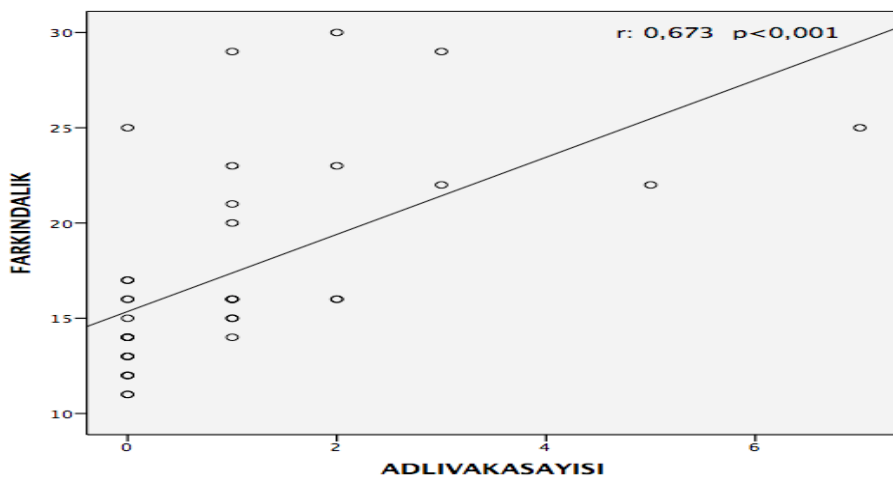
r: Korelasyon Katsayısı

* p<0,05

** p<0,01

b) Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ile alkol kullanımı diğer klinik verilerinin karşılaştırılması: Adli vaka sayısı, farkındalık alt kategorisi ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır (r: 0,673, p<0,001) (Tablo 33).

Şekil 4. Adli vaka sayısı ile farkındalık ilişkisi



Tablo 33. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği ile klinik verilerin karşılaştırılması

	Yaş	Başlangıç yaşı	Alkol kullanım süresi	Alkol kullanım miktarı	Ayıklık süresi	En uzun remisyon süresi	İhtihar girişim sayısı	Madde kullanım süresi	Sigara kullanımı (paket-yıl)	Adli vaka sayısı	DDGÖ skoru	Açıklık	Farkındalık	Dürtü	Kabul etmeme	Amaçlar	Stratejiler	
r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	Yaş	1	0,53**	0,74**	0,19	0,52**	0,34*	0,08	-0,44*	0,61**	-0,29	-0,36*	-0,12	-0,25	-0,16	0,017	-0,45**	-0,25
2	Başlangıç yaşı		1	-0,62	0,13	0,31	0,24	0,09	-0,10	0,16	-0,19	-0,25	-0,23	-0,20	-0,05	-0,04	-0,28	-0,12
3	Alkol kullanım süresi			1	0,19	0,26	0,19	-0,19	-0,46**	0,56**	-0,26	-0,31	-0,05	-0,28	-0,25	0,17	-0,37*	-0,14
4	Alkol kullanım miktarı				1	0,23	-0,85	0,01	-0,15	0,04	0,10	-0,51	-0,14	-0,05	0,07	0,19	-0,07	-0,007
5	Ayıklık süresi					1	0,41*	0,11	-0,22	0,54**	-0,04	-0,32	-0,24	-0,009	-0,16	-0,28	-0,37*	-0,25
6	En uzun remisyon süresi						1	-0,18	-0,23	0,25	-0,27	-0,21	-0,07	-0,18	-0,12	-0,09	-0,15	-0,15
7	İhtihar girişim sayısı							1	-0,16	0,25	-0,02	0,13	0,10	0,002	0,25	-0,14	-0,04	0,07
8	Madde kullanım süresi								1	-0,21	0,05	0,07	-0,04	0,08	0,02	-0,11	0,30	0,08
9	Sigara kullanımı (paket-yıl)									1	-0,30	-0,21	-0,09	-0,21	-0,21	-0,18	-0,19	-0,005
10	Adli vaka sayısı										1	0,28	0,27	0,67**	0,22	-0,17	0,18	-0,02
11	DDGÖ skoru											1	0,56**	0,47**	0,79**	0,40*	0,80**	0,68**
12	Açıklık												1	0,45**	0,35*	0,03	0,26	0,26
13	Farkındalık													1	0,24	0,018	0,26	-0,05
14	Dürtü														1	0,64**	0,48**	
15	Kabul etmeme															1	0,21	0,38*
16	Amaçlar																1	0,53**
17	Stratejiler																	1

Spearman korelasyon analizi

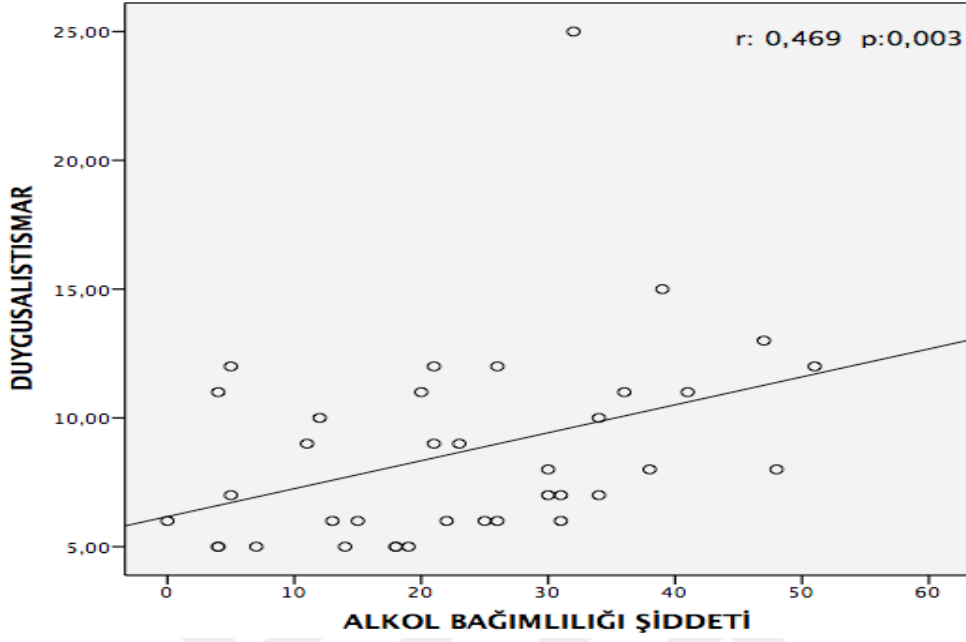
r: Korelasyon katsayısı

* p<0,05

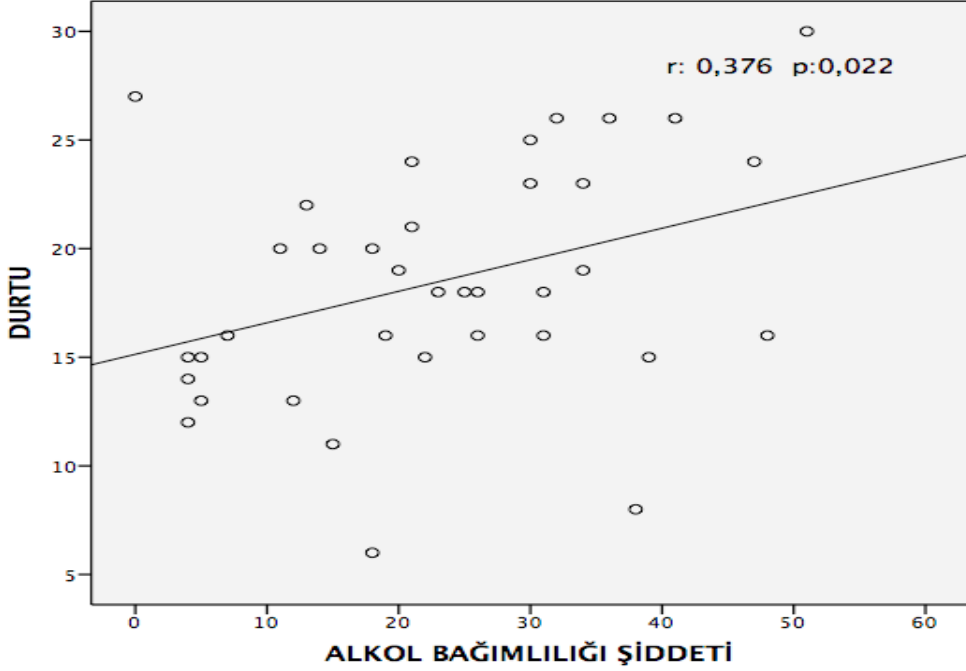
** p<0,001

c) Ölçeklerin birbirleri ile yapılan karşılaştırılması: Alkol Bağımlılığı Şiddet Ölçeği skoru Duygusal istismar (r: 0,469, p: 0,003), Dürtü (r: 0,376, p:0,022) ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Tablo 34).

Şekil 5. Alkol bağımlılığı şiddeti ile duygusal istismar ilişkisi



Şekil 6. Alkol bağımlılığı şiddeti ile dürtü ilişkisi



Tablo 34. ÇÇTÖ, DDGÖ, AKŞ ölçeklerinin karşılaştırılması

		AKB şiddet ölçeği skoru	ÇÇTÖ skoru	Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	Cinsel istismar	Fiziksel istismar	Duygusal istismar	DDGÖ skoru	Açıklık	Farkındalık	Dürtü	Kabul etmeme	Amaçlar	Stratejiler
r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	AKB şiddet ölçeği skoru	1	0,22	-0,68	0,04	0,17	0,20	0,46**	0,25	0,26	-0,04	0,37*	0,10	0,14	0,25
2	ÇÇTÖ skoru		1	0,31	0,68**	0,28	0,46**	0,46**	0,16	0,01	-0,11	0,18	0,08	0,10	0,29
3	Duygusal ihmal			1	0,13	-0,25	-0,20	-0,28	-0,35*	-0,38*	-0,33	-0,23	-0,32	-0,12	-0,36
4	Fiziksel ihmal				1	0,24	-0,17	0,18	0,88	0,05	-0,10	0,06	-0,09	-0,07	0,23
5	Cinsel istismar					1	0,19	0,07	0,07	0,27	0,1	0,16	-0,02	-0,13	0,11
6	Fiziksel istismar						1	0,54**	0,31	0,19	-0,04	0,34*	0,24	0,33*	0,19
7	Duygusal istismar							1	0,51**	0,41	0,27	0,35*	0,18	0,38*	0,39*
8	DDGÖ skoru								1	0,56**	0,47**	0,79**	0,40*	0,80*	0,68*
9	Açıklık									1	0,45**	0,35*	0,03	0,26	0,26
10	Farkındalık										1	0,24	0,01	0,26	-0,05
11	Dürtü											1	0,22	0,64**	0,48**
12	Kabul etmeme												1	0,21	0,38*
13	Amaçlar													1	0,53**
14	Stratejiler														1

r: Korelasyon katsayısı

Spearman korelasyon analizi

* p<0,05

** p<0,01

4.8 Alkol Kullanım Bozukluğu Risk Faktörleri

Katılımcıların regresyon analizinde alkol kullanım bozukluğuna neden olabilecek risk faktörleri ele alınmıştır. Regresyon modeline kategorik değişkenler olarak cinsiyet, aile öyküsü, medeni durum, çocukluk çağı travma öyküsü, herhangi bir eş tanının olması, sayısal değişken olarak duygu düzenleme güçlüğü toplam skoru alınmıştır. Regresyon analizi değerlendirmesinde alkol kullanım bozukluğuna sadece çocukluk çağı travmasının etkili olduğu saptanmıştır (p:0,009), (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların risk faktörü sonuçları

Prediktör Değişken	B	SE	Wald	p	Odds oranı	%95 CI
Cinsiyet	2,39	1,83	1,69	0,193	10,9	0,2-400
Aile Öyküsü	-18,68	5913,56	0,00	0,997	0,0	0,0
Medeni Durum (Bekar)	-20,48	12238,51	0,00	0,999	0,0	0,0
Medeni Durum (Ayrı)	-21,12	12238,51	0,00	0,999	0,0	0,0
DDGÖ Skoru	0,03	0,02	2,54	0,111	1,03	0,9-1,07
ÇÇTÖ Skoru	-3,53	1,34	6,85	0,009*	0,02	0,002-0,4
Eş Tanı	22,54	5913,56	0,00	0,997	6,1	0,0

Logistic Regresyon Analizi

5 TARTIŞMA

Bu çalışmada AKB olan olgularda çocukluk çağı travmalarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün özellikleri araştırılmış ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çocukluk çağı travmalarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik özellikler ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir.

