

T.C.
KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

ALKOL VE KANNABİS BAĞIMLILARI İLE SAĞLIKLI
KONTROLLERİN DÜRTÜSELLİK İLE MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Murat AÇAR

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Almıla EROL

İZMİR
AĞUSTOS - 2016

T.C.
KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

ALKOL VE KANNABİS BAĞIMLILARI İLE SAĞLIKLI
KONTROLLERİN DÜRTÜSELLİK İLE MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Murat AÇAR

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Almıla EROL

İZMİR
AĞUSTOS - 2016

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitim alma şansına sahip olduğum ve tecrübelerinden faydalanma imkânı bulduğum değerli hocalarım idari sorumlumuz Doç. Dr. Levent Mete'ye ve eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'na,

İhtisasım süresince bilgi, birikim ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın her aşamasında emeği ve desteği ile yanımda olan danışman hocam Doç. Dr. Almıla Erol'a,

Asistanlığım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum bilgi, birikim ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Şeref Gülseren'e, Doç. Dr. Leyla Gülseren'e, Doç. Dr. Demet Gülpek'e, Doç. Dr. Mustafa Güleç'e, Doç. Dr. Elif Oral'a, Yard. Doç. Dr. Aybala Sarıçiçek Aydoğan'a, Uzm. Dr. Nabi Zorlu'ya ve Uzm. Dr. Serhan Işıklı'ya,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen Dr. Ali Manavgat ve asistan hekim komitesinden arkadaşım sevgili Dr. Naci Olam'a,

AMATEM poliklinik ve servis çalışanlarına,

Asistanlığım süresince kardeşlikleri ile her alanda yanımda olan can asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini ve sevgilerini benden hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama, ablama ve yeğenime,

Son olarak da yaramazlıkları ile tez sürecime neşe katan kedim Pamuk'a,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜRLER.....	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. KISALTMALAR.....	v
IV. TABLO LİSTESİ.....	vi
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Alkol ve Alkol Bağımlılığı Hakkında Genel Bilgiler	3
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri.....	4
2.1.3 Alkol ve İlaç Etkileşimi.....	6
2.1.4 Alkol Bağımlılığının Tanımı	6
2.1.5 Alkol Bağımlılığının Etiyolojisi.....	8
2.1.6 Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi.....	10
2.2 Kannabis ve Kannabis Bağımlılığı Hakkında Genel Bilgiler	11
2.2.1 Tanım ve Tarihçe	11
2.2.2 Kannabis'in Farmakolojisi ve Etkileri.....	12
2.2.3 Kannabis Bağımlılığının Tanımı	13
2.2.4 Kannabis Bağımlılığının Etiyolojisi.....	15
2.2.5 Kannabis Bağımlılığının Epidemiyolojisi	16
2.3 Dürtüsellik.....	17
2.3.1 Tanım	17
2.3.2 Dürtüsellüğün Etiyolojisi	18
2.3.3 Dürtüsellik Ölçüm Yöntemleri.....	20
2.3.4 Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları ve Dürtüsellik.....	20
2.4 Kişilik Kuramları ve Bağımlılıkla İlişkisi	21
2.4.1 Kişilik Gelişim Kuramları.....	22
2.4.2 Kişilik Modelleri	26
2.4.3 Cloninger'a göre Mizaç ve Karakterin Psikobiyolojik Modeli.....	26
2.4.4 Cloninger Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Kişilik Patolojileri Arası İlişki	32
2.4.5 Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Kişilik Patolojileri ve Özelliklerinin İlişkisi.....	33
2.4.6 Bağımlılık ile Mizaç ve Karakter Özellikleri	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1 Çalışmanın Deseni.....	38
3.2 Çalışma Örnekleme.....	38
3.2.1 Alkol bağımlılığı tanısı alan hasta grubu için dahil edilme kriterleri:	38
3.2.2 Kannabis bağımlılığı tanısı alan hasta grubu için dahil edilme kriterleri:	39
3.2.3 Sağlıklı kontrol grubu için dahil edilme kriterleri.....	39
3.2.4 Sağlıklı kontrol grubu için dışlama kriterleri	40
3.3 Gereçler	40
3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	40
3.3.2 Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI)	40
3.3.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) (Barratt Impulsivity Scale - 11).....	44

3.3.4 SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version) (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) 45	45
3.4 İstatistiksel Yöntem	45
4. BULGULAR	46
4.1 Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	46
4.1.1 Yaş	46
4.1.2 Cinsiyet	46
4.1.3 Eğitim Süresi	46
4.1.4 Yaşam Yeri	46
4.1.5 Meslek	46
4.1.6 Medeni Durum	47
4.1.7 Ailede Bağımlılık Dışı Ruhsal Hastalık	47
4.1.8 Ailede Alkol ve Madde Bağımlılığı	48
4.1.9 Alkol ve Kannabis Kullanımına Başlama Yaşları ve Kullanım Süreleri ..	49
4.1.10 Alkol ve Kannabis Kullanım Miktarları	49
4.1.10 Bağımlılık Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Oranları	49
4.1.11 Alkol, Kannabis Bağımlıları ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	49
4.1.12 Alkol ve Kannabis Gruplarının Demografik Veriler Açısından Karşılaştırılması	50
4.1.13 Alkol ve Kannabis Gruplarının Bağımlılık Başlama Yaşı, Bağımlılık Süresi ve Kullanım Sıklığı Açısından Karşılaştırılması	51
4.2. Alkol, Kannabis ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	51
4.3 Alkol ve Kannabis ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cloninger Mizaç ve Karakter Özellik Puanları Açısından Karşılaştırılması	53
4.3.1 Mizaç Özellikleri	54
4.3.2 Karakter Özellikleri	54
4.4 Dürtüsellik, Alkol veya Kannabis Kullanım Özellikleri ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki	59
4.4.1 Tüm Örneklem Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Cloninger Mizaç Karakter Envanter Ortalama Puanları Arasındaki İlişki	59
4.4.2 Tüm Örneklem Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Ortalama Puanları Arasındaki İlişki	59
4.4.3 Tüm Örneklem Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki	60
4.4.4 Alkol Bağımlılarında Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi	61
4.4.5 Alkol Bağımlılarında Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki	62
4.4.6 Alkol Bağımlılarının Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki	63
4.4.7 Kannabis Bağımlılarında Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi	64
4.4.8 Kannabis Bağımlılarında Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki	65
4.4.9 Kannabis Bağımlılarının Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki	65

4.4.10 Alkol Kullanım Miktarı, Başlangıç yaşı ve Bağımlılık Süresi ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakterlerinin İlişkisi	66
4.4.11 Kannabis Kullanım Miktarı, Başlangıç yaşı ve Bağımlılık Süresi ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakterlerinin İlişkisi	66
4.4.12 Sağlıklı Kontrol Grubunda Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi	67
4.4.13 Sağlıklı Kontrol Grubunda Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki	67
4.4.14 Sağlıklı Kontrol Grubunun Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki	68
5. TARTIŞMA	70
6. ÖZET	79
7. SUMMARY	80
8. KAYNAKÇA	82
8. EKLER	93

III. KISALTMALAR

ANOVA: Analysis of variance

BIS: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

C: Cooperativeness (işbirliği kurma)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders HA: Harm avoidance
(zarardan kaçınma)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

NS: Novelty Seeking (yenilik arayışı)

P: Persistence (sebat etme)

RD: Reward dependance (Ödöl bağımlılığı)

S, SD: Self directedness (kendini yönetme)

SCID-I :Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

ST: Self transcendence (kendini aşma)

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TCI: The Temperament and Character Inventory

IV. TABLO LİSTESİ

TABLO 1: MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE DÖRT BEYİN SİSTEMİNİN İLİŞKİSİ.....	29
TABLO 2: TCI ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİ.....	41
TABLO 3: TCI MADDELERE GÖRE PUANLANMA.....	42
TABLO 4: BDÖ – 11 ALT ÖLÇEKLERİ VE PUANLANMASI.....	44
TABLO 5: ÖRNEKLEMİN MESLEK GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI...47	47
TABLO 6: ÖRNEKLEMİN MEDENİ DURUMA GÖRE DAĞILIMI.....47	47
TABLO 7: ALKOL, KANNABİS VE KONTROL GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI...50	50
TABLO 8: ALKOL VE KANNABİS GRUPLARININ HASTALIK SÜRESİ, BAŞLANGIÇ YAŞI VE KULLANIM SIKLIĞINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....51	51
TABLO 9: ALKOL BAĞIMLILARI KANNABİS BAĞIMLILARI VE SAĞLIKLI KONTROL GRUPLARININ BARRATT ÖLÇEK PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....52	52
TABLO 10: ALKOL BAĞIMLILIĞI, KANNABİS BAĞIMLILIĞI VE KONTROL GRUPLARININ MİZAÇ VE KARAKTER BOYUTLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....55	55
TABLO 11: TÜM ÖRNEKLEMİN YAŞ VE EĞİTİM DURUMU İLE DÜRTÜSELLİK VE KİŞİLİK PARAMETRELERİ İLE İLİŞKİSİ.....59	59
TABLO 12: TÜM ÖRNEKLEMİN DÜRTÜSELLİK PUANLARI İLE KİŞİLİK BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....60	60
TABLO 13: ALKOL BAĞIMLILARININ YAŞ VE EĞİTİM DURUMU İLE DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....62	62
TABLO 14: ALKOL BAĞIMLILARININ DÜRTÜSELLİK VE KİŞİLİK BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....63	63
TABLO 15: KANNABİS ÖRNEKLEMİNİN YAŞ VE EĞİTİM DURUMU İLE DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....64	64

TABLO 16: KANNABİS ÖRNEKLEMİNİN DÜRTÜSELLİK ÖZELLİKLERİ İLE MİZAÇ VE KARAKTER BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	65
TABLO 17: SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN YAŞ VE EĞİTİM DURUMU İLE DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	67
TABLO 18: SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN DÜRTÜSELLİK İLE KİŞİLİK BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	68



V. ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİL 1: KİŞİLİĞİN PSİKOBİYOLOJİK ŞEMASI.....	32
ŞEKİL 2: ALKOL VE KANNABİS GRUP AİLELERİNDE RUHSAL HASTALIK ORANLARI.....	48
ŞEKİL 3: ALKOL VE KANNABİS BAĞIMLILARININ AİLELERİNDE BAĞIMLILIK TANISI ORANLARI.....	48
ŞEKİL 4: ALKOL BAĞIMLILARI, KANNABİS BAĞIMLILARI VE KONTROL GRUPLARININ DÜRTÜSELLİK PUANLARI.....	57
ŞEKİL 5: ALKOL BAĞIMILARI, KANNABİS BAĞIMLILARI VE KONTROL GRUPLARININ MİZAÇ ÖZELLİKLERİ.....	58
ŞEKİL 6: ALKOL BAĞIMLILARI, KANNABİS BAĞIMLILARI VE KONTROL GRUPLARININ KARAKTER ÖZELLİKLERİ.....	58

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin rol oynadığı gelişmiş ülkelerde en başta gelen sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizde yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu oranı %1.1 olarak bulunmuştur (145). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) verilerine göre ise kannabis en çok kullanılan uyuşturucu madde olup yaşam boyu kullanma prevalansı %0.1 olarak saptanmıştır (44).

Dünya'da ve ülkemizde giderek artan alkol ve kannabis bağımlılığı ile gerek etiyolojik faktörlerin belirlenmesi gerekse de kombide psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi amacıyla çeşitli psikolojik etkenler araştırılmıştır.

DSM-5 ve ICD-10 gibi sınıflandırma sistemlerinde bağımlılık ve psikiyatrik hastalıklar ayrı başlıklar içinde ele alınmıştır. Alkol veya madde kullanımı psikiyatri rahatsızlıklara yol açabildiği gibi, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler de semptomlarını yatıştırma veya haz arayışı gibi sebeplerle alkol veya madde kullanabilmektedir. Bu noktada kişide bağımlılık oluşumuna yol açan biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler önem kazanmaktadır. Eşik altı psikiyatrik semptomlar ile bağımlılık arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Mizaç bu faktörlerden biridir (86) .