Alkol Kullanım Bozukluğu ve Demografik Özellikler

Çalışmamızda vaka grubunun %91,9'unu, kontrol grubunun ise %89,2'sini erkekler oluşturmaktadır. Her iki grupta il merkezinde yaşayan katılımcı sayısı, evli olma oranları, aktif bir işte çalışma oranları, aylık gelir durumları birbirine benzerlik göstermekle birlikte AKB olan grupta eşinden ayrılmış olan katılımcıların daha fazla olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda eşinden ayrılmış katılımcı saptanmamıştır (Tablo 5). Alkol kullanım bozukluğu olan grupta kadınların ve erkeklerin yaş, aylık gelir ve eğitim süreleri; meslek durumları, medeni durumları ve yaşadıkları yerler açısından birbirlerine benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 11).

Çalışmamıza ülkemizde yürütülen çalışmalara benzer olarak alkol kullanımının erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (44,66,248). Bunun yanında erkeklerin kadınlara göre daha sıklıkta tedaviye başvurdukları;

genellikle bu başvuruların eşlerinin ısrarıyla yaptıkları öğrenilmiştir. Bu durum; kadınların alkol kullanmasının daha damgalayıcı olduğunu düşünmesi; ya da kadınlarda alkol kullanımının daha az olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan kadınların olumsuz yaşam olaylarıyla baş etmek için kullandıkları savunma becerilerinin erkeklerde daha farklı olması da bu durumu açıklar (43).

Medeni durum açısından bakıldığında çalışmamızda boşanma oranı sadece alkol kullanım bozukluğu olan grupta yüksektir. Yapılan diğer çalışmalarda çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde alkol kullanım bozukluğu olmayan kişilere göre boşanma oranlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (43,249). Bu durum alkol kullanım bozukluğunun aile içi birçok soruna neden olmasıyla açıklanabilir.

Alkol Kullanım Bozukluğu ve Klinik Özellikler

Alkol kullanım bozukluğu olan grupta psikiyatrik nedenlerden dolayı hastanede yatarak tedavi görme sayısı, intihar girişimi sayısı, yaşam boyu madde kullanım öyküsü, sigara kullanımı, adli sorun yaşama durumu ve ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü daha fazla oranda saptanmıştır (Tablo 6).

Alkol kullanım bozukluğu olan grup Cloninger alkolizm tiplendirmesine göre ayrıldığında %62,2 oranında tip 1 alkolizm, %37,8 oranında ise tip 2 alkolizm olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Alkol kullanım bozukluğu olan grubun cinsiyetlere göre olan klinik özellikleri değerlendirildiğinde Cloninger alkolizm tiplendirmesine göre kadınların tamamının, erkeklerin ise %32,4'ünün tip 2 alkolizm olduğu saptanmıştır. Her iki cinsiyette yatarak psikiyatrik tedavi alma yaygınlığı, intihar girişim yaygınlığı, yaşam boyu madde kullanımı yaygınlığı, sigara kullanımı yaygınlığı, adli sorun yaşama ve ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü yaygınlığı benzerlik göstermektedir (Tablo 12). Bunlara ek olarak her iki cinsiyette alkol kullanımına başlangıç yaşı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım miktarı, ayıklık süresi, en uzun remisyon süresi, sigara kullanımı (paket-yıl), adli sorun yaşama sayısı, madde kullanım süresi arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 13). Çalışmamızla benzer şekilde aile

öyküsünün alkol kullanım bozukluğunda yüksek olduğunu destekleyen araştırmalar vardır (44,67,250,251). Ailede alkol kullanım bozukluğunun varlığı bağımlılık riski için önemli öngörücü etkenlerden birisi olarak tanımlanmaktadır (252). Kandel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile öyküsünün varlığının bağımlılık gelişimi açısından önemli bir etken olduğu gösterilmiştir (253). Alkol kullanımında artışın genetik etkenlerin yanı sıra sosyal öğrenme ve alkole kolay ulaşma gibi çevresel faktörlerin de etkili olduğu düşünülmektedir (251).

Alkol bağımlılığı şiddetini etkileyen faktörlere bakıldığında çocukluk çağı travması geçirmiş olmak (duygusal istismara uğramış olmak) ile alkol kullanım şiddetinde artış olduğu saptanmıştır (Tablo 34, Şekil 5). Ayrıca alkol kullanım bozukluğu şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü (dürtü kontrolünün sağlanamaması) ilişkili bulunmuştur (Tablo 34, Şekil 6). Yapılan risk değerlendirmesinde ise çocukluk çağı travmalarının alkol kullanım bozukluğu riskini 0,02 kat arttırdığı saptanmıştır (Tablo 35).

Çocukluk Çağı Travmalarının Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesinde ÇÇTÖ ölçeğinin toplam skor ortalamalarının AKB grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Ölçeğin alt kategorisi olan duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar skorlarının da AKB grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı AKB olan grupta %89,2 oranında iken kontrol grubunda %48,6 oranındadır. Travma çeşitleri açısından ise AKB grubunda en sık fiziksel ihmal (%81,1) görülürken bunu duygusal ihmal (%75,2) ve duygusal istismar takip etmektedir (%51,4). Kontrol grubunda ise en sık fiziksel ve duygusal ihmal (%40,5) görülürken üçüncü sıklıkta fiziksel istismar (%18,9) olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının tamamının AKB olan katılımcılarda daha yaygın olduğu görülmüştür (Tablo 8). Bulgularımızı destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (254–258). Yurtdışında yapılan bir

çalışmada çocukluk çağında yaşanan travmaların alkol kullanım bozukluğu riskini 4-12 kat arttırdığı bulunmuştur (259). Bir başka çalışmada çocuklukta yaşanan her çeşit travmanın alkol kullanım bozukluğu riskini %16 oranında arttırdığı saptanmıştır (258). Bu çalışmalardaki risk artışı çalışmamızdan daha yüksek orandadır. Bu da örneklem sayısı ile ilişkili olabilir. Çocukluk çağında yaşanan travmalar kişilerin daha kırılğan hale gelmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler alkolün rahatlatıcı ve sıkıntı giderici etkisinden yararlanmak için daha çok alkol kullanmaktadır. Alkol; bu kişilerce güçlü bir yatıştırıcı olarak görüldüğünden tekrarlayıcı alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluklarına eğilim görülebilmektedir (249,260). Kendi kendini tedavi hipotezine göre travması olan bireylerde alkolün rahatlatıcı, sıkıntı azaltıcı etkisinden dolayı tekrarlayan alkol kullanımı; alkol kullanım bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu haliyle çocukluk çağında travma yaşayan bireylerin alkol kullanım bozukluğunun fazla olması beklenebilecek bir sonuçtur (261).

Çalışmamızda duygusal istismarın AKB olan katılımcılarda daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Duygusal istismarın alkol kullanımıyla ilişkili olduğu birçok çalışma bulunmaktadır (262,263). Akfert ve ark. (2009) çalışmasında ebeveynlerin kendi görüşlerini kabul ettirmek ve disiplinize etmek amacıyla yaptıkları duygusal istismarın ileri yaşlarda alkol kullanma riskini arttırdığı gösterilmiştir (264). Stres faktörleri ile başa çıkma amacıyla kullanılan alkolün, duygusal istismara uğramış bireylerde de benzer şekilde kullanıldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda fiziksel istismarın AKB olan katılımcılarda daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Çocukluk çağı travma çeşitlerinden fiziksel istismarın alkol kullanımıyla ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. MacMillan ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalmanın ileri dönemlerde alkol kullanım bozukluğu riskini arttırdığı saptanmıştır (265). Benzer bulgular Frias-Armenta, Afifi ve arkadaşlarının çalışmaları ile de desteklenmiştir (266,267). Ülkemizde Aksoy ve Ögel'e göre fiziksel istismara maruz kalan bireylerin sıkıntılarını kontrol altına

almak için ve kendilerini cezalandırma ile ilgili davranışlara yönelmeleri nedeniyle alkol kullanımının daha sık olduğu yorumu yapılmıştır (167). Caetano ve arkadaşlarına (2003) göre fiziksel istismara uğramış çocukların anksiyete düzeylerinin daha yüksektir. Artmış olan anksiyete düzeyleri nedeniyle alkol kullanımının anksiyeteyi azaltıcı etkisinden dolayı bu kişiler alkolü kötüye kullanmaktadır (268). Bu bulguların sonucunda diğer istismar türlerinde de benzer şekilde anksiyeteyi azaltmak için tekrarlayan alkol kullanımının alkol kullanım bozukluğuna neden olabileceği düşünülmektedir (53).

Çalışmamızda ihmalin AKB olan katılımcılarda daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Çocukluk çağı travma çeşitlerinden ihmalin birçok çalışmada alkol kullanımıyla ilişkisi gösterilmiştir (269–271). Wood ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları bir diğer araştırmada ise çocukluk çağında ihmale uğramayan bireylerin akran etkisi aracılığıyla alkol kullanımına daha az yatkınlık gösterdikleri ileri sürülmüştür (272). Alkolün keyif verici, sosyalleştirici etkisi nedeniyle ihmale uğramış bireylerde tekrar tekrar alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluklarına neden olmaktadır (251,273).

Çalışmamızda cinsel istismar yaygınlığı alkol kullanım bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre daha sık saptanmıştır (Tablo 8). İstismar türleri arasında unutulması, hafızalardan silinmesi en zor olanı cinsel istismardır (274). Literatürde de çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişilerin erişkinlik dönemlerinde alkol kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarına daha sık yöneldikleri gösterilmiştir (259,275,276).

Alkol, kaygı gibi durumları azaltması nedeniyle kötüye kullanılmakta ve kişiler rahatsızlık veren anılardan geçici bir süre uzaklaşmaktadır (277). Çocukluk döneminde de yaşanan cinsel istismarla ilişkili anılardan uzaklaşmak için erken yaşta başlayan tekrarlayan alkol kullanımının alkol kullanım bozukluklarına neden olabilir. Kişiler bu travmatik anılardan uzaklaşmak için intihar girişimi gibi kendine zarar verici davranışlarda bulunabilmekte, madde kullanımı gibi davranışlara yönelmektedir (278,279). Kendine zarar verme

davranışının hem cinsel istismarla; hem de duygusal istismarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (280). Araştırmamızda da cinsel istismar skoru ile intihar girişim sayısı bu bulgularla kısmi benzerlik göstermiştir. Çalışmamızda duygusal istismar başta olmak üzere cinsel istismar haricindeki diğer istismar ve ihmal türlerinin intihar girişimi davranışıyla ilişkisi bulunmamıştır (Tablo 32-34).

Çalışmamızda travma çeşitleri açısından cinsiyetler arasında farklılık gözlenirse de toplam skor üzerinden yapılan yaygınlık ölçümünde erkek katılımcılarda çocukluk çağı travmasının daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmamızda yer alan kadınların sayısının oldukça düşük olması bu farklılığı büyük oranda açıklamaktadır (Tablo 17). Hyman ve ark. (2006) yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında istismar yaşantısı olan erkeklerde alkol kullanım bozukluğunun daha sık olduğunu göstermiştir (262). Bunun yanında çalışmamızda cinsel istismar açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 17). Çalışmamızdan farklı olarak Wildom ve Morris (1997) çalışmasında, kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha sık cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmiştir (281). Bazı çalışmalarda cinsel istismara maruz kalan kadınların daha sık alkol kullandıkları gözlenmekle birlikte alkol kullanım bozukluğu olan erkeklerin kadınlar kadar cinsel istismarı dile getirmediği düşünülebilir. Bu bulgunun oluşmasında kadın katılımcılarının sayısının az olması veya cinsel travma öyküsünü bildirmek istememeleri dikkate alınarak sonuçların değerlendirilmesinin daha iyi olacağı düşünülmektedir (275,282).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Değerlendirmesi

Duygu düzenleme güçlüğü değerlendirildiğinde AKB grubu ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında toplam skor ve açıklık, farkındalık, dürtü, kabul etmeme, amaçlar ve stratejiler alt kategorilerinin tamamında AKB olan katılımcıların daha çok güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 9).