Alkol bağımlılığında kişilik bozukluğu eş hastalanma oranları %22-78 arasında değişmektedir (106). 2001-2002 yılları arasında Amerika'da yapılan Ulusal Alkol ve İlişkili Bozukluklar Epidemiyoloji Araştırması'nda (NESARC) anti sosyal, paranda ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları en sık eş hastalanma gösteren kişilik bozuklukları olarak saptanmıştır (111). Kannabis bağımlılığı ise şizotörü ile dürtüselliğin ön planda olduğu B küme kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir Alkol ve madde bağımlılığında kişilik bozukluğu komorbiditesinin tedaviye kötü yanıt ve depresme ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Mizaç özellikleri ve buna bağlı eşik altı psikiyatrik semptomların alkol ve madde bağımlılığına yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. Değişik kişilik envanterleri kullanılarak yapılan çalışmalar sadece bağımlılık riski ile değil, başlama yaşı, kullanım miktarı ve eşlik eden psikiyatrik sorunların şiddeti ile de mizaç özellikleri arasında ilişki saptamışlardır. Alkol bağımlılığı ile ilişkili kişilik özellikleri ise nörotisizm-negatif duygulanım ile dürtüsellik-disinhibisyon olarak bulunmuştur

(142). Kannabis ile ilgili bu konuda yapılan araştırmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. Cloninger'ın mizaç envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda bağımlılık riski, çoklu madde kullanımı ve ağır içicilik ile en anlamlı ilişkili olan parametre yenilik arayışı olarak saptanmıştır (132).

Dürtüsellik, pek çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi bağımlılıkta da önemli bir rol oynar. Alkol ve/veya madde kullanımının engellenememesi dürtüsel davranış; haz amaçlı hızlıca ulaşılabilecek kolay erişilebilir, ancak küçük bir ödölün, yani alkol ve maddenin, uzun dönemdeki zararlı sonuçları düşünölmeksizin kullanılmaya devam edilmesi ise dürtüsel seçim olarak adlandırılır. Bu iki bileşenin bağımlılığın ortaya çıkması ve yinelemelerde etkili olduğu bulunmuştur. Alkol ve kokain bağımlılarını inceleyen bir meta analizde, her iki grupta da sağlıklı kontrollere göre dürtüsel davranış ve seçim oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (73). Kannabis bağımlılarında da dürtüsel davranış kontrol grubuna göre daha yüksektir (79). Alkol ve esrarın akut kullanımı da dürtüselliliğin bir belirteci olan yanıt inhibisyonunu bozmaktadır (82, 83). Psikostimölün bağımlılarının, alkol ve madde kullanım öyküsü olmayan birinci derece akrabalarında da yanıt inhibisyonunun sağlıklı kontrollere göre bozulmuş olduğu saptanmıştır (146). Bu araştırmalar sonucunda dürtüsellik ve bağımlılık arasında çift yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiş; dürtüselliliğin bağımlılığa yatkınlık oluşturan bir endofenotip olabileceği öne sürölürken, alkol ve madde kullanımının dürtüselliliği artırarak hastalık prognozunu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Çalışmamız, alkol ve kannabis bağımlısı bireylerde, dürtüsellik ile mizaç ve karakter özelliklerini değerlendirerek bu iki grubu birbirleriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı hedeflemektedir

Varsayımlarımız:

1. Alkol ve kannabis bağımlılarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında dürtüsellik ve dürtüsellik ile ilişkili kişilik özellikleri daha yüksek orandadır.
2. Kannabis bağımlılarında, alkol bağımlılarına göre dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi dürtüsellikle ilişkili kişilik özellikleri daha yüksek orandadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Alkol ve Alkol Bağımlılığı Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Psikiyatride psikoaktif madde, kullanım bozukluğuna yol açabilecek, duygulanım, algılama, biliş ile dikkat, planlama, organize etme gibi beynin diğer yürütücü işlevlerinde bir değişiklik yaratabilecek her türlü kimyasal madde olarak tanımlanır. Psikoaktif maddeler kannabis, sentetik kannabinoidler, eroin, kokain gibi yasa dışı maddeler olabileceği gibi benzodiyazepin, amfetamin, barbitüratlar gibi düzenlemeler ile gibi belli yasal düzenlemeler ile reçete edilebilen ilaçlar ve tütün, alkol gibi belirli denetimlerle piyasada rahatlıkla bulunabilen maddelerdir (1).

Bilindiği kadarıyla insanoğlunun ilk kullandığı madde alkoldür. Alkolün tarihte bilinen ilk kullanımı fermente edilmiş bal ve meyvelerin tüketimi yoluyla olmuştur. Üzüm fermantasyonu ile şarap üretimi ilk olarak M.Ö. 5. yüzyılda şimdiki Ermenistan bölgesinde olmuştur (2). M.Ö 400 yıllarında Mısır'da bira yapımı bilinmekteydi. Eski Yunan ve Roma dönemlerinde şarap kutsal sayılmıştır. Şarap tanrısı Dionysos'a (Roma mitolojisinde Bacchus) alkolün getirdiği rahatlama ve faydalı sosyal etkiler sebebi ile medeniyetin ve barışın koruyucu sıfatlarıyla da tapınılmaktaydı. Yahudilik ve Hristiyanlık 'ta sarhoş olmamak konusu ile alkol alımına izin verilmiştir. Ortaçağ'da damıtılma tekniklerinin gelişmesi ise alkollü içecek çeşitliliği çoğalmıştır. İslamiyet ise alkol kullanımına erken dönemde tolerans göstermiş, ilerleyen dönemde ise yasaklamıştır (3).

Alkolün anksiyete giderici ve öforizan etkilerine ek olarak yol açtığı zararlı etkiler, bağımlılık ve sosyal problemler bir dizi sınırlandırmayı beraberinde getirmiştir. Hammurrabi kanunlarında şarap yapılışı ve kullanımı ile ilgili kurallar bulunmaktaydı. Büyük İskender muhtemelen aşırı alkol tüketiminin sonucunda ölmüştür. Yine eski Sparta'da Kral Solon alkol tüketimini yasaklayarak sarhoş halde yakalananları idamla cezalandırmıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nda Dördüncü Murat tütün ve alkol kullanımını yasaklamıştır. 1878'de Kanada'da, 1919-1934 yılları arasında Amerika Birleşik Devletlerinde alkollü içki üretim ve tüketimi yasaklanmıştır.

18. yüzyılda, Amerikan Psikiyatri Birliğinin kurucusu Dr. Benjamin Rush aşırı alkol kullanımını ilk kez bir hastalık olarak tanımlayan hekimdir. Tedavinin

alkolden tamamen uzak durmak olduğunu belirtmiştir. Alkolizm terimi ilk olarak 1849'da İsviçreli hekim Magnuss Huss tarafından kullanılmıştır. Psikanalitik akımın doğmasıyla alkolizmin altta yatan psikopatolojinin bir sonucu olarak görülmüştür. Davranışçı akımın yaygınlaşması ile alkol ve diğer maddelerin pozitif ve negatif pekiştireç etkilerinin üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bilim ve teknolojinin ilerlemesi ile yapılan nöro-görüntüleme nörokimyasal ve genetik çalışmaları ile alkol bağımlılığının biyolojik temelleri olan bir hastalık olduğu görüşü yaygınlaşmıştır.

Günümüzde alkol bağımlılığı diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rol oynadığı çok etkenli, çok boyutlu bir hastalık olarak ele alınmaktadır.

2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkol, satüre bir karbon atomuna bağlı bir hidroksil grubundan oluşan geniş bir organik bileşik ailesine verilen isimdir. Alkolün en sık formu etanol olarak da bilinen etil alkoldür. Etanolün kimyasal formülü CH_3-CH_2-OH 'dir. Kalori değeri yüksek olup 1 gr alkol 7 kalori sağlar. Fermantasyon veya damıtma yolu ile elde edilir. Oranlar içkinin miktar ve sertliğine göre değişmekle birlikte, bir bardak şarap ortalama 12 gr etanol içerir (4).

Alkolün %10'u mideden, geri kalanı ince bağırsaktan emilir. Kanda zirve konsantrasyona 45-60 dakikada ulaşır. Zirve düzeye erişimi midenin boş olup olmaması ve alkol alım hızı etkiler. Midenin boş olması emilimini artırır, alkolün hızlı alınması ise zirve düzeye erişim süresini kısaltır.

Bedenin fazla alkol alımına karşı koruyucu düzenekleri mevcuttur. Fazla alkol alımında midede mukus sekresyonu artar ve pilor valvi kapanır. Böylece yüksek miktarda alkol midede emilmeden kalmış olur. Pilonospazm ise bulantı ve kusmaya neden olur.

Alkolün %90'ı karaciğerde oksidasyonla metabolize edilirken, %10'u değişmeden böbrek ve akciğer yoluyla atılır. Karaciğerdeki oksidasyon hızı sabittir ve vücudun enerji ihtiyaçlarından bağımsızdır. Saatte ortalama 15mg/dl etanol metabolize edilebilir. Fazla alkol alımında görevli enzimlerin up-regülasyonu sonucu alkol metabolizması hızlanır (5).

Alkol iki enzim tarafından metabolize edilir: alkol dehidrogenaz ve aldehit dehidrogenaz. Alkol dehidrogenaz, alkolü toksik bir bileşik olan asetaldehite

dönüştürür. Asetaldehit ise aldehit dehidrogenaz tarafından asetik asite çevirir. Son yıllardaki çalışmalar, kadınlarda düşük oranda, Asya ırkında ise azalmış alkol dehidrogenaz aktivitesi sebebiyle intoksikasyona yatkınlık gösterilmiştir (4).

Alkol beyinde pek çok moleküler hedef üzerinden etkisini gösterir. Yaygın olarak kabul gören teoriye göre alkol hücre membranına geçerek etkisini gösterir. Bilindiği üzere, hücre membran akışkanlığı reseptörlerin, iyon kanallarının ve diğer membrana bağlı proteinlerin işlevlerini yerine getirebilmeleri için hayati bir öneme sahiptir. Kısa süreli kullanımda hücre membran akışkanlığını artırır. Uzun süreli kullanımda ise hücre membranının rijiditesini artırdığı düşünülmektedir.

Son dönemde alkolün etkilediği spesifik hedefler üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. En çok iyon kanalları üzerine yoğunlaşmıştır. Buna göre alkol ile 5-hidroksitriptamin-3 (5-HT3) VE Tip-A GABA (GABA-A) reseptör aktivitesi artmakta, glutamat reseptörleri ve voltaja bağlı kalsiyum kanalları ile ilişkili iyon kanalları inhibe olmaktadır (6).

Alkolün insan davranışı üzerine çeşitli etkileri bulunmaktadır. Alkolün beyin üzerinde genel olarak depresan bir etkisi vardır. Kanda %0.05 alkol düzeyi ile muhakeme, düşünme ve kendini kontrol edebilme bozulur. %0.1'lik alkol düzeyi ile istemli motor hareketlerin koordinasyonu bozulur. %0.2 düzeyinde beyinde genel bir depresyon izlenir, emosyonel davranışları etkileyen alanlar etkilenmeye başlar. %0.3 düzeyinde konfüzyon ve stupor, %0.4-0.5 düzeyinde ise koma gelişir. Daha yüksek düzeylerde ise kalp atımı ve solunum merkezi gibi beyin sapı bölümleri etkileneceğinden ölüm gerçekleşir. Pek çok ülkede alkol ile intoksikasyon düzeyleri %0.1-0.15 arasındadır. Kronik alkol tüketenlerde tolerans gelişeceğinden yüksek düzeyde alkol almalarına rağmen intoksike oldukları halde bulgular maskelenebilir.

Alkolün uyku üzerine pek çok etkisi vardır. Uykuya geçişi kısaltır. Alkol kullanımı ile REM ve derin uyku evreleri kısalır, uyku bölünmeleri artar, daha sık ve uzun süreli seyredir. Bu sebeple alkolün uykuya dalmaya yardımcı olduğu görüşü bir mittir (7).

Alkolün majör zararlı etkisi karaciğer üzerinedir. Artan alkol kullanımı ile karaciğerde yağ ve protein birikerek hepatosteatoza neden olur. Alkolik hepatit ve siroz ile kronik alkol kullanımının ilişkisi bilinmektedir. Siroz komplikasyonu olarak gelişen özefagus varislerinin ruptürü ölümcüldür. Uzun dönem ağır içicilik özefajit,

gastrit, aklorhidri ve gastrik ülser gelişimi ile ilişkilidir. Alkolün emildiği ince bağırsakta çeşitli hastalıklar, pankreatit, pankreas yetmezliği ve kanseri de gelişebilmektedir.

Uzun süreli alkol kullanımı besinlerin bağırsaklardan emilimini de bozar. Özellikle aminoasitler ve B vitamini başta olmakla birlikte vitaminlerin emilimi bozulur. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin zayıf oral alımı da hesaba katılırsa ciddi malnutrisyon ve tiamin eksikliğine bağlı gelişen Wernicke Korsakof sendromu gelişebilmektedir.

2.1.3 Alkol ve İlaç Etkileşimi

Alkol ve diğer madde ve ilaçların etkileşimi tehlikeli, hatta ölümcül olabilir. Uzun süreli alkol kullanımında karaciğerde metabolize edilen ilaçların eliminasyonu hızlanır. Kronik kullanımda benzodiyazepinler gibi sedatif hipnotik ilaçlara da tolerans gelişir. Bunun sebebi karaciğer metabolizmasının hızlanmasıdır. Aynı zamanda bu insanlar alkol intoksikasyonu durumundayken; işbu ilaçlar aynı detoksifikasyon metabolizması için alkol ile yarışır ve bu maddelerin toksik etkilerinde artış olur. Alkol ile santral sinir sistemi depresanlarının etkileşimleri sinerjistik olduğundan alkol bağımlılarında sedatif hipnotik, ağrı kesici ve üst solunum sistemi enfeksiyonları ile antihistaminik kullanımında dikkatli olunmalıdır.

2.1.4 Alkol Bağımlılığının Tanımı

DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), önceden kötüye kullanım ve bağımlılık tanı kategorileri ayrı olarak ele alınmamış, alkol ve madde kullanım bozuklukları altında birleştirilmiştir. DSM-5 alkol ve madde kullanım bozuklukları, DSM-IV'ün kötüye kullanım ve bağımlılık kriterleri ile iki değişiklik haricinde hemen hemen aynıdır. Kötüye kullanım kategorisinde bulunan yasal sorunlar kriteri kaldırılmış, bunun yerine aşırma kriteri getirilmiştir. Ayrıca DSM-IV'te kötüye kullanım için bir, bağımlılık tanısı için üç veya daha kriter gerekirken, DSM-5'te iki veya daha fazla kriter bulunması koşulu getirilmiştir.

DSM-5'e göre alkol kötüye kullanımı tanısı konabilmesi için en az 12 ay süreyle aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bulunması gerekmektedir:

- 1-İstendiğinden daha fazla ve daha uzun süre alkol alımı
- 2-Boşa çıkan bırakma ve denetim altına alma çabaları

- 3-Kullanmak , elde etmek, etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcamak
- 4-İşte, okulda evde yükümlülüklerini yerine getiremeyecek şekilde yineleyen alkol alımı
- 5-Alkolün neden olduğu kişiler arası ve toplumsal sorunlara rağmen alkol alımına devam edilmesi
- 6-Bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin, eğlenme dinlenme etkinliklerinin terk edilmesi
- 7-Tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanımı
- 8-Alkolün neden olduğu bedensel ruhsal sorunlara rağmen alkol kullanımı
- 9-Tolerans
- 10-Yoksunluk
- 11-Aşerme

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: 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 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir 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 karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

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

Kullanım bozukluğunun şiddetine göre üç belirteç bulunmaktadır: 2-3 kriterin olması *ağır olmayan*, 4-5 *orta derecede*, 5 ve üzeri kriter bulunması ise *ağır alkol kullanım bozukluğu* olarak tanımlanır. Kişi alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise *denetimli çevrede* belirteci kullanılır. 3 aydan uzun 12 aydan kısa süreli

kullanım bozukluğu kriterleri karşılanmıyorsa *erken yatışma* evresi, 12 aydan uzun süreli ise *sürekli yatışmadan* bahsedilir.

2.1.5 Alkol Bağımlılığının Etiyolojisi

Kalıtımsal faktörlerin katkısı olsa da alkole başlama davranışını en çok sosyal, dini ve psikolojik faktörler etkiler. Alkol bağımlılığı gelişiminde ise genetik faktörlerin ön plana çıktığı düşünülmektedir. Alkolizm riskinin %60'ının genetik, %40'ının ise çevresel faktörlere dayandığı öne sürülmüştür (8).

Bireysel ve Psikolojik Faktörler

Psikodinamik kurama göre alkol ve madde bağımlılığı, erken gelişimsel bozukluklara bağlı olarak gelişmektedir. Güvenlik sağlayan iyi ebeveyn tasarımlarını içselleştiremeyen bireyler, yaşadıkları zorlantılara bağlı olarak oral döneme regrese olabilmekte ve bağımlılık davranışları sergilemektedir. Alkol ve madde kullanımı bu regresyonun beraberinde getirdiği ego güçsüzlüğüne bir yansıması ve savunma olarak ortaya çıkmaktadır (9).

Davranışçı kuram, fizyolojik bağımlılık semptomlarından çok “madde arama davranışı” üzerine odaklanmışlardır. Bazı maddelerin “olumlu pekiştirme nitelikleri” ve zıt etkileri vardır. Kötüye kullanılan maddelerin çoğunda ilk defa alınışlarından hemen sonra kullanıcılar tarafından olumlu bir yaşantısal etki (öfori, anksiyete azalması vb) deneyimlenir. Bu deneyim daha sonraki “madde arama davranışı” için “olumlu bir pekiştirici” olarak rol oynar. Bunun sonucunda maddeyi denemeye yol açan davranışların sıklığı artar. Akran grubu gibi etkenler de olumlu pekiştirici etkide bulunur. Madde kullanımı ve madde varlığıyla ilişkili uyaranlar ikincil pekiştirici olarak rol alabilirler. Fizyolojik bağımlılığı olan insanlarda, ortaya çıkan yoksunluk semptomları da “madde arama davranışını” beklenen bir sonuç haline getirir ve bireyler; yoksunluk semptomlarının hoş olmayan etkilerinden daha fazla madde alarak kurtulmaya çalışırlar. Madde kullanımı ile daha önceleri ilişkili olan ve aylar sonra tekrar ortaya çıkabilen özel psikolojik ve sosyal uyaranlar, tıpkı yoksunluk bulgularının yaptığı gibi, madde alma istek ve arzusunu şiddetli bir şekilde tetikleyebilir (10).

Çocukluk çağında “dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu” veya “davranış bozukluğu” hikayesi, yetişkinlikte alkol ile ilgili bozukluklar için bir risk faktörü

olarak kabul edilmektedir (11).

Dürtüsellik, kişilik patolojileri ve mizaç ile alkol bağımlılığı üzerine pek çok araştırma yapılmıştır. İşbu araştırmaların sonuçları, ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

Ailesel ve Psikososyal Faktörler

Aile ilişkileri ve dinamikleri de alkol bağımlılığı gelişimine katkıda bulunur. Alkol ve madde kullanımı aile içi çatışmaların yer değiştirmiş bir belirtisi olabilir. Boşanma, uyuşmazlık, ebeveynin denetimindeki yetersizlik, olumsuz iletişim, tutarsız disiplin, yakınlık eksikliği, aile içi şiddet, aşırı koruma, aşırı kontrol, aşırı mesafe ailede çözülmemiş yas gibi özellikler madde kullanımı açısından risk taşımaktadır (12).

Alkol kullanımının bağımlılığa ilerlemesinde sosyokültürel faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Alkol kullanımı, bireyin alkol ile ilgili sorumlulukları ve sarhoşluğa yönelik kültürel eğilimlerin bir toplumdaki alkol ile ilişkili problem oranlarını etkilediği düşünülmektedir. Örneğin, çocukluktan itibaren aile ortamında ılımlı düzeyde alkol alımına alışkın olan Yahudiler gibi toplumlarda alkol bağımlılığının düşük; kaçınma davranışının sık olmasına rağmen alkol alımının sarhoşlukla ilişkilendirilerek yüksek oranda tüketildiği İrlanda gibi toplumlarda ise yüksek oranda görüldüğü iddia edilmiştir. Bu konuda daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (13).

Kalıtımsal Faktörler

Alkol bağımlılığında kalıtımsal bir etkinin varlığı kabul edilmektedir. İçme başladıktan sonra içme sıklığı ve sarhoş olma davranışı üzerine genetik faktörlerin etkisi giderek daha fazla olmaktadır. Buna yönelik ilk bilgiler akraba, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından gelmiştir. Alkol bağımlılığı olan bireylerin birinci derece yakınlarında alkolizm sıklığı 3-4 kat daha fazladır. Ayrıca alkole bağlı problemlerin şiddeti; alkolik akraba sayısı, alkolik akrabaların bağımlılıklarının ağırlığı ve bireye yakınlık derecesi arttıkça artmaktadır (14). İkiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere göre eş hastalanma oranı daha yüksektir (%60-%39). Monozigotik ikizlerde eş hastalanma oranını %70'lerde bulan çalışmalar vardır (15,16). Evlat edinme çalışmalarında, öz ailelerinde alkol bağımlılığı öyküsü olan

çocukların, evlat edinilen ailede alkol bağımlılığı öyküsü olmasa bile alkolizm riski genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur. Öz ailelerinde alkolizm öyküsü olmayan çocukların ise evlat edinen ailede alkolizm teşhisi olsa bile bağımlılık riski genel popülasyondan daha yüksek bulunmamıştır (17,18).

Bağlantı ve ilişki temelli moleküler genetik çalışmalarda, bağımlılıkta rol oynayan nörotransmitterler ve enzimleri kodlayan hedef genlerdeki polimorfik farklılıklar incelenmektedir. Alkol ve aldehit dehidrogenaz enzim, dopaminerjik, GABAerjik, glutamaterjik, opioid, kolinerjik ve seratonerjik sistemle ilgili genetik varyantları araştırılmaktadır. Hastalıktan kesin olarak sorunlu bir genetik yapı ortaya konamamıştır. Bu durum, hastalığın multifaktöriyel ve poligenik veya inkomplet penetrans gösteren bir kalıtım paternine sahip olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanım bozukluğunun etiolojisinde bireysel ve çevresel faktörlerin rol oynadığı açıktır. Elde edilen bilgiler, erken dönemde alkol ve madde kullanımında çevresel, ilerleyen dönemde ise genetik etkinin katkısının giderek arttığını göstermektedir.

2.1.6 Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Alkolizm, Dünya'da en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. ABD'de nüfusun %90'ının alkol kullandığı tahmin edilmektedir. Lise eğitiminin sonunda ergenlerin %80'inin alkol tecrübesi olduğu, %60'tan fazlasının ise entoksike olduğu bilinmektedir. Yaşam boyu alkol kötüye kullanımının erkekler için %20, kadınlar içinse %10 olduğu saptanmıştır. Yaşam boyu alkol bağımlılığı sıklığı ise erkekler için %10, kadınlar için %3-5'tir (19). Aynı çalışmada, beyaz ırk, erkek cinsiyet ve üniversite mezunlarında alkol ile ilişkili bozukluklar daha sık saptanmıştır. Alkol ile ilişkili bozukluklar tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir. ABD'de yaşayan erişkin popülasyonun %30-45'i amnestik bozukluk, trafik kazası veya mesleki işlevsellikte bozulma gibi en az bir kez alkolle ilişkili problem yaşamışlardır. Alkol kullanımı ve alkolle ilişkili rahatsızlıklar tüm homisidlerin %50'si, suisidlerin ise %25'i ile ilişkilidir (20,21).

Avrupa'yı kapsayan ESPAD (Avrupa Alkol Madde Okul Projesi) çalışmasında alkol kullanımının Danimarka, İngiltere ve Polonya'da çok yüksek olduğu, ülkemizde ise düşük olduğu gözlenmiştir (22).

Ülkemizde alkol bağımlılığı sıklık ve yaygınlığı ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma

yapılmıştır. Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide alkol kullanım yaygınlığı %14,1, alkol bağımlılığı %0.9 olarak bulunmuştur (23). İstanbul'da 1997 yılında 1550 kişi arasında yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımını %33,5, araştırma yapıldığı sırada alkol kullanım yaygınlığı %25,6 (erkek:%34,5, kadın:%15,9) olarak bildirilmiştir (24). Ankara'da 20000 kişi arasında yapılan bir tarama çalışmasında yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı genel popülasyonda %0.9 erkeklerde ise %1.9 olarak bulunmuştur (23). Türkcan ve ark. Tarafından İstanbul'da 12-65 yaş arası 1550 kişi ile yapılan çalışmada alkol kullanım yaygınlığı %33 olarak saptanmıştır (24). 1995 yılında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında, (CIDI) uygulanmıştır. Son 12 ayda ICD-10'a göre alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde alkol bağımlılığı yaygınlığı % 1.7, kadınlarda %0.1 olarak belirlenmiştir (25).