Literatürde 116 katılımcının değerlendirildiği bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan katılımcıların duyguları tanımlama ve olumsuz duygularla baş edebilme yeteneklerinde bozulma olduğu gösterilmiştir (283). Daha önce de tanımlamada bahsedildiği gibi alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin olumsuz duygulanım etkisi altında duygu düzenleme stratejilerine ulaşma ve davranışların kontrolünde daha fazla güçlük yaşadıkları saptanmıştır (222). Diğer açıdan çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü'nün açıklık, farkındalık, dürtü, kabul etmeme, amaçlar ve stratejiler gibi alt kategorilerinde alkol kullanım bozukluğu olan grubun daha çok güçlük çektiği görülmüştür (Tablo 9). Petit ve ark. (2015) çalışmasında göre alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin kontrol grubuna göre dikkat, farkındalık, yanıt modülasyonu (amaçlar) alanlarında olmak üzere 3 alanda farklılığın olduğu saptanmıştır (16). Alkol kullanımı olumsuz duygularla baş etmede rol aldığı gibi, olumsuz duygularla baş edilememesi de aşırma ile ilişkili bulunmuştur (284) Duygu düzenleme stratejilerindeki bozukluğun özellikle yoksunlukla baş etmede etkili olduğu saptanmıştır (16). Çalışmamızda yoksunluk belirtileri ölçülmemiştir, çünkü detoksifikasyon dönemi tamamlandıktan sonra öznel yoksunluk belirtilerinin olmaması koşuluyla kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Duygu düzenleme güçlükleri pek çok psikopatolojide bulunmuştur, alkol kullanım bozukluklarındaki eş tanımlar da düşünüldüğünde gerek eş tanımlı durumlar gerekse alkol kullanım bozukluğunun kendisinin duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkisinin olduğu düşünülebilir (285).

Eş Tanı Değerlendirmesi

Çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu olan hastalara eşlik eden eksen 1 patolojileri değerlendirildiğinde alkol kullanım bozukluğu olan grupta herhangi bir birinci eksen patolojisinin bulunma yaygınlığı %94,6 iken kontrol grubunda bu oran çok daha düşük olup %32,4 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Literatür verilerine bakıldığında alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerde birinci eksen patolojileri %51,1-%53 oranında bulunmuştur (286,287). Bu sonuçlara göre çalışmamızda literatür verilerinden daha yaygın bir eş tanı oranı saptanmıştır.

Çalışmamızda AKB olan grupta herhangi bir duygudurum bozukluğu görülme yaygınlığı %73 oranında olup depresyon sıklığı %67,6, bipolar bozukluk sıklığı %5,4 oranında saptanmıştır (Tablo 27). Amerikan epidemiyolojik alan çalışması (Epidemiologic Catchment Area-ECA) ve Ulusal Komorbidite (Eş tanı) Araştırmasında (National Comorbidity Survey-NCS) alkol kötüye kullanımı tanısı almış olan katılımcıların yaşam boyu eş tanı değerlendirmesi yapıldığında %12,3'ünde herhangi bir duygudurum bozukluğu gözlenmiş olup bu katılımcıların %11,3'ünde majör depresyon, %0,3'ünde bipolar bozukluk tanısının olduğu saptanmıştır (286,288). Behar ve arkadaşları tarafından 64 ay boyunca takip edilen ayık dönemdeki 72 hastanın %15,2 inde ciddi depresyon bulguları olduğu saptanmıştır (289). DSM-IV tanı kriterlerinin kullanıldığı başka bir çalışmada ise herhangi bir duygudurum bozukluğunun görülme yaygınlığı %24,3'tür. Bernadt ve Murray tarafından 1986 yılında yapılan bir çalışmada, alkolizm tanısı ile hastaneye yatan duygudurum bozukluğu tanısı alan 371 hastanın yatış tarihinden 1 ay önce alkol kullanımında artış olduğu saptanmıştır. Bu durum duygudurum bozukluğunun epizodik dönemine ait bir durum olarak değerlendirilmiş ve hastaların semptomlarını yatıştırmak için alkol kullanımlarının olduğu düşünülmüştür (290).

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu yaygınlığı bu bulgulara benzer olmakla birlikte kontrol grubundan anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek %21,6 oranda saptanmıştır. Yaşam boyu anksiyete bozukluğu yaygınlığı alkol kullanım bozukluğunda %14,7, herhangi bir madde kullanım bozukluğu için %16,7 oranında olduğu gözlenmiş; anksiyete bozukluğu olanların %23,7'sinde yaşam boyu herhangi bir madde (alkol dahil) kullanımının olduğu bildirilmiştir (291). Regier ve arkadaşları (1990) anksiyete bozukluğu olan kişilerde 1.52 kat daha fazla alkol veya madde kullanımının olduğunu bildirmiştir (286). Anksiyete bozuklukları ile alkol kullanım bozukluğunun birlikteliğinin patogenezinin bakıldığında alkol kullanımının self medikasyon, gerginliği azaltmak, çekilme belirtilerinin anksiyete yoğunluğunu azaltmak için kullanıldığı dikkat

çekmektedir. Bunun yanında alkol kullanımı ile anksiyete birlikteliğinin bağımlılıkta çapraz tolerans gelişmesine neden olabilmektedir. Bağımlılığı olan hastalarda aşırma ve obsesif davranış benzerliği dikkat çekmektedir. Amigdala duyarlılığının alkol/madde kullanımı ile artması panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğuna yatkınlığı arttırabileceği düşünülebilir (286,292,293).

Çalışmamızda sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu eş tanısı %16,2 oranında gözlenmekte olup kontrol grubundan anlamlı farklılığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 28). Diğer açıdan 1161 katılımcı ile yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan 33 katılımcıdan 1'inde ağır içicilik olduğu saptanmıştır (294). Sosyal anksiyete bozukluğunun alkol kullanım bozukluğu riskini normal popülasyona göre 35 kat arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (277). Genellikle sosyal anksiyete bozukluğu alkol ve madde kullanım bozukluğu gelişmeden önce görülmektedir. Sosyal etkileşim sorunu yaşayan bu bireylerin anksiyeteleriyle başa çıkabilmek için performans anksiyetesi yaşayan bireylere göre alkol kullanımına daha çok eğilim gösterdikleri saptanmıştır (295).

Schneider ve ark. (2001) çalışmasında anksiyete bozukluğu yaygınlığı %42,3, duygudurum bozukluğu yaygınlığı %24,3, TSSB yaygınlığı %6,1 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda ise anksiyete bozukluğu yaygınlığı AKB olan grupta %21,6, kontrol grubunda %16,2 oranında saptanmıştır (Tablo 28). Bahsedilen çalışmadan oldukça düşük oranlarda anksiyete bozukluğu yaygınlığı saptanırken çalışmamızda duygudurum bozukluğu yaygınlığı AKB olan grupta %73 oranında gözlenerek bu çalışmadan daha yüksek oranda bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma tarihleri arasında başvuran hastalarda duygudurum bozukluğunun daha sık görülmesi, DSM-IV'te bazı anksiyete bozukluğu alt türü sayılan bozuklukların DSM-5'te yer almaması ve bu anksiyete bozukluğu yaygınlığının daha az sıklıkta saptanması olabilir. TSSB oranları ise çalışmamızda AKB olan grupta %5,4 oranında saptanmış olup; yaygınlık açısından bu çalışmaya benzerlik göstermektedir (Tablo 29), (287).

Çalışmamızda Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) alkol kullanım bozukluğu grubunda %13,5 sıklıkta olduğu saptanmıştır, kontrol grubunda ise bu tanıya sahip olan katılımcının olmadığı saptanmıştır (Tablo 31). Literatüre bakıldığında bu oranlar %21,5 ile %44 arasında değişmekle birlikte ortalama %32,5 oranında alkol kullanım bozukluğu ile DEHB birlikteliği görülmektedir (296–298). Literatür verilerine göre çalışmamızda daha az sıklıkta DEHB eş tanısının olduğu saptanmıştır. Bu durumun örneklem sayısının yeterli olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların eksen 2 değerlendirmesinde alkol kullanım bozukluğu olan grupta herhangi bir eksen 2 tanısının yaygınlığı %21,6 (n:8) oranında saptanmış olup kontrol grubunda herhangi bir eksen 2 tanısı alan hastanın bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 24). Eksen 2 patolojileri içinde en sık antisosyal kişilik bozukluğu (%16,2), ikinci sıklıkta borderline kişilik bozukluğunun olduğu saptanmıştır (%5,4). Gruplara eşlik eden eksen 2 patolojilerinden en sık antisosyal kişilik bozukluğu, ikinci sıklıkta ise borderline kişilik bozukluğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Literatüre bakıldığında alkol bağımlılarında herhangi bir eksen 2 patolojisinin görülme sıklığı %30-75 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (299). Bunun yanında bazı çalışmalarda en sık antisosyal kişilik bozukluğu (%27) ve borderline kişilik bozukluğu (%18,4) eşlik ettiği saptanmıştır (299–301). Başka bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı %14,3 oranında bulunmuştur (299). Bu çalışmaların bazılarında alkol ve madde kullanım bozuklukları birlikte ele alınmış olup bu oranlar %25 ile %50 arasında antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik edebileceği bildirilmiştir (299,301). Çalışmamızda ise herhangi bir eksen 2 patoloji yaygınlığı AKB olan grupta %21,6 oranında saptanmış, antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı ise %16,2 oranında saptanmıştır. Bağımlılığı olan bireylerde en sık antisosyal kişilik bozukluğu gözlenmekle birlikte bu kişilerin alkol-madde kullanım sorunlarının daha yüksek olduğu ve daha yüksek oranda ve şiddette psikiyatrik, tıbbi ve sosyal sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (302).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ikinci sıklıkta görülen eksen 2 patolojisinin borderline kişilik bozukluğudur. Bu sıklık %10-30 arasında değişkenlik göstermektedir (302–304). Çalışmamızda ise %5,4'lük oranda daha düşük sıklıkta borderline kişilik bozukluğu yaygınlığı saptanmıştır (Tablo 25). Bu durum örneklem sayısının yeterli olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

6 SONUÇ

Yapılan çalışmada AKB tanısı alan hastaların erkek cinsiyet ağırlıkta olduğu (%91,9) ve boşanma oranlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. AKB grubunun tamamında çocukluk çağı travmaları yaygınlığı kontrol grubundan daha yüksek orandadır. Bunun yanında AKB tanısı alan hastaların duygu düzenleme stratejilerinin tamamında kontrol grubuna göre güçlük çektikleri saptanmıştır.

Eş tanı yaygınlığı hasta olan grupta %94,6 oranında bulunmuştur. Bu bulgu kontrol grubundan ve literatür verilerinden daha yüksek oranda eş tanının olduğunu göstermiştir. AKB grubunda Eksen 1 tanılarında en sık duygudurum bozuklukları (%73), ikinci sıklıkta anksiyete bozukluklarının olduğu (%21,6) saptanmıştır. Eksen 2 tanısı yaygınlığı %21,6 olup en sık antisosyal kişilik bozukluğu (%16,2), ikinci sıklıkta ise borderline kişilik bozukluğunun (%5,4) olduğu saptanmıştır.

Kişilerin çocukluk çağı travmalarına maruz kalması, duygu düzenleme güçlüğü yaşamalarına neden olmakta ve alkolizm şiddetini arttırmaktadır. Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların tedavisinde çocukluk çağı travmalarına yönelik görüşmelerin düzenlenmesi ve duygu düzenleme stratejilerinin ele alınması hastalığın prognozunu daha iyi olmasına ve kişilerin işlevselliğinin düzelmesine katkı sağlayabilir.

Bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının yapılması açısından bu alanların tedavi ve izlem sürecinde gözden geçirilmesinin hastaların iyilik durumu için önemli ve olumlu katkılar sağlayacağı düşüncesindeyiz.

7 KAYNAKLAR

1. BROWN SE, YALOM ID. (1995). Treating alcoholism. Jossey-Bass.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics (2009).
3. COSAR B, ARIKAN Z, KOCAL HICYILMAZ N, CEPIK KURUOGLU A, CANDANSAYAR S, ISIK E. (1996). Different Family Functioning Perceptions Of Parents And Children In Alcoholic Families. *Gazi Tip Derg. Excerpta Medica*. 7:119–22.
4. DSM 5. American Psychiatric Association; 2013.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva.
6. POLAT O. (2001). Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları; 2001. p: 138-150.
7. RUNYAN D, WATTAM C, IKEDA R, HASSAN F, RAMIRO L. (2002) Child abuse and neglect by parents and other caregivers. Geneva Switzerland World Health Organization.
8. WENAR C, KERIG P. (2000). Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. McGraw-Hill.
9. GROSS JJ, RICHARDS JM, JOHN OP. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emot Regul couples Fam Pathways to Dysfunct Heal*. 13–35.
10. GRATZ KL, ROEMER L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 26(1):41–54.
11. NIERATSCHKER V, BATRA A, FALLGATTER AJ. (2013). Genetics and epigenetics of alcohol dependence. *J Mol psychiatry. BioMed Central*. 1(1):1.
12. BÖNSCH D, LENZ B, FISZER R, FRIELING H, KORNHUBER J, BLEICH S. (2006). Lowered DNA methyltransferase (DNMT-3b) mRNA expression is associated with genomic DNA hypermethylation in patients with chronic alcoholism. *J Neural Transm. Springer*. 113(9):1299–304.