2001 yılında 9 ayrı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10- 12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan çalışmada, ilköğretim grubunda alkol kullanım oranı %16.1, son bir yıl içine %5.4, son bir ay içinde ise %4.3 olarak bulunmuştur. Alkol kullanım yaygınlığı en yüksek Eskişehir, İzmir ve İstanbul'dur. En düşük iller ise Diyarbakır, Sivas ve Trabzon'dur. Ortaöğretim grubunda ise alkol kullanım yaygınlığı yaşam boyu %45, son bir yıl inde %20.9, son bir ay içinde ise %16.9 olarak saptanmıştır. En yüksek olan iller İzmir, İstanbul ve Mersin'dir. En düşük olan iller ise Diyarbakır, Sivas ve Kocaeli'dir (26).

2.2 Kannabis ve Kannabis Bağımlılığı Hakkında Genel Bilgiler

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Kannabis preparatları, "Cannabis sativa" bitkisinden elde edilir. Kannabis bitkisi insanlar tarafından yaklaşık 8000 yıldır lifleri ve ilaç yapımı için kullanılmaktadır. Hintliler esrara başarı ve mutluluk anlamına gelen "vişema" adını vermiştir. Zerdüşt, kutsal kitabında kenevir bitkisinin mutluluk verdiğini, kederi dağıttığını anlatır. Ünlü tarihçi Herodot Asurlular, Sümerler ve İskitlerin kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve neşelendiklerini yazmıştır. 19. yüzyılda Avrupa'da analjezik ve antispazmodik etkileri dolayısıyla da hekimlerce önerilmiştir. Diğer maddelerde olduğu gibi, kannabisin de zararlı etki ve bağımlılık potansiyelinin 1930'lu yıllardan

sonra ayırđına varılmıştır. Amerika'da 1938'de, diğer ülkelerde 1961'de yasaklanmıştır (27).

2.2.2 Kannabis'in Farmakolojisi ve Etkileri

Kannabis, halk arasında hint keneviri olarak da bilinen “Cannabis sativa” bitkisinden elde edilir. Cannabis bitkisinin erkek ve dişi formları vardır. Kannabisin en potent formu, çiçekli tepesinde veya haşış olarak adlandırılan yapraklarından kurutulan kahverengi-siyah reçinede bulunur. Cannabis bitkisi kesilir, kurutulur ve genellikle joint adı verilen sigara şeklinde sarılarak içilir. Nargile, bong, kova yöntemleri (kova ve su kullanılarak inhalasyon yolu ile) ve kurabiye ile keklerin içerisine konularak tkutilir. Suda çözünmediğinden intravenöz kullanımı yoktur. Marijuana, ot, Marry Jane ve çay gibi isimlerle de anılır (28).

421 çeşit kimyasal madde içerir. Psikoaktif etkilerden esas sorumlu olan tetrahidrokannabinoln delta-9 izomeridir (THC). 9 THC'nin nükleik asit ve proteinlerin sentezini etkilediğ'i, hücre katabolizmasını bozduğu, DNA / RNA formasyonunun etkilediğ'i belirtilmiştir. Kannabisin etki gücü, THC oranına, bitkinin hangi kısmının kullanıldığına, büyüme koşullarına ve genetik özelliklerine bağlı olarak değişir.

Kannabinoidler beyinde kannabinoid reseptörü adı verilen G protein ilişkili reseptörler üzerinden etkir. İki tip kannabinoid reseptörü vardır: Tip-1 (CB-1) ve tip-2 (CB-2). CB-1 reseptörleri beyinde yer alır. Beyinde yoğun olarak ise bazal ganglia, serebellum ve hippokampste bulunur. Beyin sapında CB-1 reseptörü bulunmaması sonucu kannabis respiratuvar ve kardiyak fonksiyonlar üzerinde minimal etkiye sahiptir. Mezolimbik yolakta dopamin salınımını artırır. Kannabinoid reseptörleri beyinde monoaminerjik ve GABAerjik nöronları etkiler. CB-2 reseptörü ise daha çok bağışıklık dizgesinde yer alır (29).

Sigara olarak içilirse 2-4 saat, ağızdan alınırsa 5-12 saat sürmektedir. Kannabis alındığında dış uyarılara duyarlılık artar; ayrıntıcı bir algılama olur, renkler daha parlak ve zengin görünür. Zaman , yer algısı değişir. 5-10 dakikalık bir süre sanki saatler sürmüş gibi algılanır. Öfori, inhibisyonların kalkması, sese karşı aşırı duyarlılık olur. Nadiren yanılısama ve varsanılar olabilir. Kişi bir yandan bu değişikliklerin gzlemcisidir; düşüncelerinin netleştiğ'ini, olayları daha açık algılayıp anladığını, farklı bir bilinç düzeyine ulaştığını ifade edebilir. Kannabisin cinsel gücü

ve isteği arttırdığına ilişkin bir kanıt yoktur (30).

Hareketlerin kontrolünde yetersizlik, tepki süresinde uzama, konsantrasyon bozukluğu ve kısa süreli bellek bozukluklarına neden olabilmektedir. Fiziksel olarak da konjunktival hiperemi, iştahta artış, ağız kuruluğu ve taşikardi yapabilmektedir. Uzun dönem kullanımına bağlı olarak amfizem, bronkojenik akciğer karsinomu ve orofarinks karsinomu görülebilmektedir; ayrıca uzun süreli kannabis kullanımı kişide bir yavaşlama, edilgenlik, istek ve canlılıkta sönme durumu doğurabilir; adölesan dönemde kannabis kullanmaya başlayan bireylerde ve yoğun içicilerde suboptimal entelektüel gelişim, bellekte azalma gibi frontal korteks işlev bozuklukları gelişebilir(30).

Kannabisin bağımlılık yapma gücü azsa da bağımlılık oluşturduğu kesindir. Tolerans, bağımlılık ve çekilme belirtileri her gün ve uzun dönem kullanımda görülebilmektedir. Kannabis kullananlar arasında bağımlılık gelişme oranı yaklaşık olarak %10'dur. Yoksunluk bulguları uykusuzluk, sıkıntı, sinirlilik ve bulantıdır (4).

Yapılan birçok prospektif çalışmalar ve meta analizlerde kannabis kullanımı, doğrudan ileride ortaya çıkabilecek psikotik belirtilerin yordayıcısı olarak bulunmuştur (31). Kannabis kullanımına başlama yaşı ne kadar erkense, şizofreniform bozukluk gelişme riski o kadar büyüktür (32). Aynı zamanda psikotik bozukluk tanılı hastalarda kannabis kullanımı daha kötü prognoz ve psikososyal işlevsellik ile daha sık hastane yatışı ile ilişkili bulunmuştur (33).

2.2.3 Kannabis Bağımlılığının Tanımı

DSM-5'e göre kannabinoid kullanım bozukluğu kriterleri şunlardır:

Kenevir Kullanım Bozukluğu

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 kenevir kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istenildiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kenevir alınır.
2. Kenevir kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Kenevir elde etmek, kenevir kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme. 20
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici kenevir kullanımı.
6. Kenevirin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kenevir kullanımını sürdürme.
7. Kenevir kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda kenevir kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla kenevirin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın kenevir kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Kenevire özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için kenevir (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, 'Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme'), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, 'Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme'), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, kenevire ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır. (21)

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması

Tanımlanmamış Kenevirle İlişkili Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, kenevirle ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların kenevirle ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

2.2.4 Kannabis Bağımlılığının Etiyolojisi

En çok kullanılan yasadışı madde kannabistir. Esrar kullanıcılarında bağımlılık görülme riskinin kullanımın sıklığıyla orantılı olduğu gösterilmiştir. Bağımlılığın görülme sıklığı, sık kullanımla beraber yükselme eğilimindedir. Her gün veya yoğun bir şekilde kannabis kullanan popülasyonda bağımlılık gelişme riski %20-50 arasındadır (34). Bu veriler, bağımlılık gelişiminde kannabisin psikofizyolojik etkilerine ek olarak bireysel yatkınlık ve sosyokültürel etkenlerin önemini vurgulamaktadır.

Tarter ve arkadaşları, kannabisin bağımlılık yapıcı etkisine ek olarak üç temel faktörün bağımlılık gelişiminde rolü olduğunu belirtmiştir: Kalımsal özellikler, aile çocuk etkileşimiyle kazanılan özellikler ve aile dışı çevrenin özellikleri (35).

Kalitımın rolünün, madde deneyiminden ziyade bağımlılık gelişiminde daha önemli olduğu bilinmektedir. Hopfer ve arkadaşları, kannabis gelişiminde kalıtımın etkisinin %40'ın üzerinde olduğunu belirtmiştir. Birinci derece yakınlarında kannabis bağımlılığı tanısı olan bireylerin bağımlılık riski genel popülasyondan 5.8 kat daha yüksektir (36). Bir ikiz çalışmasında, tek ve çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %59 olarak hesaplanmıştır (37). Kannabis bağımlılığını inceleyen bir evlat edinme çalışması bulunmamaktadır, ancak evlatlık bireylerin ile biyolojik aileleri ile bağımlılık davranışlarının ilişkili olduğu bilinmektedir (38). Kalımsal faktörlerin multigenetik olduğu düşünülmektedir ve gelecekte bağlantı ve ilişkili aday genler üzerine çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Çocukluk döneminde yaşanan bilişsel, emosyonel ve davranışsal sorunların madde bağımlılığına yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. İhmal ve istismar önemli

ön gördürücülerdir. Hem dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile davranım bozukluğu gibi dışa dönük; hem de anksiyete ve depresyon gibi içe dönük çocukluk dönemi ruhsal rahatsızlıklarının ileride madde bağımlılığı riskini artırdığı belirtilmiştir (39-42).

Kannabis kullanımının kabul gördüğü, ulaşılabilirliğin kolay olduğu sosyal çevrelerde bağımlılık daha kolay gelişir. Özellikle ergenlerde yapılan çalışmalarda, öz denetim sorunları yaşayan ergenlerin cannabis kullanımı yoluyla normal olmayan sosyalizasyon eğilimleri gösterdikleri saptanmıştır (35).

2.2.5 Cannabis Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Kannabis tüm Dünya’da en çok kullanılan yasa dışı maddedir. 2012 yılı verilerine göre Dünya’da yaklaşık 19 milyon insanın kullandığı tahmin edilmektedir (4).

ABD’de kafein, alkol ve nikotinden sonra en çok kullanılan dördüncü psikoaktif maddedir. ABD’de cannabis kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %4’tür (43). ABD’de cannabis deneyimi tipik olarak 20 yaşın altında başlamaktadır ve ortalama başlangıç yaşı 17 olarak bulunmuştur (35).

ABD’de yapılan çalışmalar erkeklerin kadınlardan yaklaşık 2 kat daha fazla cannabis tükettiğini saptamıştır. 35 yaş öncesi beyaz ırkta esrar kullanımı siyah ırktan daha fazla görülürken, 35 yaş üstü bu fark ortadan kalkmaktadır. Yaşam boyu kullanım oranı en düşük ırk ise Latinlerdir (4).

Ülkemizde Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından ülke genelinde 18-65 yaş arası popülasyonda yapılan çalışmada yaşam boyu cannabis kullanım sıklığı %0.7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre son 12 ayda %0.3, son 2 ayda ise %0.2 kullanım oranı saptanmıştır. Esrarı ilk kez kullanma yaşı ortalaması $20,89 \pm 3,99$ ’dur. Cannabis kullanımı erkeklerde kadınlardan daha fazladır (%1.1-%0.2). İlk başlama yaşı ortalama 20’dir. Araştırma sonuçlarına göre ülkemizde en çok kullanılan yasa dışı madde cannabisdir (44).

Türkiye’de gençler arasında en sık kullanılan maddeler sırasıyla sigara, alkol ve esrardır (45). 2004 yılında lise öğrencileri taramasında; madde kullanım yaygınlığı esrar için %5.8 olarak bulunmuştur (46).