13. SADOCK BJ. (2000). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 2. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, PA.
14. EVREN C, ÖGEL K, ULUĞ B. (2012). Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. 1st Ed. Alkın T, editor. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. p:1-66.
15. HAYES SC, WILSON KG, GIFFORD E V, FOLLETTE VM, STROSAHL K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol. American Psychological Association.* 64(6):1152.
16. PETIT G., LUMINET O., MAURAGE F., TECCO J., LECHANTRE S., FERAUGE M. (2015). Emotion regulation in alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res. Wiley Online Library.* 39(12): 2471–9.
17. WINDLE M, WINDLE RC, SCHEIDT DM, MILLER GB. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry. Am Psychiatric Assoc.* 152(9):1322–8.
18. ÇELİKEL H., BEŞİROĞLU L. (2008). Klinik olmayan örneklerde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatr Dergisi.* 9:75–83.
19. KALYONCU A., MIRSAL H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatr Dünyası.* 4(1):22–30.
20. KÖKNEL Ö. (1998). Alkol ve Madde Bağımlılığı. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık AŞ. İstanbul.
21. LIEBER CS. (2003). Relationships between nutrition, alcohol use, and liver disease. *Alcohol Res Heal. Us National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism.* 27:220–31.
22. TÜRKCAN A. (2010). Alkolün Biyolojik Etkileri, Farmakolojisi , Organ Sistemleri Üzerine Etkileri. 3(3):30–6.
23. DONOHUE TERRENCE M. (2007). Alcohol-induced steatosis in liver cells. *World Journal of Gastroenterology : WJG.* 13(37): 4974–4978.
24. STOCKWELL, T., PETERS, T. J. HEATHER, N. (2001). International handbook of alcohol dependence and problems. John Wiley.
25. IŞIK, E., IŞIK, U. (2016). Alkol Madde Bağımlılığı. İstanbul.

26. GAUMOND, P., DAVIS, C., HILL, T. (2010). Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery, Vols. I & II, by Gary L. Fisher and Nancy A. Roget (Eds.) (2009). In A. L. Begun (Ed.), *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. (Vol. 10, pp. 328–330).
27. PIAZZA, N. J., WISE, S. L. (1988). An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism. *International Journal of the Addictions*. 23(4), 387–397.
28. SULLIVAN, E. V, PFEFFERBAUM, A. (2014). Neurocircuitry of alcohol addiction: synthesis from animal models. *Alcohol and the Nervous System*. 125, 33.
29. KALYONCU, A. (2010). Plastik Düşler. İstanbul.
30. ASSOCIATION, A. P. (1975). DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
31. PICHOT, P. (1985). DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Revue Neurologique*. 142(5), 489–499.
32. ASSOCIATION, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition (text revision). American Psychiatric Publishing, Inc.
33. EVREN, C. (2016). Alkol Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.
34. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. (2015). Alcohol misuse: screening, diagnosis, and treatment., 1–136.
35. KOOB, G. F., VOLKOW, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.
36. TABAKOFF, B., HOFFMAN, P. L. (2013). The neurobiology of alcohol consumption and alcoholism: an integrative history. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 113, 20–37.
37. HEINZ, A., REIMOLD, M., WRASE, J., HERMANN, D., CROISSANT, B., MUNDLE, G., MACHULLA, H. J. (2005). Correlation of stable elevations in striatal μ -opioid receptor availability in detoxified alcoholic patients with alcohol craving: A positron emission tomography study using carbon 11–

- labeled carfentanil. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 57–64.
38. SPANAGEL, R., VENGELIENE, V. (2013). New pharmacological treatment strategies for relapse prevention. In *Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction* (pp. 583–609). Springer.
 39. ROBERTO, M., GILPIN, N. W., SIGGINS, G. R. (2012). The central amygdala and alcohol: role of γ -aminobutyric acid, glutamate, and neuropeptides. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(12): a012195.
 40. ORGANIZATION, W. H. (2004). Global status report on alcohol 2004.
 41. ADMINISTRATION, N. H. T. S. (2006). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Sentencing and Disposition of Youth DUI and Other Alcohol Offenses: A Guide for Judges and Prosecutors, Washington, DC.
 42. HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M. NARUSK, A. (1997). The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in, 26.
 43. ARIKAN, Z., COŞAR, B., IŞIK, A., CANDANSAYAR, S., IŞIK, E. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz dergisi*. 4(2): 93–100.
 44. ARIKAN, Z., COŞAR, B. (1996). Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi*. 4(2): 81–91.
 45. TEKİN, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi.
 46. W.H.O. (2014). Global status report on alcohol and health. World Health Organization.
 47. COŞKUNOL, H., ALTINTOPRAK, E. (1999). Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2: 222–223.
 48. FARRIS, S. P., HARRIS, R. A., PONOMAREV, I. (2014). Epigenetic modulation of brain gene networks for cocaine and alcohol abuse. *Frontiers in neuroscience*. 9: 176.
 49. REPUNTE-CANONIGO, V., HERMAN, M. A., KAWAMURA, T., KRANZLER, H. R., SHERVA, R., GELERNTER, J., SANNA, P. (2015). Nf1 regulates alcohol dependence-associated excessive drinking and

- gamma-aminobutyric acid release in the central amygdala in mice and is associated with alcohol dependence in humans. *Biological psychiatry*. 77(10): 870–879.
50. KARADAG, F., SAR, V., TAMAR-GUROL, D., EVREN, C., KARAGOZ, M., ERKIRAN, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66(10): 1247–1253.
 51. PUR, İ. (2007). Cinematherapy for alcohol dependent patients. Middle East Technical University Ankara.
 52. SKINNER, H. A., ALLEN, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of abnormal psychology*. 91(3): 199.
 53. MAISTO, S. A., CAREY, K. B., BRADIZZA, C. M. (1999). In Leonard, KE and Blane, HT. Psychological theories of drinking and alcoholism. 106–163.
 54. KENDIRLI, C. (1977). Toplumsal bir problem olarak alkolizm ve toplumsal yapı. Ege Üniversitesi.
 55. BAŞAY, Ö., YÜNCÜ, Z. (2015). Personality characteristics of adolescents with substance use disorders. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 17(7): 1.
 56. CLONINGER, C. R., SIGVARDSSON, S., BOHMAN, M. (1988). Childhood Personality Predicts Alcohol Abuse in Young Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 12(4): 494–505.
 57. CLONINGER, R. C., SIGVARDSSON, S., BOHMAN, M. (1996). Type I and type II alcoholism: An Update. *Alcohol Health and Research World*. 20(18–23): 833.
 58. MIRSAL, H., KALYONCU, A., PEKTAŞ, Ö., MIRSAL, N., BEYAZYÜREK, M. (2000). Alkol bağımlılığında klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenler.
 59. LINEHAN, M. (1993). Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder (C. 51). New York: Guilford Press.
 60. SARAÇLI, Ö. (2007). Zonguldak karaelmas üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler (Uzmanlık tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp

- Fakültesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
61. YILMAZ, M. E. (2007). 100. Yıl Üniversitesi öğrencilerinde alkol, sigara kullanımı ve ilişkili olduğu etmenler. 100. Yıl Üniversitesi, Van.
 62. ÖZTÜRK, M. O. ULUŞAHİN, A. (2011). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları.
 63. LUTY, J., GREWAL, P. (2002). A survey of the British public's attitudes towards drug dependence. *Journal of Substance Use*. 7(2): 93–95.
 64. ÖGEL, K. (2010). Alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
 65. CANALE, M. K. (2002). Project to address the stigma of addiction. *Winter/Spring*, (4).
 66. EVREN, C. E., SAATÇIOĞLU, Ö., EVREN, B. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 4: 96–100.
 67. İLHAN, İ., DOĞAN, Y. B., DEMİRBAŞ, H., BOZTAŞ, M. H. (2002). Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 3(2): 84–90.
 68. RHEE, S. H., HEWITT, J. K., YOUNG, S. E., CORLEY, R. P., CROWLEY, T. J. STALLINGS, M. C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives of general psychiatry*. 60(12): 1256–1264.
 69. BAYAR, M. R. (2008). Alkol Bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. (62): 221–230.
 70. YILMAZ, A. (2010). Alkol, Suç ve Riskli Davranışlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 3(3): 91-94.
 71. EVREN, C. (2010). Alkolün Nöropsikiyatrik Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 3(3): 37–47.
 72. KOSTEN, T. R., GEORGE, T. P., KLEBER, H. (2005). The neurobiology of substance disorders: Implications for treatment. *Clinical textbook of addictive disorders*, 3–15.
 73. ULUĞ, B. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. (E. Köroğlu ve C. Güleç, Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

74. LINGFORD-HUGHES, A., CLEMENTI, N. (2008). Addiction and substance misuse. *Medicine*. 36(8): 422–429.
75. FERGUSON, J. A., SUELZER, C. J., ECKERT, G. J., ZHOU, X. H. DIFFUS, R. S. (1996). Risk factors for delirium tremens development. *Journal of General Internal Medicine*. 11(7): 410–414.
76. ÇAKMAK, D., EVREN., C. (2006). Madde kullanım bozuklukları. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 33-62.
77. SCHUCKIT, M. (2006). Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment.
78. ALDERAZI, Y., BRETT, F. (2007). Alcohol and the nervous system. *Current Diagnostic Pathology*. 13(3): 203–209.
79. PFEFFERBAUM, A., SULLIVAN, E. V, MATHALON, D. H., SHEAR, P. K., ROSENBLOOM, M. J., LIM, K. O. (1995). Longitudinal changes in magnetic resonance imaging brain volumes in abstinent and relapsed alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 19(5): 1177–1191.
80. PFEFFERBAUM, A., LIM, K. O., ZIPURSKY, R. B., MATHALON, D. H., ROSENBLOOM, M. J., LANE, B., SULLIVAN, E. V. (1992). Brain gray and white matter volume loss accelerates with aging in chronic alcoholics: a quantitative MRI study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 16(6): 1078–1089.
81. SULLIVAN, E. V, MARSH, L., MATHALON, D. H., LIM, K. O. PFEFFERBAUM, A. (1995). Anterior hippocampal volume deficits in nonamnesic, aging chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 19(1): 110–122.
82. SULLIVAN, E. V, HARDING, A. J., PENTNEY, R., DLUGOS, C., MARTIN, P. R., PARKS, M. H., ROSA, E. (2003). Disruption of frontocerebellar circuitry and function in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27(2): 301–309.
83. DALMIŞ, A., KOÇUK, N., AKVARDAR, Y. (2010). Alkol Bağımlılığında Biyomedikal Görüşler, Genetik, Görüntüleme, Marker Belirleme Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 3(3): 48-

- 53.
84. DONOHUE, T. M. (2007). Alcohol-induced steatosis in liver cells. *World Journal of Gastroenterology*. 13(37): 4974.
 85. SEITZ, H. K., PÖSCHL, G. (1997). The role of gastrointestinal factors in alcohol metabolism. *Alcohol and Alcoholism*. 32(5): 543-549.
 86. SEITZ, H. K., EGERER, G., ONETA, C., KRÄMER, S., SIEG, A., KLEE, F., SIMANOWSKI, U. A. (1996). Alcohol dehydrogenase in the human colon and rectum. *Digestion*. 57(2): 105-108.
 87. POULOSE, B., SRINIVASAN, K. (2009). High risk behaviours following alcohol use in alcohol dependent men.
 88. CARGIULO, T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American journal of health-system pharmacy*, 64.
 89. ADACHI, M., BRENNER, D. A. (2006). Clinical syndromes of alcoholic liver disease. *Digestive Diseases*. 23(3-4): 255-263.
 90. MUTLUER, T., BOZKURT, H., COŞKUN, M., ZOROĞLU, S. S. (2013). Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Current Review of the Literature. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 20(1): 47-56.
 91. MANDERSCHIED, R. W., HENDERSON, M. J. (Eds.). (1999). *Mental Health, United States, 1998*. DIANE Publishing.
 92. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2002). Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2003). A national call to action: Eliminating the use of seclusion and restraint.
 93. WEST, J. R., CHEN, W.-J. A. PANTAZIS, N. J. (1994). Fetal alcohol syndrome: the vulnerability of the developing brain and possible mechanisms of damage. *Metabolic brain disease*. 9(4): 291–322.
 94. MILLER, M., ISRAEL, J., CUTTONE, J. (1981). Fetal alcohol syndrome. *Journal of pediatric ophthalmology and strabismus*. 18(4): 6-9.
 95. JAIN, A. M. (1999). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency medicine clinics of North America*. 17(3): 575-593.
 96. SICHER, P., LEWIS, O., SARGENT, J., CHAFFIN, M., FRIEDRICH, W. N., CUNNINGHAM, N., VILLANI, V. S. (2000). Developing child abuse

- prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39(5): 660-667.
97. KEMPE, C. H., SILVERMAN, F. N., STEELE, B. F., DROEGEMUELLER, W., SILVER, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 9(2): 143-154.
98. BERNET, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(3): 423-442.
99. PRESSEL, D. M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. *American family physician*. 61(10): 3057-3064.
100. ARAL, N., GÜRSOY, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 151(5).
101. Polat, O. (1998). Çocuk istismarı nedir? Çocuk Forumu, 1(1), 1–31.
102. ASSOCIATION, A. P. (1996). APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV.
103. ZEYTİNOĞLU, S. (1991). 'Sağlık, sosyal Hizmet. Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüşleri"Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocuk istismarı ve ihmali, Ankara.
104. GÜLER, N., UZUN, S., BOZTAŞ, Z., AYDOĞAN, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 24(3): 128-134.
105. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2009). Administration on Children, Youth and Families Child Maltreatment 2007. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
106. DUBOWITZ, H. (2002). Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*. 23(6): 191-196.
107. TERCIER, A. (1998). Child abuse. *Emergency Medicine*, 4, 1108–1118.
108. BETHEA, L. (1999). Primary prevention of child abuse. *American Family*

- Physician*. 59(6): 1577-85.
109. THEODORE, A. D., RUNYAN, D. K. (1999). A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*. 104 (1): 168-177.
110. BERNET, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(3): 423-442.
111. MESSMAN-MOORE, T. L., BROWN, A. L. (2004). Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience?. *Child Abuse & Neglect*. 28(10): 1019-1034.
112. WANG, C. T., HOLTON, J. (2007). Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States (pp. 1-5). Chicago, IL: Prevent Child Abuse America.
113. BENDIXEN, M., MUUS, K. M., SCHEI, B. (1994). The impact of child sexual abuse—a study of a random sample of Norwegian students. *Child abuse & neglect*. 18(10): 837-847.
114. BRIERE, J., ELLIOTT, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10): 1205-1222.
115. MOLNAR, B. E., BUKA, S. L., KESSLER, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*. 91(5): 753.
116. ZOROĞLU, S. S., TÜZÜN, Ü., ŞAR, V., ÖZTÜRK, M., KORA, M. E., ALYANAK, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2(2): 69-78.
117. BİLİR, Ş., ARI, M., DÖNMEZ, N. B., GÜNEYSU, S. (1991). 4–12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. Çocuk istismarı ve ihmali, çocukların kötü muameleden korunması.

118. YARGIÇ, L. I., TUTKUN, H., ŞAR, V. (1994). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 2: 338-48.
119. YANIK, M., ÖZMEN, M., TUTKUN, H. ZOROĞLU, S. (2001). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Unutulmuş Çocukluk Çağı Travmalarını Yeniden Hatırlamanın Sıklığı. *Düşünen Adam*. 14(2): 87–94.
120. KULAK, H. (2006). Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler. İstanbul Üniversitesi.
121. YANIK, M. (2002). Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve disosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3: 140–146
122. ÖRSEL, S., KARADAĞ, H., KAHİLOĞULLARI, A. K., AKTAŞ, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12(2).
123. EVREN, C., ÖGEL, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında disosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4: 30-37.
124. BAKIM, B., KARAMUSTAFALIOĞLU, O., AKPINAR, A., TANKAYA, O., ÖZÇELİK, B., CENGİZ CEYLAN, Y., GÖNENLİ, S. (2011). Panik bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkileri. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 24(3): 182–88
125. LOCHNER, C., DU TOIT, P. L., ZUNGU, DIRWAYI, N., MARAIS, A., VAN KRADENBURG, J., SEEDAT, S., STEIN, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*. 15(2): 66-68.
126. CHU, J. A., FREY, L. M., GANZEL, B. L., MATTHEWS, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*. 156(5): 749-755.

127. SAR, V., AKYUZ, G., KUGU, N., OZTURK, E., ERTEM-VEHID, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(10): 1583-1590.
128. HERMAN-LEWIS, J. (1992). Trauma and recovery: the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. Basic Books.
129. SEMİZ, Ü. B., BAŞOĞLU, C., EBRİNÇ, S., ERGÜN, B. M., NOYAN, C. O., ÇETİN, M. (2005). Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Önçalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 15(2).
130. BULUT, I. (1996). Genç anne ve çocuk istismarı. Bizim Büro.
131. ÜNAL, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *TSA dergisi*. 1: 9-18.
132. TANER, Y., GÖKLER, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35: 82-86.
133. ERGINER, F. (2007). Opinions of primary school managers of the province of Ankara on the abuse and negligence of students by their families. Unpublished Master's Thesis, Institute of Educational Sciences, Ankara University, Ankara.
134. HORTON, C. B., CRUISE, T. K. (2001). Child abuse and neglect: The school's response. Guilford Press.
135. ÖRSEL, S., KARADAĞ, H., KAHİLOĞULLARI, A. K., AKTAŞ, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12(2).
136. TEICHER, M. H., ANDERSEN, S. L., POLCARI, A., ANDERSON, C. M., NAVALTA, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics*. 25(2): 397-426.
137. HUTCHISON, E. D. (1990). Child maltreatment: Can it be defined?. *Social Service Review*. 64(1): 60-78.
138. SCANNAPIECO, M., CONNELL-CARRICK, K. (2005). Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective. Oxford University Press on Demand.

139. ZIGLER, E., HALL, N. W. (1989). Physical child abuse in America: Past, present, and future. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, 38-75.
140. TERCAN, M. (1995). Çocuğun Anababası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Planlama Bölümü.
141. ÖZTÜRK, S. (2007). Çocuklarda duygusal istismar. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler.
142. DIKEÇLİGİL, B., ÇIĞDEM, A. (1991). TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Ankara: Bilim Serisi.
143. SİYEZ, D. M. (2003). Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması (Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
144. SWEET, J. J., RESICK, P. A. (1979). The maltreatment of children: A review of theories and research. *Journal of Social Issues*. 35(2): 40-59.
145. SAMEROFF, A. J., CHANDLER, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*. 4: 187-244.
146. CICCHETTI, D., RIZLEY, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 1981(11): 31-55.
147. CICCHETTI, D. (1991). Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of self. *Developmental Review*. 11(3): 271-287.
148. HESSE, P., CICCHETTI, D. (1982). Perspectives on an integrated theory of emotional development. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 1982(16): 3-48.
149. BOSTANCI, N., ALBAYRAK, B., BAKOĞLU, İ., ÇOBAN, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 44(2): 100-106.

150. YILMAZ, G., İŞİTEN, N., ERTAN, Ü., ÖNER, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 46(4): 295-298.
151. ZEREN, C., YENGİL, E., ÇELİKEL, A., ARIK, A., ARSLAN, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*. 39(4).
152. İH, H. (2002). Adli Tıp ve Ali Bilimler. 1. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 263-84.
153. POLAT, O. (2004). Klinik adli tıp. Seçkin Yayıncılık. 1, 85-131.
154. PELCOVITZ, D., KAPLAN, S. J., ELLENBERG, A., LABRUNA, V., SALZINGER, S., MANDEL, F., WEINER, M. (2000). Adolescent physical abuse: Age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of Family Violence*. 15(4): 375-389.
155. KAPLAN, S. J., PELCOVITZ, D., LABRUNA, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 38(10): 1214-1222.
156. KAPLAN, S. (1996). Physical abuse and neglect. *Child and adolescent psychiatry*. 1033-1040.
157. TOPBAŞ, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 3(4): 76-80.
158. STRAUS, M. A., GELLES, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*. 465-479.
159. KARA, B., BIÇER, Ü., GÖKALP, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 47(2): 140-51.
160. BILLMIRE, M. E., MYERS, P. A. (1985). Serious head injury in infants: accident or abuse?. *Pediatrics*. 75(2): 340-342.
161. KAIRYS, S. W., ALEXANDER, R. C., BLOCK, R. W., EVERETT, V. D., HYMEL, L. C., JENNY, C., HURLEY, T. P. (2001). Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries-technical Report. *Pediatrics*. 108(1): 206-210.

162. TURHAN, E., SANGÜN, Ö., İNANDI, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 15(9): 153-157.
163. PELENDECIOĞLU, B., BULUT, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
164. YILMAZ IRMAK, T. (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler (Doctoral dissertation, Ege Üniversitesi).
165. TIRAŞÇI, Y., GÖREN, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*. 34(1): 70-74.
166. DEMIRKAPI, E. Ş. (2014). Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi).
167. AKSOY, A., ÖGEL, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4(4): 226-236.
168. LIVINGSTON, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 26(3): 413-415.
169. LEWIS, M. E. (2002). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
170. AYAN, S. (2007). Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8(3): 206-214.
171. PAAVILAINEN, E., TARKKA, M. T. (2003). Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nursing*. 20(1): 49-55.
172. POLAT, O. (2000). Çocuk istismarı. *Adli Tıp, Der Yayınevi*. (290), 207–231.
173. KULAKSIZOĞLU, A. Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul: 2000. KUZGUN, Yıldız. “Sosyo-Ekonomik Düzey ve Psikolojik İhtiyaçlar”, AÜ Eğitim.
174. POLAT, O. (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. Seçkin.
175. FERGUSSON, D. M., LYNSKEY, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child abuse & neglect*. 21(7): 617-630.

176. AYDIN, O. (2003). 18-25 yaş grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yaşantısının incelenmesi.
177. KULAKSIZOĞLU, A. Adolescent Psychology, Remzi. (In Turkish), İstanbul: 1998.
178. YAVUZER, H. (2004). Ana baba ve çocuk, Remzi Kitabevi, 7. Baskı, İstanbul.
179. BUTCHART, A., HARVEY, A. P., MIAN, M., FURNISS, T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.
180. BAHAR, G., SAVAŞ, H. A., BAHAR, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 4(12): 51-65.
181. NURCOMBE, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34(1): 85-91.
182. FRIEDRICH, W. N., FISHER, J. L., DITTNER, C. A., ACTON, R., BERLINER, L., BUTLER, J., WRIGHT, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child maltreatment*. 6(1): 37-49.
183. TAHIROĞLU, A. Y., AVCI, A., ÇEKİN, N. (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9(1): 1-7.
184. FINKELHOR, D., MOORE, D., HAMBY, S. L., STRAUS, M. A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child abuse & neglect*. 21(1): 1-9.
185. SHAPIRO, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*.
186. ZARA, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*. 7(13): 103-113.
187. TYLER, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*. 7(6): 567-589.
188. BRUFFAERTS, R., DEMYTTENAERE, K., BORGES, G., HARO, J. M., CHIU, W. T., HWANG, I., ANDRADE, L. H. (2010). Childhood adversities

- as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*. 197(1): 20-27.
189. ÇELİK, Ç. B. (2010). Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı örselenme yaşantılarının kendilik algısı ve boyun eğici davranışlar üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
190. ARAGONA, J. A., EYBERG, S. M. (1981). Neglected children: Mothers' report of child behavior problems and observed verbal behavior. *Child Development*. 596-602.
191. SHIPMAN, K., EDWARDS, A., BROWN, A., SWISHER, L., JENNINGS, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect*. 29(9): 1015-1029.
192. GÜLEÇ, H., TOPALOĞLU, M., ÜNSAL, D., ALTINTAŞ, M. (2012). Violence as a vicious cycle. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 4(1): 112-137.
193. WARK, M. J., KRUCZEK, T., BOLEY, A. (2003). Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse & Neglect*. 27(9): 1033-1043.
194. GÜLER, N., UZUN, S., BOZTAŞ, Z., AYDOĞAN, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 24(3): 128-134.
195. ALIKASIFOGLU, M., ERGINOZ, E., ERCAN, O., ALBAYRAK-KAYMAK, D., UYSAL, O., ILTER, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*. 30(3): 247-255.
196. ESKIN, M., KAYNAK-DEMİR, H., DEMİR, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of sexual behavior*. 34(2): 185-195.
197. THOMPSON, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*. 59(23): 25-52.

198. THOMPSON, R. A., CALKINS, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*. 8(01): 163-182.
199. OCHSNER, K. N., GROSS, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*. 9(5): 242-249.
200. GROSS, J. J., THOMPSON, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
201. GROSS, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 2(3): 271.
202. SCHUTTE, N. S., MANES, R. R., MALOUFF, J. M. (2009). Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology*. 28(1): 21-31.
203. GROSS, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 39(3): 281-291.
204. BERKING, M., WUPPERMAN, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*. 25(2): 128-134.
205. KASSEL, J. D., BORNOVALOVA, M., MEHTA, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour research and therapy*. 45(5): 939-950.
206. GILBERT, P., BALDWIN, M. W., IRONS, C., BACCUS, J. R., PALMER, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 20(2): 183-200.
207. BERKING, M., MARGRAF, M., EBERT, D., WUPPERMAN, P., HOFMANN, S. G., JUNGHANNS, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 79(3): 307.