Ülkemizde ulusal tarama çalışmaları yapılamadığı için cannabis kullanım bozukluğu yaygınlık oranları bilinmemektedir.

2.3 Dürtüsellik

2.3.1 Tanım

Dürtü kelimesinin sözlük anlamı bedensel veya ruhsal dengenin değişmesi sonucu ortaya çıkan ve canlıyı türlü tepkilere sürükleyebilen içten gelen gerilim şeklindedir. Dürtüsellik denilince ise içten gelen geriliminin kontrol edilememesi şeklinde anlaşılabilir.

Ancak, yapılan araştırmalar dürtüsellüğün tek boyutlu olarak değerlendirilen bir kavram olmaktan çok, çok yönlü bir kavram olduğu görüşünü ortaya koymuştur. Dürtüsellüğün karmaşık bir kavram olduğu ve ayrıca kişilik boyutunu, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren çok yönlü bir kavram olduğu söylenebilir (47). Dürtüsellik tek bir eylem veya eylem örüntüsünden ziyade eylem örüntüsünün bir parçası, bir yatkınlıktır (48).

DSM-5 içinde dürtüsel davranış örneklerine ve çeşitli psikiyatrik hastalıkların tanısında dürtüsellığe yer verilmesine rağmen; dürtüsellik açık bir şekilde tanımlanmamıştır.

Literatürde pek çok tanım bulunmaktadır. Barratt ve Patton'a göre dürtüsellik, nörofizyolojik temele dayanan, bir davranışın ilişkisellik ve sonuçlarına uymada eksiklidir (49).

Dickman, dürtüsel davranışı önceden düşünmeden harekete geçme eğilimi olarak tanımlamıştır. Dickman dürtüsellığı fonksiyonel dürtüsellik ve disfonksiyonel dürtüsellik olmak üzere iki alt boyuta ayırmaktadır. Disfonksiyonel dürtüsellik; kişileri zor durumda bırakan durumlarda çoğu insandan daha az öngörü ile hareket etme eğilimi iken, fonksiyonel dürtüsellik, durumun optimal olduğu zamanlarda az miktarda öngörü ile hareket etme eğilimidir. Dickman her dürtüsel davranışın dezavantajlı olmadığı konusuna dikkat çekmektedir (50). Cloninger, dürtüsellığı yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı olarak tanımlamıştır (51).

Moller ise literatürdeki bilgileri birleştirerek dürtüsellığe üç bileşenli bir tanımlama getirmiştir: 1) Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma, 2) Bilginin işlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki verme, 3)Uzun dönemdeki sonuçlara önem verme eksikliği (52).

Deneysel davranışçı yaklaşım ise dürtüsellığı, pek çok sonuç sunulduğunda hızlı ancak küçük ödülü, büyük ancak gecikmiş ödüle tercih eden bireylerin bir özelliğı olarak tanımlamıştır (53).

Brunner ve Hen, dürtüsellığı motor (davranışsal) ve bilişsel olmak üzere iki boyutta ele almıştır. Davranışsal dürtüsellik özellikle “Git/gitme”, “ters öğrenme”, “sürekli performans” gibi hayvan deneylerinde çalışılmıştır ve yanıt engelleme ile eşanlamlıdır. Yine hayvanlarda agresyon, anksiyete ve bağımlılık durumlarında yapılan 5-HIAA (5 hidroksiindol asetik asit) çalışmaları motor dürtüsellik ile ilişkilidir (54). Bilişsel dürtüsellik ise yakın zaman ve gelecekteki olayları tartamama ve hazzı erteleyememe olarak tanımlanabilir. Iowa Kumar Testi gibi karar verme testleri ile ölçülmektedir (55).

Dickman’ın tanımladığı üzere disfonksiyonel yani patolojik dürtüsellik tek başına psikiyatrik bir tanı olmamasına karşın pek çok psikiyatrik rahatsızlıkta görülebilmektedir. Kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, dikkat eksikliği /hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, frontal lob sendromu, trikotilomani (tekrarlayıcı saç yolma) gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarda patolojik dürtüsellikten bahsedilebilir. (56,57,58).

2.3.2 Dürtüsellığın Etiyolojisi

Psikodinamik kurama göre dürtüsellik, içsel dürtülere yönelik azalmış ego (benlik) gücü sebebiyle oluşan gerginliği azaltmak amacıyla oluşan eylem durumudur. Bir başka deyişle, dürtüsel davranış, anksiyete, suçluluk, depresyon ve diğer acı veren duyguların üstesinden gelmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. İçsel tehlikelere karşı agresyon, madde kullanımı veya cinsel davranış ile doyum sağlanmaya çalışılır (59). Kendilik psikolojisine göre ise dürtüsellik, düşük kendilik algısı ile ilişkilidir. Bakım veren veya yakın ilişkilerinde aradığı doyum ve güveni bulamayan kişiler, zedelenmişlerinin üstesinden gelmek ve düşük kendilik değerlerini düzeltmek için dürtüsel davranışlarda bulunmaktadır (60). Öyleyse psikodinamik kurama göre dürtüsellığın oluşumunda erken çocukluk dönemi ve bakım verenlerle kurulan niteliğın büyük bir etiyolojik öneme sahip olduğu söylenebilir.

Davranışçı kurama göre dürtüsellik, mizacın bir bileşenidir. Kagan ve arkadaşları, dürtüsellığı, ödüle davranışsal ve fizyolojik yanıtı belirleyen biyolojik

inhibisyondaki bir bozukluğun yol açtığını öne sürdüler. Ayrıca dürtüsel davranışı, daha az fakat hızlı ödülü, ertelenmiş ancak daha büyük ödüle tercih etme olarak açıkladılar (61). Sosyal öğrenme kuramcıları, çevrede bulunan birbirinden bağımsız ve görece farklı öneme sahip uyarılara verilen yanıtın, ödüle ulaşma yanıtını belirlediğini ve bu eylemin öğrenilmiş bir bileşeni de olduğunu belirttiler(62).

Bilişsel kuramın gelişimi ile dürtüsellik sadece eylem değil, bilişsel bir bileşeni de olduğu öne sürüldü. Dürtüsellik, genetik temeli olan, inhibisyon ve karar almada rol oynayan beyin kısımlarının etkilendiği, öğrenilmiş davranışların da katkıda bulunduğu bir kavram olarak ele alındı (63).

Dürtüsellik kalıtımı üzerine pek çok aile çalışması ve genetik araştırma yapılmıştır. Çok yönlü kişilik envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada, dürtüsellik kalıtılabilirliğinin %45 oranında olduğu belirtilmiştir (64). Mizaç ve karakter envanteri kullanılan başka bir çalışmada ise bu oran %50 olarak bulunmuştur (65). Yanıt engellemenin kullanıldığı bir ikiz izlem çalışmasında, dürtüsel davranışın 12 yaşında %30, 14 yaşında ise %51 oranda kalıtıldığı saptanmış, bu durum dürtüsellik geninin yaşla arttığı şeklinde yorumlanmıştır (66). Maymunlarda yapılan bir çalışmada, dürtüsellik, serotonin metabolizması ile ilişkili varyasyonlarla korelasyon gösterdiği saptanmıştır (67). İnsanlarda nöroreseptör gen polimorfizmleri ve agresyon ile dürtüsellik araştırılan çalışmalar yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (68).

Dürtüsellik oluşumunda pek çok nörokimyasal devre rol oynar. Dürtüsellikte ana rol oynayan nörotransmitterler serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA (gama amino bütirik asit)'dir. Özellikle beyin serotonin düzeylerindeki azalmanın davranış baskılanmasının azalması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (69).

Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks baskılanmanın kontrolü, seçim yapma ve karar verme süreçlerinde görev alır. Dolayısıyla, frontal lob, özellikle de orbitofrontal korteks hasarı veya kanlanma azalması olan kişilerde hasarı olan kişilerde amaç yönelimli davranışın ve karar armanın bozulur ve dürtüsellik sık gözlenir (70). Ayrıca son dönem çalışmalarda, motor dürtüsellik ile bilişsel dürtüsellikte farklı beyin alanlarının rol oynadığı öne sürülmüştür. Buna göre davranışsal (motor) dürtüsellikte ventromediyal prefrontal, bilişsel dürtüsellikte

(dürtüsel seçim) ise anterior singulat kortekste baskılama yetersizliği olduğu düşünülmektedir (68).

2.3.3 Dürtüsellik Ölçüm Yöntemleri

Dürtüsellik ölçümünde çeşitli öz bildirim ölçekleri kullanılır. Bunlar Barratt dürtüsellik ölçeği, Eysenck dürtüsellik ölçeği ve UPSS dürtüsellik ölçeğidir. Ayrıca TCI ve NEO kişilik envanteri alt ölçeklerinde dürtüsellik de ölçülmektedir. Öz bildirim ölçekleri geçerli kabul edilse de, uygulamada subjektif olmaları ve katılımcıların çarpıtılmış algılarından etkilenebilmeleri dolayısıyla bazı kısıtlılıkları da vardır. Ayrıca ödül erteleme (delay discounting) ve yanıt engelleme (response inhibition) görev testleri ile de laboratuvar ortamında dürtüsellik ölçülebilir. Karar ve risk almayı ölçen Iowa Kumar Testi, Cambridge Kumar Testi ve Riskli Kazanç Ödevi gibi testler de dürtüsellik ölçümü ile ilişkilidir.

2.3.4 Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları ve Dürtüsellik

Dürtüsellik önemli bir psikiyatrik sorundur. Pek çok psikiyatrik rahatsızlıkla komorbiditesi olan dürtüsellik, alkol ve madde kötüye kullanımı ile de ilişkilendirilmektedir. Dürtüsellik madde kullanımında bir risk faktörü olduğu uzun yıllardır savunulmuştur (71).

Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada madde bağımlısı olan grubun dürtüsellik skorları daha yüksek saptanmıştır (72). Alkol ve kokain bağımlılarını inceleyen bir metaanalizde, her iki grupta da sağlıklı kontrollere göre dürtüsel davranış ve seçim oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (73). Kannabis bağımlılarında da dürtüsel davranış kontrol grubuna göre daha yüksektir (74). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise madde bağımlıları, alkol bağımlılarına göre daha dürtüsel bulunmuştur (75).

Alkol ve madde kullanımının beyin üzerindeki baskılayıcı etkisi ile muhakemeyi etkilediği uzun süredir bilinmektedir. Akut alkol kullanımının bazı araştırmalara göre başta davranış alt bileşeni olmak üzere dürtüsellik artırdığı, bazı çalışmalarda değiştirmedeği, bazı çalışmalarda ise azalttığı gösterilmiştir (76,77,78). Bu durumun çalışma düzeni, örneklemin alkol tüketim miktarı ve şekli ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Esrarın akut kullanımı sonrası dürtüsel seçimin değişmezken, dürtüsel davranışın arttığı gösterilmiştir (79).

Kronik alkol ve madde kullanımı sonrası dürtüsellik arttığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir (80). Bir meta analizde madde bağımlısı bireylerde dürtüsel davranışın orta düzeyde arttığı saptanmıştır(81). Ağır kannabis kullanıcıları ile alkol bağımlılarında da dürtüsel davranışın arttığı gösterilmiştir (82,83). Alkol veya maddeye erken başlama ve kullanım miktarı ve sıklığının fazlalığı da dürtüsellik artırmaktadır (80).

Nörobiyolojik bir açıdan bu ilişkiye bakıldığında, dürtüsel davranışta büyük öneme sahip olan anterior singulat, ventromediyal ve orbitofrontal kortekste alkol ve madde bağımlılarında hipoaktivite olduğu gösterilmiştir. Bu durumun striatal düzeyde azalmış dopamin ve dopamin reseptör düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (84, 85).

Günümüzde bağımlılık ile dürtüsellik arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Dürtüsel bireylerin bağımlılığa yatkın olduğu ve alkol veya madde kullanımı sonrası dürtü kontrolündeki sorunların arttığı, bunun da bir kısır döngü oluşturarak bağımlılığı ağırlaştırdığı belirtilmiştir. Bazı yazarlar tarafından dürtüsellik, bağımlılık sınıflandırma sistemlerinde daha spesifik tanı ve tedavi olanakları oluşturulması amacıyla bir alt belirteç olarak belirtilmesi önerilmiştir (86).