208. RUDE, S., GORTNER, E. M., PENNEBAKER, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition & Emotion*. 18(8): 1121-1133.
209. HONKALAMPI, K., SAARINEN, P., HINTIKKA, J., VIRTANEN, V., VIINAMÄKI, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and psychosomatics*. 68(5): 270-275.
210. EHRING, T., TUSCHEN-CAFFIER, B., SCHNÜLLE, J., FISCHER, S., GROSS, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*. 10(4): 563.
211. THAYER, J. F., ROSSY, L. A., RUIZ-PADIAL, E., JOHNSEN, B. H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3): 349-364.
212. MENNIN, D. S., HEIMBERG, R. G., TURK, C. L., FRESCO, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 43(10): 1281-1310.
213. TULL, M. T., STIPELMAN, B. A., SALTERS-PEDNEAULT, K., GRATZ, K. L. (2009). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(2): 275-282.
214. CISLER, J. M., OLATUNJI, B. O., FELDNER, M. T., FORSYTH, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 32(1): 68-82.
215. TULL, M. T., BARRETT, H. M., MCMILLAN, E. S., ROEMER, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*. 38(3): 303-313.

216. CLOITRE, M., MIRANDA, R., STOVALL-MCCLOUGH, K. C., HAN, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*. 36(2): 119-124.
217. CLOITRE, M., KOENEN, K. C., COHEN, L. R., HAN, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*. 70(5): 1067.
218. BAKER, T. B., PIPER, M. E., MCCARTHY, D. E., MAJESKIE, M. R., FIORE, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*. 111(1): 33.
219. WILLINGER, U., LENZINGER, E., HORNIK, K., FISCHER, G., SCHÖNBECK, G., ASCHAUER, H. N., MESZAROS, K. (2002). Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*. 37(6): 609-612.
220. FALK, D. E., YI, H. Y., HILTON, M. E. (2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug and alcohol dependence*. 94(1): 234-245.
221. LÓPEZ, J. F., AKIL, H., WATSON, S. J. (1999). Neural circuits mediating stress. *Biological psychiatry*. 46(11): 1461-1471.
222. KARAGÖZ, B. (2010). Alkol veya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi: çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
223. CORSTORPHINE, E., MOUNTFORD, V., TOMLINSON, S., WALLER, G., & MEYER, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating behaviors*. 8(1): 91-97.
224. SVALDI, J., CAFFIER, D., TUSCHEN-CAFFIER, B. (2010). Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with

- binge eating disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 79(3): 188-190.
225. CARANO, A., DE BERARDIS, D., GAMBI, F., DI PAOLO, C., CAMPANELLA, D., PELUSI, L., COTELLESA, C. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 39(4): 332-340.
226. BYDLOWSKI, S., CORCOS, M., JEAMMET, P., PATERNITI, S., BERTHOZ, S., LAURIER, C., CONSOLI, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 37(4): 321-329.
227. HARRISON, A., SULLIVAN, S., TCHANTURIA, K., TREASURE, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*. 16(4): 348-356.
228. WOLFF, S., STIGLMAYR, C., BRETZ, H. J., LAMMERS, C. H., AUCKENTHALER, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 46(3): 347-360.
229. LEIBLE, T. L., SNELL, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*. 37(2): 393-404.
230. WUPPERMAN, P., NEUMANN, C. S., WHITMAN, J. B., AXELROD, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease*. 197(10): 766-771.
231. NIEDTFELD, I., SCHULZE, L., KIRSCH, P., HERPERTZ, S. C., BOHUS, M., SCHMAHL, C. (2010). Affect regulation and pain in borderline personality disorder: a possible link to the understanding of self-injury. *Biological psychiatry*. 68(4): 383-391.
232. NEMIAH, J. C., SIFNEOS, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*. 18 (6): 154-160.
233. TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., PARKER, J. D. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press.

234. WALLER, E., SCHEIDT, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International review of psychiatry*. 18(1): 13-24.
235. SUBIC-WRANA, C., BEUTEL, M. E., KNEBEL, A., LANE, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*. 72(4): 404-411.
236. LUMLEY, M. A., STETTNER, L., WEHMER, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*. 41(6): 505-518.
237. DE GUCHT, V., HEISER, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*. 54(5): 425-434.
238. WOLFE, D. A., SCOTT, K., WEKERLE, C., PITTMAN, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(3): 282-289.
239. SHIPMAN, K. L., SCHNEIDER, R., FITZGERALD, M. M., SIMS, C., SWISHER, L., EDWARDS, A. (2007). Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-maltreating Families: Implications for Children's Emotion Regulation. *Social Development*. 16(2): 268-285.
240. BILIM, G. (2012). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişiler Arası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
241. STOCKWELL, T., MURPHY, D., HODGSON, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Addiction*. 78(2): 145-155.
242. PARKER, R. (2008). Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ).
243. AKYEL, B., ALDEMİR, E. VE ALTINTOPRAK, E. (2015). Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*. 90(12): 33-34.

244. BERNSTEIN, D. P., STEIN, J. A., NEWCOMB, M. D., WALKER, E., POGGE, D., AHLUVALIA, T., ZULE, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 27(2): 169-190.
245. ŞAR, V., ÖZTÜRK, P. E., & İKİKARDEŞ, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 32(4): 1054-1063.
246. RUGANCI, R. N., GENÇÖZ, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 66(4): 442-455.
247. KAVCIOĞLU, F. C. VE GENÇÖZ, T. (2011). Psychometric characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in a Turkish sample: New suggestions. Unpublished raw data.
248. ISIKLI, S., IRAK, M. (2002). Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. *Türk Psikologlar Derneği*. 4: 55-65.
249. MIRSAL, H., KALYONCU, A., PEKTAŞ, Ö., TAN, D., BEYAZYÜREK, M. (2004). Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*. 39(2): 126-129.
250. ABAY, E., ATEŞ, İ. (2001). Bağımlılığın genetiği. *Bağımlılık Dergisi*. 2(2): 68-70.
251. SADOCK, B. J. (2000). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins. p:953-971
252. CHASSIN, L., ROGOSCH, F., BARRERA, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of abnormal psychology*. 100(4): 449.
253. KANDEL, D. B., ANDREWS, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*. 22(4): 319-342.
254. ENOCH, M. A., HODGKINSON, C. A., YUAN, Q., SHEN, P. H., GOLDMAN, D., ROY, A. (2010). The influence of GABRA2, childhood

- trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence. *Biological psychiatry*. 67(1): 20-27.
255. NELSON, E. C., HEATH, A. C., LYNSKEY, M. T., BUCHOLZ, K. K., MADDEN, P. A., STATHAM, D. J., MARTIN, N. G. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*. 36(10): 1473-1483.
256. ROTHMAN, E. F., EDWARDS, E. M., HEEREN, T., HINGSON, R. W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 122(2): 298-304.
257. SHIN, S. H., EDWARDS, E. M., HEEREN, T. (2009). Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive behaviors*. 34(3): 277-280.
258. WU, N. S., SCHAIRER, L. C., DELLOR, E., GRELLA, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive behaviors*. 35(1): 68-71.
259. FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., MARKS, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal Of Preventive Medicine*. 14(4): 245-258.
260. KHANTZIAN, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*. 4(5): 231-244.
261. KHANTZIAN, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*. 10(9): 47-54.
262. HYMAN, S. M., GARCIA, M., SINHA, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 32(4): 655-664.

263. MORAN, P. B., VUCHINICH, S., HALL, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child abuse & neglect*. 28(5): 565-574.
264. AKFERT, S. K., ÇAKICI, E., ÇAKICI, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10(40): 40-47.
265. MACMILLAN, H. L., FLEMING, J. E., STREINER, D. L., LIN, E., BOYLE, M. H., JAMIESON, E., BEARDSLEE, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 158(11): 1878-1883.
266. FRIAS-ARMENTA, M. (2002). Long-term effects of child punishment on Mexican women: A structural model. *Child abuse & neglect*. 26(4): 371-386.
267. AFIFI, T. O., BROWNRIDGE, D. A., COX, B. J., SAREEN, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse & neglect*. 30(10): 1093-1103.
268. CAETANO, R., FIELD, C. A., NELSON, S. (2003). Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*. 18(3): 240-257.
269. BARNES, G. M., REIFMAN, A. S., FARRELL, M. P., DINTCHEFF, B. A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: a Six-Wave latent growth model. *Journal of Marriage and Family*. 62(1): 175-186.
270. CLARK, D. B., NEIGHBORS, B. D., LESNICK, L. A., LYNCH, K. G., DONOVAN, J. E. (1998). Family functioning and adolescent alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology*. 12(1): 81.
271. STEINBERG, L., FLETCHER, A., DARLING, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*. 93(6): 1060-1064.
272. WOOD, M. D., READ, J. P., MITCHELL, R. E., BRAND, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement

- among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*. 18(1): 19.
273. PUR, İ. G. (2009). Cinematherapy for alcohol dependent patients (Doctoral dissertation, Middle East Technical University).
274. YILMAZ, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: risk faktörleri ve çocukların psikososyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(1): 63-79.
275. BREMS, C., JOHNSON, M. E., NEAL, D., FREEMON, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 30(4): 799-821.
276. ZIERLER, S., FEINGOLD, L., LAUFER, D., VELENTGAS, P., KANTROWITZ-GORDON, I., MAYER, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American journal of public health*. 81(5): 572-575.
277. KALYONCU, Ö. A. (2010). Alkol Bağımlılığı ve Psikiyatrik Bozuklukların Komorbiditesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 3(3): 59-67.
278. JACOBSON, C. M., GOULD, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: *A critical review of the literature*. *Archives of Suicide Research*. 11(2): 129-147.
279. YEO, H. M., YEO, W. W. (1993). Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse?. *Archives of emergency medicine*. 10(3): 161-166.
280. GLASSMAN, L. H., WEIERICH, M. R., HOOLEY, J. M., DELIBERTO, T. L., NOCK, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*. 45(10): 2483-2490.
281. WIDOM, C. S., MORRIS, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological assessment*. 9(1): 34.

282. DAVIS, T. M., WOOD, P. S. (1999). Substance abuse and sexual trauma in a female veteran population. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 16(2): 123-127.
283. BERKING, M., MARGRAF, M., EBERT, D., WUPPERMAN, P., HOFMANN, S. G., JUNGHANNS, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 79(3): 307.
284. GROSS, J. J., JOHN, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 85(2): 348.
285. WATT, M., STEWART, S., BIRCH, C., BERNIER, D. (2006). Brief CBT for high anxiety sensitivity decreases drinking problems, relief alcohol outcome expectancies, and conformity drinking motives: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Mental Health*. 15(6): 683-695.
286. REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L., GOODWIN, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*. 264(19): 2511-2518.
287. SCHNEIDER, U., ALTMANN, A., BAUMANN, M., BERNZEN, J., BERTZ, B., BIMBER, U. E. E. A., DEGKWITZ, P. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol and alcoholism*. 36(3): 219-223.
288. KESSLER, R. C., RUBINOW, D. R., HOLMES, C., ABELSON, J. M., ZHAO, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological medicine*. 27(05): 1079-1089.
289. BEHAR, D., WINOKUR, G., BERG, C. J. (1984). Depression in the abstinent alcoholic. *American Journal of Psychiatry*. 141(9): 1105-1107.
290. BERNADT, M. W., MURRAY, R. M. (1986). Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: what are the links?. *The British Journal of Psychiatry*. 148(4): 393-400.

291. WEISSMAN, M. M. (1988). The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. *Journal of Psychiatric Research*. 22: 99-114.
292. KRYSTAL, J. H., DEUTSCH, D. N., CHARNEY, D. S. (1995). The biological basis of panic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 57: 23-31.
293. CLAY, S. W., ALLEN, J., PARRAN, T. (2008). A review of addiction. *Postgraduate medicine*. 120(2): 1-7.
294. CRUM, R. M., PRATT, L. A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*. 158(10): 1693-1700.
295. THOMAS, S. E., RANDALL, C. L., CARRIGAN, M. H. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27(12): 1937-1943.
296. CLURE, C., BRADY, K. T., SALADIN, M. E., JOHNSON, D., WAID, R., RITTENBURY, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 25(3): 441-448.
297. BIEDERMAN, J., WILENS, T. E., MICK, E., FARAONE, S. V., SPENCER, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?. *Biological psychiatry*. 44(4): 269-273.
298. DOWNEY, K. K., STELSON, F. W., POMERLEAU, O. F., GIORDANI, B. (1997). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *The Journal of nervous and mental disease*. 185(1): 32-38.
299. VERHEUL, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*. 16(5): 274-282.
300. VERHEUL, R., VAN DEN BRINK, W., HARTGERS, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*. 1(4): 166-177.
301. ROUNSAVILLE, B. J., KRANZLER, H. R., BALL, S., TENNEN, H., POLING, J., TRIFFLEMAN, E. (1998). Personality disorders in substance

- abusers: relation to substance use. *The Journal of nervous and mental disease*. 186(2): 87-95.
302. CACCIOLA, J. S., ALTERMAN, A. I., MCKAY, J. R., RUTHERFORD, M. J. (2001). Psychiatric comorbidity in patients with substance use disorders: Do not forget Axis II disorders. *Psychiatric Annals*. 31(5): 321-331.
303. TRULL, T. J., SHER, K. J., MINKS-BROWN, C., DURBIN, J., BURR, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*. 20(2): 235-253.
304. DRIESSEN, M., VELTRUP, C., WETTERLING, T., JOHN, U., DILLING, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22(1): 77-86.