2.4 Kişilik Kuramları ve Bağımlılıkla İlişkisi

Kişilik, bireyi başkalarından ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özelliklerin bütünüdür. Kişilik, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal özelliklerinin süreklilik gösteren yanlarını içerir. Bir başka deyişle, kişilik bireyin kendine özgü düşünceleri ve sergilediği davranışlarını belirleyen sistemlerin bütünüdür (87).

Doğuştan gelen genetik özellikler ve çevresel faktörlerin etkileşimi uzun bir büyüme gelişme sürecinde kendine özgü bir kişilik ortaya çıkarmaktadır. Kişiliğin nasıl oluştuğunu açıklamaya yönelik pek çok kuram öne sürülmüştür. Birçok gelişim kuramcısı kişiliğin temel özelliklerinin hayatın ilk yıllarında belirlendiğini belirtmiştir. Günümüzde ise kişiliğin kalıtsal eğilimler ile çevresel etkilerin etkileşimi yoluyla geliştiği görüşü yaygın olarak kabul edilmektedir.

Öğrenme, bireysel deneyimler sonucunda davranışların organizasyonudur denilebilir. Bu nedenle bilgi alma, bilgi işleme ve bilgi saklamayı içeren bireyler arasındaki uyumsal sistemlerdeki farklılıklar, kalıtsal özelliklerle de etkileşerek

kişiliği genel anlamda belirler.

Gelişim kuramlarına göre sağlıklı kişiler, temel ihtiyaçlarını toplumla çatışma halinde olmadan doyurabilen kişilerdir. Bir başka deyişle, kendi öz duygu ve ihtiyaçları doğrultusunda hareket eden, sahip olduğu gizil güçleri harekete geçirmeye çalışan, fakat bunu yaparken toplumla ciddi çatışmalara girmeyen kişi sağlıklı bir kişiliğe sahiptir denilebilir (88).

2.4.1 Kişilik Gelişim Kuramları

İnsan gelişimi fiziksel, zihinsel, sosyal ve ahlak gelişimi gibi çeşitli boyutları olan ve her bir boyutun birbiri ile ilişki halinde olduğu karmaşık bir süreçtir. Gelişim kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile olmaktadır. Kişilik gelişiminde, doğuştan gelen genetik özelliklerin, sosyal etkileşim ve deneyimlerle birlikte önemli rol oynadığı düşünülmektedir (89).

Kişilik devamlı gelişme eğilimindedir. Bu gelişimin amacı olgun ve dengeli bir benliğe sahip olaktır. Ergenliğin sonuna kadar devam eden kişilik gelişimi, bireyin tutarlı ve bütünlük içeren bir yapıya oluşması ile büyük ölçüde tamamlanmış sayılmaktadır. İçinde daha az çatışma taşıyan bu yapı, zaman içerisinde değişikliklere uğramasına rağmen temel özelliklerini sürdürme eğilimindedir (90).

Freud'un Psikoseksüel Gelişim Kuramı

Sigmund Freud tarafından öne sürülen psikanalitik kurama göre kişilik id (alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olmak üzere üç yapıdan oluşmaktadır. Alt benlik, yer ve zamanın uygun olup olmadığına bakmaksızın, sonucu ne olursa olsun içgüdülerin hemen doyurulmasını ister. Üst benlik kısaca kişiyi toplumsal kurallar ve ahlaka göre uyaran, dizginleyen, yargılayan ve cezalandıran bir görevi vardır. Benlik, hem üst benliğin yasaklarını, hem de gerçeklik ilkesini gözeterek alt benliğin isteklerini karşılamaya ve uyum sağlayıcı davranışlar ortaya koymaya çalışır. Bu üç bölüm birbirleriyle bütünleşerek, dinamik bir bütün olan kişiliği oluştururlar (88,91).

Freud'a göre yeni doğan bir insanın kişiliği değişik aşamalardan geçerek oluşmaktadır. Bu aşamalar beş adet olup psikoseksüel aşamalar olarak tanımlanmıştır:

1. Oral dönem (0-1 yaş)
2. Anal dönem (1-3 yaş)

3. Ödipal (fallik) dönem (3-6 yaş)
4. Gizil (latent) dönem (6-11 yaş)
5. Genital dönem (11 yaş sonrası)

Freud'a göre fazla doyum veya engellenmeye bağlı olarak bir aşamada saplanma olması mümkündür. Belirli bir dönemde saplantı yaşayanlar o dönemin özelliklerine sahip olacaklardır. Tedavide hedef, o döneme regrasyonun sağlanarak çatışmaların çözümlenmesidir (92).

Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı

Erik H. Erikson, kişiliğin sosyal yönünü temel aldığı için kuramı psikososyal gelişim kuramı ismini almıştır. Freud'dan farklı olarak kişilik gelişimini erken çocukluk ile sınırlamamış, kişinin yaşamı boyunca devam eden bir süreç olarak ele almıştır (93).

Erikson'a göre kişilik, diğer insanlarla ilişki içerisinde gelişir. Kişinin sahip olduğu biyolojik temele de vurgu yapan kuram, epigenetik bir temel ile kişilik gelişimini açıklamaktadır (88).

Erikson'a göre insan yaşamında belli başlı sekiz kritik dönem vardır. Her dönemde atlatılması gereken bir kriz, bir çatışma vardır. Bu karmaşalar, bireyin potansiyelini gerçekleştirmesi için hassas dönüm noktalarıdır. Birey, bu karmaşalarla başa çıkabildiği oranda sonraki gelişim döneminin karmaşalarıyla baş edebilecek donanımı kazanmış olur.

Psikososyal gelişim kuramı tüm hayatı kapsayan 8 evreden oluşmaktadır (93):

1. Temel güvene karşı güvensizlik (0-1 yaş)
2. Özerkliğe karşı kuşku ve utanç (1-3 yaş)
3. Girişimciliğe karşı suçluluk (3-6 yaş)
4. Başarılı olmaya karşı aşağılık duygusu (6-11 yaş)
5. Kimlik kazanımına karşı rol karmaşası (11-17 yaş)
6. Yakınlığa karşı yalıtılmışlık (17-30 yaş)
7. Üretkenliğe karşı durgunluk (30-60 yaş)
8. Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk (60 ve üzeri yaşlar).

Kohut ve Kendilik Psikolojisi

Kendilik psikolojisi Heinz Kohut tarafından geliştirilmiş psikanalitik bir kuramdır. Bu kuramda ruhsal yapının temeli, benlik içerisinde yer alan kendiliktir. İnsanda doğuştan henüz gelişmemiş bir kendilik mevcuttur. Kendilik gelişimi için, kendilik nesnesi adı verilen bakım verenlerle ilişki kurulmasına ihtiyaç vardır. Kohut, bebekle kendilik nesnesi arasındaki ilişkiyi, kişilik gelişiminin temeli olarak görür (94).

Bebek ilk zamanlarda kendisini dağınık, parçalanmış zihinsel imajlar şeklinde yaşantılar. Kendilik nesnelere, çocuğun kaygısının yatıştırılması, kendi varlığından aldığı hazzı onunla paylaşıp ona yansıtarak bütünlüğün ve sürekliliğin sağlanmasına yarar. Bunun yanı sıra, yavaş yavaş küçük ve optimal hayal kırıklıkları oluşturarak, çocuğun sınırlarını öğrenmesi ve özgüvenini kazanmasını sağlar. Optimal travma ve kayıplarla, çocuk kaybedilen nesne veya bakımın kendisi için gördüğü işlevi, kendi içinde yapılandırarak kendi kendisine o işlevi görmeye başlar. Kendilik düzenlenmesi becerisi kazanıldığında, bebek duygularını kontrol edebilir, tahammül gücü artar, kendisini yatıştırabilir (95).

Kohut psikopatolojiyi, kusurlu kendilik nesne ilişkilerinden kaynaklanan, kendilik gelişiminde sapmalar olarak ele almaktadır. Bu kuram özellikle narsistik tip kişilik bozukluğunun dinamiklerinin anlaşılmasına büyük katkıda bulunmuştur (95).

Bowlby ve Bağlanma Kuramı

Bağlanma, bebek ile anne, baba veya bakım veren arasında oluşan olumlu, sağlıklı ve güçlü bir bağ kurulması anlamına gelmektedir. Yaşamın erken döneminde oluşmaya başlayan ve süreklilik gösteren bağlanma, kişinin diğer insanlarla kurduğu ilişki biçimini şekillendirmesi bakımından önemlidir.

Bağlanma kuramının sahibi Bowlby'e göre anne ve çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisi, çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Bağlanma kuramı, kişinin yetişkin yaşamda kuracağı ilişkilerin niteliğini ve insanlardan beklentilerini belirleyen faktörün, bu kişinin erken yaşantısında annesiyle kurduğu bağlanma ilişkisi olduğunu kabul eder. Yanlış gelişmiş veya kesintiye

uğramış bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve psikiyatrik hastalıklara yol açtığını iddia eder. Güvensiz bağlanma, nevrotik bir kişiliğin oluşumunun temelidir (96).

Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı

Bilişsel gelişim, bireyin çevresindeki dünyayı anlamasını ve öğrenmesini sağlayan aktif zihinsel faaliyetlerdeki gelişimdir. Jean Piaget, bilişsel gelişim üzerine pek çok araştırma ve gözlemde bulunarak bilişsel gelişim kuramına büyük katkılarda bulunmuştur. Piaget, bilişsel gelişimi kalıtım ve çevrenin etkileşiminin bir sonucu olarak tanımlamıştır (97).

Piaget'ye göre bilişsel gelişim dört dönemde gerçekleşir. Her dönem tipik gelişim özelliklerini içerir. Dönemler arasında hiyerarşik bir sıralama vardır, dönemler belirli bir sıralamada ortaya çıkar. Her dönemde kazanılan yeni bilişsel ve motor yetiler ile yeni uyaranların bir dengesizlik oluşturmaktadır. Çocuk, bu verileri yeni bilişsel şemalar oluşturarak adaptasyon geliştirmekte ve denge sağlamaktadır. Piaget adaptasyonu iki farklı süreçle tanımlamıştır:

1. Özümleme (Asimilasyon): Bireyin yeni karşılaştığı olayları kendi şemaları ile açıklama çabasıdır.
2. Uyumsama (Akomodasyon): Bireyin karşılaştığı yeni olguları, kendi şemalarını değiştirerek ve yeni şemalar oluşturarak düzenlemesidir (98).

Piaget'ye göre bilişsel gelişim aşamaları aşağıda tanımlanmıştır:

1. Duyusal Motor Dönem: 0-2 yaş arası dönemi kapsar. Bebek başlangıçta kendisini dış dünyadan ayrı bir varlık olarak algılayamaz. Zamanla gelişen motor yetileri sayesinde çevresindeki nesnelere, tanımaya, kendisini nesnelere ayırmaya başlar. Bu dönemin sonunda nesne sürekliliği yetisi kazanılır.
2. İşlem Öncesi Dönem: 2-7 yaş arası dönemi kapsar. Dil ve resimlerle sembolik düşünme yetisi gelişir. Büyüsel azalma, artış ve yok olmaya inanılır.
3. Somut İşlemler Dönemi: 7-11 yaş arası dönemi kapsar. Organize mantıksal düşünme gelişmeye başlar. Sınıflama ve mantıksal bir dizge içinde sıralama yetisi kazanılır. Korunum ilkesi gelişir. Tüme varımsal düşünce ön plandadır.
4. Soyut İşlemler Dönemi: Soyut düşünme yetisi kazanılır. Varsayım kurma ve

tümden gelim kapasitesi gelişir.

2.4.2 Kişilik Modelleri

Araştırmacılar kişilik ve mizacı değerlendirmek için bazı kişilik modelleri geliştirmişlerdir. Bu modelleri değerlendirmek için farklı ölçekler oluşturulmuştur.

Henrich Sjobring üç boyutlu bir kişilik modeli tanımlamıştır. Bu kişilik teorisini temel alan Marke Nyman Mizaç Skalası enerji düzeyini ölçen “geçerlilik”, emosyonların kontrolünü değerlendiren “kararlılık”, dürtüsellığı ölçen “sağlamlık” alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Eysenck kişilik teorisi nörotisizm-stabilite ve dışadönüklük-içe dönüklük ve psikotisizm kişilik boyutlarını içerir. Eysenck Kişilik Ölçeği kullanılarak araştırılır. Dışa dönüklük, sosyalliği ve dürtüsellığı temsil ederken, bu boyutta yüksek puan alan kişiler, insanlarla iletişimi seven, girişken ve yalnız olmaktansa insanlarla olmayı tercih eden kişiler olarak tanımlanmıştır. Nörotisizm boyutunun duygusal tutarlılığa veya aşırı tepkiselliğe işaret etmekte olduğu ve bu boyutta yüksek puan alan bir kişinin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüveni olabileceği öne sürülmüştür. Psikotisizm boyutu ise soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi daha çok sıra dışı kişilik özelliklerini ifade etmektedir (99).