8 EKLER

EK 1

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU				
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:

- 1. Çalışmanın adı: Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı alan Kişilerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Klinik Özelliklerle olan İlişkinin Değerlendirilmesi: Kontrollü Kesitsel bir Çalışma**
- 2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**
- 3. - Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD: 0286 262 01 03 Dahili (2125-2113)
-Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD : 0286 262 01 03 Dahili (3325)**
- 4. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:** Alkol kullanım bozukluğu etiyopatogenezi genetik, psikolojik ve çevresel birçok etkenle ilişkilidir. Bu çevresel ve psikolojik faktörler arasında çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü yer alır. Amacımız bu faktörlerin klinik özellikler ile olan ilişkisinin araştırılmasıdır.
- 5. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?** Alkol kullanım bozukluğu hastalığınız olduğu için sizinle görüşme istedik.
- 6. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?** Araştırmaya katılmak ya da bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. Araştırmadan ayrılmak için Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN' i sözel olarak bilgilendirmeniz yeterlidir.
- 7. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**
Katılmayı kabul ettiğinizde sizinle 30 dakika süren bir görüşme yapılacaktır. Daha sonra doldurmanız için sorulardan oluşan formlar verilecektir.
- 8. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**
Bu çalışmaya katılarak bireysel veya toplumsal olarak hiçbir zarar görmeyeceksiniz. Sizden hiçbir maddi talepte bulunulmayacaktır.
- 9. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?** Alkol kullanım bozukluğu hastalığınızla ilişkili olabilecek etkenler hakkında bilgi sahibi olabileceksiniz.
- 10. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**
Araştırmaya katılmanız durumunda herhangi bir masrafınız olmayacak, maddi bir bedel ödemeyeceksiniz.
- 11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**
Kimlik bilgileriniz ve araştırma sonuçlarımız Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN tarafından kayıt altına alınacak ve gizli tutulacaktır.
- 12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**
İsteğiniz doğrultusunda Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN tarafından gerekli bilgiler verilecektir.
- 13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**
Araştırma sonuçlarımız kayıt altına alınacak, bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda, uzmanlık tezinde ve kongre bildirilerinde kullanılacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Arş. Gör. Dr. Atila GÜRGEN' den bilgi alabilirsiniz.
Telefon: 0286 263 5951- 2113
E-mail: atilagurgen@comu.edu.tr

15. Teşekkür:
Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı alan Kişilerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Klinik Özelliklerle olan İlişkinin Değerlendirilmesi: Kontrollü Kesitsel bir Çalışma		
	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

OLGU NO:

ADI SOYADI:

YAŞ:.....

TELEFON- ADRES:

YAŞADIĞI YER: 1)İL MERKEZİ 2)İLÇE 3)KASABA 4)KÖY

MESLEK: 1) ÇALIŞIYOR 2) ÇALIŞMIYOR 3) EMEKLİ

CİNSİYET: 1) KADIN 2) ERKEK

MEDENİ DURUMU: 1) EVLİ 2) BEKAR 3)EŞİNDEN AYRILMIŞ

AYLIK GELİRİ..... TL

EĞİTİM DURUMU:(YIL).....

ALKOL KULLANIM SÜRESİ:..... YIL

ALKOL KULLANIM MİKTARI:..... BİRİM/ HAFTA

AYIKLIK SÜRESİ:.....

EN UZUN REMİSYON SÜRESİ:

ALKOL KULLANIM TİPİ: 1)TİP1 2) TİP2

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU ŞİDDETİ: 1)HAFİF 2)ORTA 3)AĞIR

TEDAVİ UYUMU:

HASTANEDE (PSİKİYATRİK) YATIŞ ÖYKÜSÜ: 1) YOK 2) VAR
VARSA SAYISI

YATIŞ ÖYKÜSÜ VARSA SAYISI:.....

EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR:.....

YAŞAM BOYU PSİKİYATRİK HASTALIK:.....

İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR

VARSA İNTİHAR GİRİŞİM SAYISI:.....

YAŞAM BOYU MADDE KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR

MADDE KULLANIMI SÜRESİ:.....AY

SİGARA KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR

VARSA SİGARA KULLANIMI:..... PAKET YIL

ADLİ SORUN YAŞAMA ÖYKÜSÜ:

AİLEDE ALKOL-MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ:1)YOK 2)VAR

DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ SKORU:

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ SKORU:

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU ŞİDDET ÖLÇEĞİ SKORU:



EK 3

ALKOL BAĞIMLILIĞI ŞİDDETI ÖLÇEĞİ (SADQ-C)

OLGU NO: _____ DOĞUM TARİHİ: ____/____/____

MERKEZ:

CİNSİYET: Erkek / Kadın

TARİH:

Lütfen son 6 aydaki tipik bir ağır içici olduğunuz dönemi düşünün.

Bu dönem ne zamandı? Ay:.....Yıl:.....

Lütfen alkol alımınız hakkındaki aşağıdaki tüm soruları sizin için en uygun yanıtı daire içine alarak cevaplayın.

Ağır içtiğiniz o dönem boyunca

1. Alkol aldığım günün ertesinde, terlemiş olarak uyanırdım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

2. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah hissettiğim ilk şey ellerimin titremesi olurdu.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

3. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah alkol almazsam bütün vücudum şiddetle titrerdi.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

4. Alkol aldığım günün ertesinde, terden sıırıslıklam olmuş vaziyette uyanırdım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

5. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah uyanmaktan korkardım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

6. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandıktan hemen sonra insanlarla bir araya gelmekten korkardım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

7. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandığım da kendimi çaresizliğin sınırında hissederdim.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

8. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandığım da çok korkmuş hissederdim.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

9. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah alkollü bir içecek içmek isterdim.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

10. Alkol aldığım günün ertesinde, mümkün olduğunca kısa sürede birkaç alkollü içkiyi ardı ardına içtim.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

11. Alkol aldığım günün ertesinde, titremelerden kurtulmak için sabahları daha fazla alkol alırdım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

12. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah uyandığımda alkollü bir içki almak için çok güçlü bir ihtiyaç duyardım.

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

13. Bir günde bir şişe alkollü içkinin (rakı, cin, viski vb.) dörtte birinden (çeyreğinden) fazlasını içtim (1 şişe şarap ya da 7 şişe bira).

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

14. Bir günde bir şişe alkollü içkinin (rakı, cin, viski vb.) yarısından fazlasını içtim (2 şişe şarap ya da 15 şişe bira).

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

15. Bir günde bir şişe alkollü içkiden (rakı, cin, viski vb.) fazlasını içtim (4 şişe şarap ya da 30 şişe bira).

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

16. Bir günde iki şişe alkollü içkiden (rakı, cin, viski vb.) fazlasını içtim (8 şişe şarap ya da 60 bira).

NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN BAZEN SIKLIKLA HEMEN HEMEN HER ZAMAN

Aşağıdaki durumları zihninizde canlandırın:

1. Birkaç haftadır hiç alkol almamışsınız.
2. Bunun ardından 2 gün boyunca yoğun bir şekilde içtiniz.

Yoğun olarak içtiğiniz o iki günün ardından, ertesi sabah kendinizi nasıl hissedersiniz?

17. Terlemeye başladım.

HİÇ HAFİF ORTA DERECEDE OLDUKÇA FAZLA

18. Ellerim titrerdi.

HİÇ HAFİF ORTA DERECEDE OLDUKÇA FAZLA

19. Vücudum titrerdi.

HİÇ HAFİF ORTA DERECEDE OLDUKÇA FAZLA

20. İçmek için yoğun bir isteğim olurdu.

HİÇ HAFİF ORTA DERECEDE OLDUKÇA FAZLA

EK 4

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5

23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5



EK 5

DDGÖ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyguladığını altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümle için altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
	Hemen hemen her zaman (%0 - %10)	Bazen (%11 - %35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36 - %65)	Çoğu zaman (%66 - %90)	Hemen hemen (%91 - %100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğime işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguya sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıkışım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürülebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

30 Dakikalık Tanısal Görüşme

Aşağıdaki görüşme taslağı, görüşmenin takip eden bölümüne ayrılan zamanı (boldface yazı karakteri), görüşmeciye yönergeler (roman yazı karakteri) ve görüşmecinin soracağı soruları (italik yazı karakteri) içermektedir.

1. Dakika

Kişiye kendinizi tanıtırın, nasıl hitap edilmesini istediğini sorun, ne kadar görüşeceğiniz ve ne yapacağınızla ilgili beklentileri belirleyin.

Daha sonra ***Neden psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyduğunuzu*** sorun.

2-4. Dakikalar

Dinleyin. Kişinin kesintisiz konuşması mental durumu hakkında çok fazla bilgi verirken anamnez almak ve işbirliği kurmak konusunda da yol göstericidir. Soru sorarak başlamak, sözünü kesmek yaygın bir uygulama olsa da, deneyimledikçe göreceksiniz ki, kişinin sözünü kesmeden konuşmasına izin vermek, sorularınızla edineceğiniz bilgiden daha fazlasını vermektedir.

Hastalığın doğasına bağlı olarak, bazı insanlar bu zamanı doğru değerlendirebilecek durumda olmazlar, bu da onların ruhsal durum ve sıkıntıları hakkında dikkate değer bir bilgi ortaya çıkarır. Kişi kendiliğinden konuşacak durumda değilse, kalıp sorular kullanarak mevcut hastalık hakkında öykü almaya devam edebilirsiniz.

İzlenimlerinizi not edin

5-12. Dakikalar

O sıradaki hastalığın Öyküsü.

6. bölümde işlenen "DSM-5 Tanısal Görüşme" ve 7. bölümde özetlenen "DSM-5 Kısa Versiyon" da olduğu gibi, sorularınız DSM-5 ölçütlerine uygun olmalıdır.

Ayrıca "***Neden şimdi***" sorusuyla hastalığın görünümünün son zamanlarına ve bu dönemde neyin değiştiğine odaklanılmalıdır.

Böyle sorarak şimdi başvurmasına sebep olan olayları araştırmamız gerekir.

Şu andaki sıkıntısı ne zaman başladı?

En son ne zaman kendisini duygusal olarak iyi hissetti?

Duruma ilişkin; yatkınlaştıncı, durumu devam ettiren ya da hafifletici olayları belirleyebiliyor mu?

Psikososyal işlevselliğini etkileyen düşünce ve davranışları nelerdir?

Şu anki işlevsellik düzeyini nasıl değerlendiriyor ve günler, haftalar, aylar öncesinden ne kadar farklı buluyor?

Geçmiş psikiyatrik öykü.

Belirtileri ilk ne zaman başladı?

İlk tedavi arayışı ne zamandı?

Hiç tam düzelme hali oldu mu?

Hiç hastanede yattınız mı? Evetse, kaç kez? Yatışın sebebi neydi? Ne kadar süre hastanede kaldınız?

Ruh sağlığınız için ayaktan tedavi gördünüz mü?

Herhangi bir ruhsal hastalık için ilaç alıyor musunuz? En çok hangi ilaçlar faydalı olmuştur?

Herhangi bir ilaçla yan etki yaşadınız mı?

Eski ilaçlarınızı kesme sebebiniz neydi?

Her bir ilacı ne sürede ve ne sıklıkta aldınız?

Şu an kullandığınız (reçetesiz satılan ve bitkisel ilaçlar da dahil olmak üzere ilaçların adını, dozunu ve günlük kaç doz aldığınızı biliyor musunuz?

Hiç elektrokonvülsif terapi veya enjeksiyon şeklinde tedavi aldınız mı?

Güvenlik.

Öğrenciler ve asistanlar bu soruları sorarken rahatsızlık hissedebilirler. Hatta belki, insanları üzdüklerini, onların kendilerine veya başkalarına zarar verme yolları hakkında fikir verdiklerinden endişe duyabilirler. Bu korkular büyük ölçüde yersizdir ve yineleyen uygulamalar ile bu soruların sormanın çok daha kolaylaştığını göreceksiniz. Etraflı bir risk değerlendirmesi için, geçmiş öyküsünde kendisine ve çevresine şiddet uygulamış olup olmadığı sorulmalıdır, unutulmamalıdır ki; gelecekteki davranışın en büyük belirleyicilerinden biri geçmişteki davranışlardır.

Kendinize zarar vermeye ilişkin sık sık düşünür müsünüz?