Von Zerssen ise manik tip, melankolik tip, hayalperest tip, anksiyöz ve endişeli tip, uysal tip, gergin tip olmak üzere altı tip kişilik tanımlamıştır (100).

Akiskal duygudurum bozuklukları için önemli olan mizaç kriterlerini formüle etmiştir. Depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz olmak üzere beş affektif mizaç tanımlamıştır. Akiskal 1997 yılında bu mizaç özelliklerini değerlendirmek için bir öz bildirim ölçeği olan TEMPS-A’yı (Autoquestionnaire version for the Temperament Evolution of Memphis, Pisa, Paris ve San Diego) geliştirmiştir (101).

2.4.3 Cloninger’a göre Mizaç ve Karakterin Psikobiyolojik Modeli

Günümüze kadar kişiliği tanımlamak için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. İlk olarak tanı kriterleri oluşturulmuş ve tanının güvenilirliğini artırmak için yapılandırılmış görüşmeler geliştirilmiştir. İkinci olarak kişiliğin nitel özelliklerini

saptamak için kişilik bozuklukları ve özelliklerinin faktör analizlerini kullanan öz bildirim ölçekleri geliştirilmiştir. Son olarak da, öz bildirime dayanan boyutsal ölçümler geliştirildi ve kişilik bozukluğu tanısında yapılandırılmış görüşmelerin güvenilirliği sınanmıştır.

C. Robert Cloninger 1986 yılında psikobiyolojik kişilik modelini açıklamıştır. Önceden kişiliğin genotipik ve fenotipik yönlerinin aynı olduğu görüşü hakimdi. Cloninger tarafından kişiliğinin fenotipik yapısının altta yatan biyogenetik yapıdan farklı olabileceği öne sürülmüştür. Çünkü psikobiyolojik modele göre insan davranışı ve kişilik genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Model ikiz ve ailelerle yapılan psikometrik araştırmalar ile insan ve hayvanlar arasında yapılan nörofarmakolojik ve nörodavranışsal çalışmalardan faydalanılarak geliştirilmiştir.

İlk geliştirilen modelde, birbirinden genetik olarak bağımsız üç kişilik boyutu: yenilik arama, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı tanımlandı. Bu üç boyut, 100 sorudan oluşan TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) ile ölçülüyordu. Yapılan çalışmalarla, üç boyutlu kişilik kuramının kişilik bozukluğu alt tiplerini ayrıştırabildiği, ancak kişilik bozukluğu ile uç kişilik özelliklerini ayırma konusunda başarısız olduğu saptandı. Bunun üzerine kuram daha kapsayıcı olması amacıyla genişletildi. 240 maddeli Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) geliştirildi. Kişilik, mizaç ve karakter olmak üzere iki ana boyut ve toplam yedi alt kategoride ele alındı.

Cloninger'ın kişilik modeli kişiliği mizaç ve karakter olmak üzere iki kısımda inceler. Çalışmalar, kişiliğin karakter ve mizaç bileşenlerinden oluşan hiyerarşik bir sistem olduğunu göstermiştir. Mizaç ve karakter kavramlarının farklı öğrenme ve bellek mekanizmaları ile oluştuğu düşünülmüştür.

Cloninger kişilik kuramını geliştirirken pek çok farklı kuramdan beslenmiş de öğrenme teorisinden özellikle etkilenmiştir. Öğrenme kişisel deneyimler sonucu oluşan davranışların organizasyonudur. Öğrenmede kavramlar ve algılar önemlidir.

Bellek öğrenmede önemli bir yere sahiptir. İlk olarak primatlar, sonra da insanlarla yapılan çalışmalar sonucu nörobiyolojik olarak farklı sistemlerle ilişkilendirilen iki tip bellek tanımlanmıştır. Bunlardan ilki, olgu ve olaylarla ilişkili kelime, imaj veya sembollerle temsil edilen bilinçli deneyimler sonucu oluşan, yani

kavramsal öğrenmeye dayanan açık bellektir. Bilinçli deneyimlerin birbirleri ile işlevsel ilişkileri vardır, bilinçli olarak hatırlanabilirler (geri çağrılabilirler), verbalize edilebilirler ve amaçlı davranışlara yol açarlar. İkinci bellek tipi ise örtük bellektir ve somut görsel-uzamsal yapısal bilgiyi ve affektif değerliliği kodlayan anlam öncesi algısal işlemeyi içerir. Bir başka deyişle, örtük bellek bilinç-dışı anılardan oluşur ve algı güdülüdür.

Kavramsal öğrenmeye dayanan açık bellek ve algısal öğrenmeye dayanan örtük bellek oluşumunda farklı beyin kısımları rol oynar. Maymunlarda bilateral amigdala ve hipokampus rezeksiyonunu takiben kavramsal bellek görevlerinde ciddi bozulmalar gözlenirken, algısal bellek görevlerini normal hayvanlarla aynı çabuklukta öğrendikleri gözlemlenmiştir. Striatal lezyonları bulunan Parkinson hastalarının kavramsal öğrenmede sorun yaşamazken, algısal öğrenmenin bozulduğu saptanmıştır.

Açık bellek oluşumunda, anıların bütünleştirilmesi ve geri çağrılmasında hippokampal işleme temel öneme sahiptir. Kavramsal öğrenme, duyuşal korteks, entorhinal korteks, hippokampus, orta talamik çekirdek, ventromedial prefrontal korteks ve bazal ön beyini içeren kortiko-limbo-diensefalik sistemde gerçekleşmektedir. Algısal ve bilinçdışı öğrenilen veriler ise duyuşal kortikal alanlar, kaudat ve putamen'i içeren bir kortikostriatal sistemde saklanır.

Özetle, tip bellekten söz edilmektedir: Açık ve örtük bellek. Açık bellek bilinçli, kavramlara dayalı öğrenmede, örtük bellek ise algı temelli bilinçdışı öğrenmede rol oynar. Kavramsal öğrenme verbal iletişime, algısal öğrenme ise olayların algısal deneyimine dayanır. Açık bellek kortiko-limbo-diensefalik sistem, örtük bellek ise kortikostriatal bölge ile ilişkilidir.

Cloninger'a göre kişiliğin iki bileşeni, mizaç ve karakter, iki farklı öğrenme ve bellek mekanizması sonucu oluşmaktadır. Mizaç örtük bellek-algısal öğrenme, karakter ise açık bellek-kavramsal öğrenme ile ilişkilidir (102).

Genel olarak, mizaç kişiliğe biyolojik katkıları, karakter ise sonradan öğrenilen sosyal ve kültürel katkıları yansıtmaktadır denilebilir.

Mizaç

Mizaç, kavram öncesi, algısal öğrenme sonucu gelişir, örtük bellek ile ilişkilidir. Mizaç özellikleri büyük oranda örtük bellekte bilgi işlenmesini etkileyen

kalıtsal özellikleri kapsar. Geniş çaplı bir ikiz çalışmasında mizaç özelliklerinin %50-65 oranında kalıtsal olduğu, genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olduğu saptanmıştır(103). Mizaç, erken yaşantıda bakım verenlere bağlanma özelliğine göre şekillenen nörobiyolojik yolları kapsar.

Cloninger 4 çeşit mizaç özelliği tanımlamıştır:

- 1. Yenilik Arayışı (Novelty seeking):** Sık yenilik arayışı, dürtüsel karar alma, ödül ipuçlarına duyarlılık ve ruh halinde hızlı değişimler ile zorlantıdan aktif kaçınma gibi özellikleri kapsar. Keşfetmekten heyecan duyma, dürtüsellik, savurganlık ve düzensizlik alt ölçeklerinden oluşur.
- 2. Zarardan Kaçınma (Harm avoidance):** Gelecekle ilgili kaygıların ve kötümser düşüncelerin süreğenliği veya inhibisyonu, pasif, kaçınan davranışlar (yabancılardan utanma, belirsizlik korkusu vb.) ve kolay pes etme özelliklerini kapsar. Beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ile çabuk yorulma ve dermansızlık alt ölçeklerinden oluşur.
- 3. Ödül bağımlılığı (Reward dependance):** Aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık özelliklerini içerir. Duygusallık, bağlanma ve bağımlılık alt ölçeklerinden oluşur.
- 4. Israrcılık (Persistence):** Önceden ödül bağımlılığının bir bileşeni olarak düşünülmüş, sonradan ayrı bir özellik olarak tanımlanmıştır. Engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık olarak tanımlanabilir. Alt ölçeği yoktur.

Çeşitli araştırmalar ile mizaç özellikleri ile nörotransmitter dizge arası ilişki gösterilmeye çalışılmıştır (Tablo-1).

Tablo-1: Mizaç özellikleri ve dört beyin sisteminin ilişkisi

Mizaç Özelliği	Temel Nöromodülatör	Bağlantılı Uyarıcı	Davranışsal Tepki
Yenilik Arayışı	Dopamin	Yenilik, potansiyel ödül, monotonluk ve cezadan kurtuluş	Araştırma uğraşı, istekli yaklaşım, aktif kaçınma, kaçma
Zarardan Kaçınma	GABA, serotonin (dorsal raphe)	Ceza, yenilik veya ödülsüzlük için	Pasif kaçınma, sönme

		koşullu sinyaller	
Ödül bağımlılığı	Norepinefrin, serotonin (median raphe)	Cezadan kurtulmak veya ödül için koşullu sinyaller	İstek uyandırıcı koşullu uyarımların oluşması
Israrcılık	Glutamat, serotonin (dorsal raphe)	Aralıklı pekiştirme	Sönmeye direnç

Cloninger yaptığı bir çalışmada yenilik arayışının paralimbic korteks aktivite artışı, zarardan kaçınmanın paralimbik bölgelerde ve neokortekste aktivite azalması, ödül bağımlılığının farklı paralimbik bölgelerde aktivite azalması ile ilişkili olduğunu saptamıştır.

Karakter

Karakter özellikleri kavramsal öğrenme ve dolayısıyla açık bellek ile ilişkilidir. Daha çok kalıtsal özellikler ve algısal öğrenmeye dayanan mizaç özelliklerinin üzerine, iç görüye dayalı kavramsal öğrenme ile kendilik yeniden düzenlenmektedir. Dış uyarımların kavramsal organizasyonu ile dış dünyadaki değişikliklere yeni adaptif yanıtlar geliştirilmiş olur. Kişiliğin bu boyutu karakter olarak tanımlanır (102).

Cloninger üç karakter özeliği tanımlamıştır:

1. **Kendini yönetme (Self-Directedness):** Bireyin kendisi tarafından seçilen amaç ve değerlere göre davranışlarını kontrol edebilme ve düzenleme yetisidir. Keşfetmekten heyecan duyma, dürtüsellik, savurganlık ve düzensizlik gibi alt parametreleri kapsar. Bandura'nın "öz yeterlilik" kavramına benzerdir. Kendini yönetmeden yoksun bireyler, sorumluluk alamayan, sorunları dışsallaştıran ve düşük kendilik algıları olan bireylerdir (99). Çalışmalar, kendini yönetme parametresinin bireyde kişilik bozukluğu olup olmadığını belirleyen ana parametre olduğunu göstermiştir (104). Sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik, kendini kabullenme ve uyumlu ikincil huylar alt ölçeklerinden oluşur.
2. **İş birliği Yapma (Cooperativeness):** Bireylerin diğer insanları tanımlama ve kabulü arasındaki farkları belirten bir parametredir İşbirliği yapamayan insanlar ötekini tolere edemeyen, diğer insanlarla ilgilenmeyen, insanlara yardım etmeyen, kinci bireyler olarak tanımlanır.