Hiç özkıyım girişiminiz oldu mu?

Kaç kez girişimde bulundunuz?

Ne şekilde yaptınız?

Bu girişimden sonra psikiyatrik tedavi veya ilaç tedavisi aldınız mı? ,

Sinirlendiğinizde insanlara, hayvanlara veya eşyalara zarar verdiğiniz, sözel veya fiziksel tehdit oluşturduğunuz oldu mu?

Hiç insanlara veya hayvanlara karşı saldırganlaştığınız, eşyaları tahrip ettiğiniz, diğer insanları aldattığınız veya eşya çaldığınız oldu mu?

13-17. Dakikalar

Sistem değerlendirmesi.

Sistemlerin psikiyatrik değerlendirmesi, şu anki hastalığın öyküsünde ortaya çıkarmadığınız, sık rastlanan psikiyatrik belirtilere kısa genel bir bakıştır. Kişinin bu sorulara olumlu cevap vermesi durumunda, 6 . bölümde modellendiği gibi, DSM 5 ölçütlerini kullanarak daha fazla araştırmak gerekir.

DUYGUDURUM.

Hiç hüzünlü, kederli, çökkün, kolay öfkelenir hissettiğiniz oldu mu?

Zevk alarak yaptığınız şeylerden daha az zevk aldığınız veya onlara ilginizi kaybettiğiniz oldu mu?

Çökkünlüğün tersine, en az birkaç gün süren normalden fazla olduğunu düşündüğünüz, çok neşeli ya da çok mutlu hissettiğiniz zamanlar oldu mu? (Bak. "Depresyon Bozukluktan" ya da İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar" Bölüm 6).

PSİKOZ.

Diğer insanların görmediği görüntüler veya başka şeyler gördüğünüz oldu mu?

Diğer insanların duymadığı sesler, sözler ya da gürültüler duyduğunuz oldu mu?

Hiç diğer insanların sizi takip ettikleri ya da bir şekilde size zarar vermeye çalıştıkları hissine kapıldınız mı?

Hiç başka insanların zihinlerini okuma gibi özel güçleriniz olduğunu düşündünüz mü?

Hiç radyo dinlerken veya televizyon izlerken sizin hakkınızda konuştuklarını düşündünüz mü? (Bak. "Şizofreni Açılımı ve Diğer Psikotik Bozukluklar" Bölüm 6).

KAYGI.

Geçtiğimiz birkaç ay boyunca sık sık birkaç şey için endişe ettiniz mi?

Endişeyi durdurmak veya kontrol etmek sizin için zor oldu mu?

Belirli nesnelere, yerlere ya da toplumsal durumlar karşısında çok endişeli hissettiniz mi?

Açıkça beklenmedik bir durumda, sebep yokken, yoğun bir korku, panik hali ya da endişe hissettiniz mi?

Tekrarlayan panik atakları yaşadınız mı? (Bak. "Kaygı Bozuklukları" Bölüm 6).

TAKINTI VE ZORLANTILAR.

Sıklıkla istemediğiniz halde, dürtü, düşünce ya da imgelerin aklınıza girdiği olur mu?

Bu istenmeyen görüntüler, düşünceler ve dürtülerle ilgili sıkıntıyı azaltmak veya önlemek için, yapmak zorunda kaldığınız fiziksel eylemler oldu mu? (Bak. "Saplantı Zorlantı ve ilişkili Bozukluk-lar" Bölüm 6).

ÖRSELENME.

Başınıza gelen en kötü şey nedir?

Hayatınızda hiç çok kötü yaralandığınız veya ölümcül bir tehlike yaşadığınız ya da başkasının başına gelen böyle bir olaya tanıklık ettiğiniz oldu mu?

Böyle bir durum başınıza gelmediği halde yaşayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

Size çok kişisel bir soru soracağım, rahatsızlık hissederseniz lütfen bana söyleyin; hiç duygusal, fiziksel ya da cinsel bir istismara uğradınız mı? (Bak. "Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" Bölüm 6).

ÇÖZÜLME.

Herkes bazen hatırlamakta güçlük yaşar, ancak hiç kendiniz hakkında önemli ayrıntıları unuttuğunuz ya da belirli bir zaman aralığını hatırlayamadığınıza ilişkin kanıtlarla karşılaştığınız oldu mu?

Hiç insanların ya da bildiğiniz yerlerin gerçek dışıymış gibi geldiği, bedeninizden bağımsız, vücudunuzdan ayrılmış kendinizi seyrediyormuşsunuz gibi geldiği oldu mu? (Bak. "Çözülme ile İlişkili Bozukluklar" Bölüm 6).

BEDENSEL ENDİŞELER.

Beden sağlığınız için çoğu insandan daha fazla endiŖe duyar mısınız?

Diđer insanlardan da hastalandıđınızı dűŖünűr műsűnűz? (Bak. "Bedensel Belirti ve İliŖkili Bozukluklar" Bűlűm 6).

YEME VE BESLENME.

DıŖ gűrűnűműnűzű nasıl bulursunuz?

Sağlığınızı ya da kilonuzu olumsuz etkileyeceği kayđısıyla belirli yiyecekleri yemekten kaçındığınız ya da kısıtladığınız oldu mu? (Bak. "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" Bűlűm 6).

UYKU.

Genellikle uykunuzu nitelsiz veya yetersiz bulur musunuz?

Sık sık aŖırı uykululuk yaŖar mısınız?

Sık sık aniden uykuya dalmak veya űnlenemez derecede uyku ihtiyacı yaŖadıđınız oluyor mu?

Eğer varsa birlikte uyuduğunuz kiŖi, siz uykudayken olađandıŖı bir davranıŖınız olduğunu size bildirdi mi?

Yanınızda uyuyan kiŖilerden, uyurken nefes almakta zorlandıđınız ya da soluđunuzun kesildiđi gibi sűzler duydunuz mu? (Bak. "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" Bűlűm 6).

MADDE VE DİĞER BAĞIMLILIKLAR.

Ne sıklıkta alkol alırsınız?

İčki iktiđiniz sıradan bir gűnde kađ tane içersiniz?

İčki içmeyi kestiđinizde yoksunluđa girer misiniz?

İčki içmeniz sonucunda herhangi bir sorunla karŖılaŖtınız mı?

YasadıŖı ve reğeteli ilaçlar için;

Hiç ruhsal durumu etkileyen haplardan denediniz mi

Haplarla ilgili sorduktan sonra devam edin;

Hiç hayatınızın akışını bozacak şekilde bahis, iddi ya da kumar oynamak gibi davranışlarınız oldu mu? (Bak. "Madde ve İlişkili Bağımlılık Bozuklukları" Bölüm 6).

KİŞİLİK.

Herhangi biri kendi hayatını yansıtıken gençliklerinde başlayan (karakteristik düşünceler, duygudurum ve davranışlar) ve o zamandan beri pek çok kişisel ve sosyal durumda oluşan örüntüleri tanımlarlar. Kendi hayatınızı düşününce arkadaşlarınızla veya ailenizle, işte veya herhangi başka bir durumda bu örüntülerin yol açtığı herhangi önemli bir sorun tanımlayabiliyor musunuz? (Bak. "Kişilik Bozuklukları" Bölüm 6).

DIŞA ATIM.

Kıyafetlerinizde, yatağınızda, zemin veya başka uygunsuz bir yerde, çok defa tekrarlayan idrar veya dışkı bulaşığı fark ettiniz mi?

18-23. Dakikalar

Tıbbi geçmiş öyküsü.

Herhangi süregelen tıbbi bir sorunuz var mı?

Bu hastalıklar sizi duygusal olarak nasıl etkiledi?

Hiç ameliyat oldunuz mu?

Hiç bilinç kaybı oluşturacak şekilde başınızı çarptığınız ya da inme gibi bir durum yaşadınız mı?

Tıbbi bir hastalıkla ilgili herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Düzenli olarak kullandığınız reçetesiz satılan ürünler dahil olmak üzere, beslenme desteği ürünleri, vitaminler veya bitkisel ilaçlar var mı?

Alerjiler.

Herhangi bir ilaca alerjiniz var mı?

Varsa yaşadığınız alerjik durumu tarifler misiniz?

Aile öyküsü.

Herhangi bir akrabanızda aşırı sinirlilik, sinir krizi, depresyon, mani, psikoz ya da şizofreni, hap veya aşırı içki kullanımına bağlı sorunlarla karşılaştınız mı?

Akrabalarınızın herhangi birinde psikiyatrik yatışı gerektirecek bir hastalık ya da özkiyim girişimine sebep olan bir durum yaşandı mı?

Gelişimsel öykü.

Anneniz size gebeliği sırasında veya doğum esnasında herhangi bir sorunla karşılaşmış mı?

Nasıl bir çocuktunuz?

Erken çocukluk döneminde herhangi bir sorun oldu mu?

Ergenliğe ne zaman eriştiniz, bununla ilgili ne hissettiğinizi hatırlıyor musunuz?

Toplumsal öykü.

Erken çocukluk döneminde herhangi bir davranış veya öğrenme sorunu yaşadınız mı?

Okula başladığınızda davranış veya öğrenme sorunlarından dolayı sınıf arkadaşlarınızla, akademik veya sosyal ilişkilerinizde sıkıntı yaşadınız mı?

Çocukluk döneminde evinizde kimler vardı?

Yetiştirilmenizden bir dini inancın payı oldu mu?

Su anda yaşamınızda etkisi devam ediyor mu?

Kendinizi nasıl destekliyorsunuz?

Daha önceleri kendiniz nasıl desteklerdiniz?

Bir işte en uzun ne kadar süre **kaldınız?**

Son 5 yıl içinde ne tür işler yaptınız?

Hiç askeri görev aldınız mı?

Ne kadar süreyle ve hangi rütbede?

Ne rütbeyle terhis edildiniz?

Hiç tutuklandınız mı?

Hapis yattınız mı? Hüküm giydiniz mi?

Nelerden hoşlanırsınız?

İnternette zamanınızı nasıl geçirirsiniz?

Kendinizle ilgili neyi seversiniz?

Arkadaşlarınız sizin hangi özelliğinizin sever?

Hiç dostunuz var mı?

Cinsel hayatınız nasıl gidiyor?

Hiç sizi tekrarlayan bir şekilde uyarılmış hissettiren belirli dürtüleriniz, fantezileriniz veya davranışlarınız var mı?

Cinsel ilişkiyle her zaman olduğundan daha az ilgili olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Cinsel beklentilerinizi karşılamanızla ilgili endişeleriniz var mı?

Cinsiyetinizle ilgili bir rahatsızlığınız var mı?

Su andaki ilişkinizde kendinizi güvende hissediyor musunuz?

Evlü misiniz veya hiç evlendiniz mi?

Çocuklarınız var mı? Şu an çocuklar kimin yanında?

24. - 28. Dakikalar

Mental Durum Muayenesi (MDM).

Şimdiye kadar ilgili bilgileri gözlemlemiş ya da elde etmiş olmalısınız. Aşağıda sıralanan bölümler üzerinden gidilir.

- Görünüm
- Davranış
- Konuşma
- Duygudurum
- Duygulanım
- Düşünce süreci
- Düşünce içeriği
- Bilişsel ve entelektüel kaynaklar
- İçgörü/ yargılama: Ne gibi sorunlarınız var? Rahatsızlığım var mı? Gelecekteki planlarınız nedir?

Mini - Mental Durum Muayenesi (MMDM).

Stres yaşayan insanların zaman zaman konsantrasyon ve hatırlamada zorlu çektiklerini bilirsiniz. Siz daha önce hiç bu tarz problemlerle karşılaştınız mı?

Bana yardım edin ve ikimiz beraberce sizin ne ölçüye kadar benzer zorluklar yaşadığınızı ele alalım.

MMDM şu maddeleri içermektedir:

İsim

Tarih

Zaman

Mekân

Anlık hatırlama

Dikkat (100'den 7'şer geri saymak, "dünya" kelimesinin harflerini tersten tek tek okumak)

Kayıt hafızası

Genel bilgiler (başkan, vali, beş büyük şehir)

Soyutlamalar

Atasözleri

İsmlendirme

Tekrarlama

Üç aşamalı komut

Okuma

Kopyalama

Yazma

29.- 30. Dakikalar

İstedığınız izlem sorularını sorabilirsiniz. Hastaya zamanı için teşekkür edip, eğer uygunsa, tanı ve tedavi plânlaması hakkında konuşmaya başlayabilirsiniz.

Devamında şu soruyu sormayı düşünebilirsiniz:

Sorduğum sorular sizin temel sorunlarınıza ve şikâyetlerinize hitap etti mi? Sizin için önemli olan ama benim sormayı unuttuğum ya da atladığım, sizin yaşamakta olduğunuz ve benim bilmem gerektiğini düşündüğünüz başka bir konu var mı?