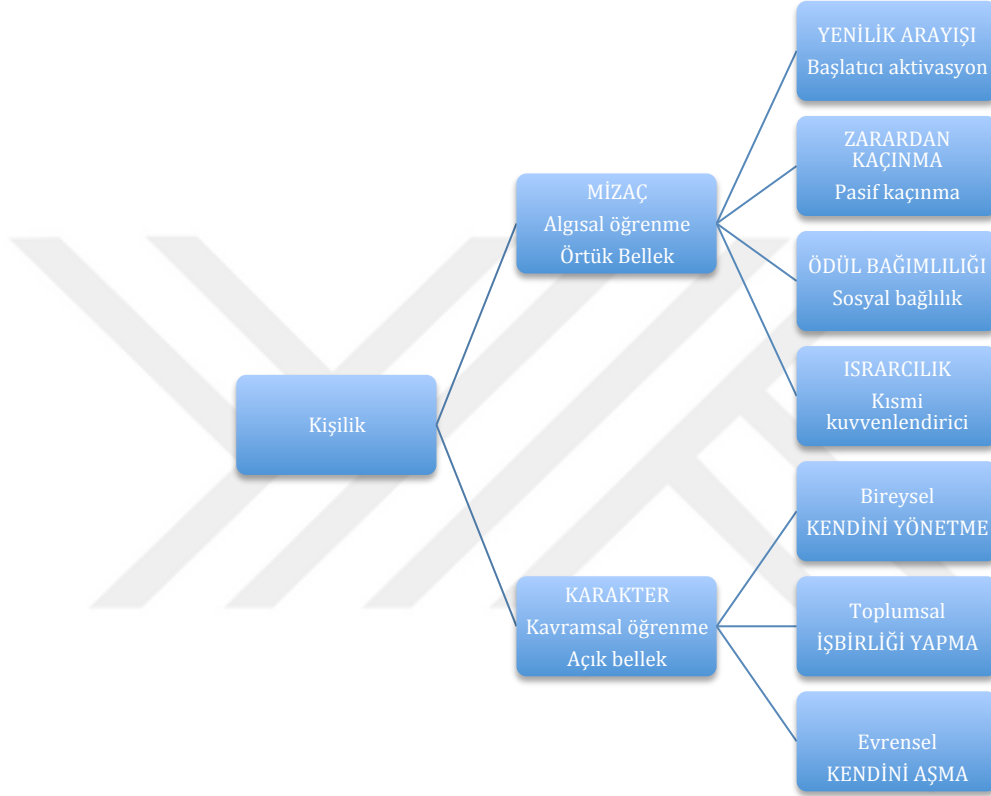
Sosyal onaylama, empati, yardımseverlik, acıma ile erdemlilik – vicdanlılık alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

3. **Kendini Aşma (Self-Transcendence):** Bireyin kendisini evrenin bir parçası ve evrendeki her şeyin gerekli olduğu şeklinde düşünmesi ve hissetmesi şeklinde tanımlanabilir. “bütünün bir parçası” olduğu yönünde birleştirici bir bilinçlilik halidir. Kendilik kaybı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme alt ölçeklerinden oluşur. . Çalışmalarda hastanede yatan psikiyatri hastalarında kendini aşma özeliğinin genel popülasyona göre daha düşük olduğu, ancak kişilik bozukluklarında normal popülasyonla benzer olduğu gösterilmiştir. Ancak kendini aşma karakter özeliği, şizoid ve şizotipal hastaların ayırıcı tanısında yararlı olabilir. Şizotipal kişilerde kendini aşma ve mistik algıların, şizotipal kişilerden daha yüksek bulunması beklenir (105).

Sonuçta kişilik iki boyuttan oluşmaktadır: algısal öğrenme ve kalıtsal özelliklerin baskın olduğu mizaç özellikleri ile sonradan kavramsal öğrenme ile değişimlere atfedilen anlam ve özelliklere içsel ve dışsal adaptasyon yeteneklerini içeren karakter özellikleri. Yapılan çalışmalarda mizaç özelliklerinin anksiyete ve bedensel belirti bozuklukları gibi nevrotik sendromlarla, karakter özellikleri ise kişilik patolojilerinin var olup olmaması ile daha çok ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Nitekim Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniğinde yapılan bir araştırmada karakter boyutlarının düşüklüğü, özellikle kendini yönetmedeki ve işbirliği yapmadaki düşüklük kişilik bozukluğu belirti sayısının yüksekliği ile tutarlı bir şekilde ilişkili çıkmıştır (106). Yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının ise hem mizaç hem de karakter özelliklerine dayandığı düşünülmektedir (107,108).

Mizaç ve karakter gelişimleri ve boyutları Şekil-1’de özetlenmiştir.

Şekil-1: Kişiliğin Psikobiyolojik Şeması



2.4.4 Cloninger Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Kişilik Patolojileri Arası İlişki

TCI ile kişilik patolojilerinin ilişkisini araştıran araştırmalarda, karakter özelliklerinin kişilik patolojisi varlığı veya ağırlığını, mizaç özelliklerinin ise kişilik patolojisi tipini belirlemede kullanılabileceği belirtilmiştir. Özellikle kendini yönetme karakter ölçütünün kişilik patolojisi varlığını saptamada en önemli kriter olduğu öne sürülmüştür. Mizaç özelliklerine baktığımızda ise yüksek yenilik arayışı ile düşük zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı antisosyal kişilik özellikleri ile ilişkilidir. Mizaç özelliklerinden ödül bağımlılığında düşük puanların A küme (tuhaf), ödül bağımlılığında yüksek puanların B küme (impulsive), zarardan kaçınmada yüksek puanların ise C küme (endişeli) kişilik patolojileri ile ilişkili olduğu

belirtilmiştir.

2.4.5 Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Kişilik Patolojileri ve Özelliklerinin İlişkisi

Alkol madde kullanım bozuklukları ile kişilik ve mizaç özellikleri arasındaki çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu ilişkiyi araştırmak için geçmiş dönemlerden itibaren bazı çalışmalar yapılmıştır. Madde kullanım bozuklukları ile kişilik ve mizaç özellikleri arasında ilişki kurmak bozukluğun gelişmesindeki nedenleri anlamak açısından önemlidir. Ayrıca, tedavi esnasında bağımlının kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavinin olumlu sonuçlanması için önemli katkılar sağlayacaktır.

Bağımlılık ve Kişilik Patolojileri

Alkol ve madde bağımlılığının oluşumunda kişilik bozukluklarının etkisi geçen yüzyılda pek çok araştırmayla incelenmiştir. Yüzyılın başında hakim olan görüş, bağımlılığın oluşumunda temel etiyolojinin altta yatan kişilik sorunları olduğu yönünde idi. Ahlaki veya semptomatik model adı verilen bu yaklaşım, DSM-I ve DSM-II sınıflandırma sistemlerinde bağımlılığın kişilik patolojileri tanı grubu içerisinde incelenmesi sonucunu doğurdu. Ancak, özellikle 1970'li yıllarda yapılan çalışmalar ile bağımlılık öncesi spesifik bir kişilik patolojisi tanımlanamadığı için bu yaklaşım terk edildi. Hastalık yaklaşımına göre bağımlılık, biyo-davranışsal bir stres diyatez modeline göre açıklandı. Buna göre bağımlılık kişinin kalıtsal, psikolojik ve içinde yetiştiği sosyal ortamın özelliklerinin bir etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu görüş DSM-III'e de yansımış ve bağımlılık ayrı bir tanı kategorisinde sınıflandırılmıştır. Komorbid kişilik bozukluğunun bulunması, bağımlılık tedavisinde kötü prognoza işaret etmektedir.

Bağımlı hastalarda kişilik bozukluğu prevalansı, normal popülasyondan 4 kat daha fazladır. Alkol ve madde bağımlıları arasında yapılan çalışmalarda kişilik bozukluğu prevalansı %70'in üzerinde saptanmıştır (109,110).

Alkol bağımlılığında kişilik bozukluğu komorbidite oranları %22-78 arasında değişmektedir (106). 2001-2002 yılları arasında Amerika'da yapılan Ulusal Alkol ve İlişkili Bozukluklar Epidemiyoloji Araştırması'nda (NESARC) antisosyal, paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları en sık komorbidite gösteren kişilik bozuklukları olarak saptanmıştır (111). Ülkemizde SCID-2 kullanılarak yapılan bir

linik çalışmada, hastanede yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında en fazla antisosyal %9, kaçınan %6 ve bağımlı %4 kişilik bozuklukları saptanmış, %24'ü eşik veya eşik altı kişilik bozukluğu göstermiştir (112). Yine ülkemizde SCID-2 kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, alkol bağımlılığı olan hastaların %72,5 oranında en az bir kişilik bozukluğu tespit edilen, en sık görülen kişilik bozukluğunun %37,5 oranıyla antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu belirlenmiş, ikinci sırada sınır kişilik bozukluğunun (%20) geldiği bildirilmiştir (113).

Kannabis bağımlılığı ve kişilik bozuklukları komorbiditesini araştıran çalışmalarda, şizotürü ile dürtüselliğin ön planda olduğu antisosyal ve sınır kişilik bozuklukları arasında ilişki bulunmuştur (114). İspanya'da kannabis bağımlıları arasında yapılan bir çalışmada, yaşam boyu kişilik bozukluğu oranı %51 olarak bulunmuş, en sık antisosyal ve sınır kişilik bozuklukları saptanmıştır (115).

2.4.6 Bağımlılık ile Mizaç ve Karakter Özellikleri

Alkol ve madde bağımlılığı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki pek çok çalışmayla araştırılmıştır. Mizaç ve karakter özellikleri ile premorbid psikiyatrik belirtilerin bağımlılıktan ayrı bir süreç veya sadece bir ek tanı olarak ele alınamayacağı belirtilmiştir. Mizaç ve karakter özellikleri bu bağlamda alkol ve madde kullanmaya başlama, sürdürme ve bağımlılık gelişiminde rol oynamaktadır. Kullanılan alkol ve maddeler, gen ekspresyonu ve nöronal plastisitede yaptıkları değişimler ile bellek oluşumunu, dürtü kontrolünü ve affektif regülasyonu etkiler. Sonuçta, bağımlılık ve kişilik özellikleri arasında çift yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir. Altta yatan kişilik özellikleri veya eşik altı psikiyatrik belirtiler, bireyin alkol ve madde kullanım sonuçlarını değerlendirememesine yol açmaktadır. Bu durumda kendini tedavi etme ya da kendini uyarma amaçlı bir yöntem olarak alkol ve madde seçimi ile kullanımının sürdürülerek bağımlılığın gelişmesi kolaylaşmaktadır. Bazı araştırmacılar, kişilik özellikleri ile eşik altı psikiyatrik belirtilerin bağımlılık etiyojisi açısından bir endofenotip adayı olarak alınabileceğini öne sürmüşlerdir (116).

Bu sebeple, bağımlılık ile mizaç ve karakter özellikleri arasında ilişki kurmak, bağımlılığın gelişmesindeki etkenleri bulmak açısından önemlidir. Ayrıca tedavi esnasında bağımlının kişilik özelliklerinin ve kullandığı savunma mekanizmalarının bilinmesi, uygun psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımlarda bulunulması

açısından önemlidir. Gelecekte, etiyolojik bir ilişki kurulduğu takdirde, erken müdahale ile bağımlılığın gelişmesini engelleyecek tedaviler geliştirilebilir.

Bağımlılık ve kişilik özelliklerini araştıran eski çalışmalarda, madde kullanan kişilerde özdenetim yokluğu, aşırı güven, eyleme vurma, saldırganlık ve dürtüsellik yüksek bulunmuştur (117). Loper, bağımlı kişilerde hastalık öncesi psikopati, dürtüsellik, hipomani, sosyal saldırganlık ve gelenek dışı davranış gibi özelliklerin olduğunu öne sürmüştür (118). Özer ise heyecanı sevme, maceraperestlik ve hayalcilik özelliklerinden bahsetmiştir (119).

Kişiliğin disinhibisyon, nörotisizm, uyumluluk ve dışa dönüklük özelliklerinin incelendiği çalışmalarda dört parametre de madde kullanım bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur. Disinhibisyon, bağımlılığın şiddeti, çoklu madde kullanımı, madde kullanımına erken yaşta başlama, tedaviye kötü yanıt ve aile öyküsü ile ilişkili bulunmuştur. Cloninger'ın yenilik arayışı mizaç özeliğine karşılık gelen disinhibisyon özelliği, antisosyal kişilik bozukluğu ile de ilişkilidir (120).

Ülkemizde, Alkol bağımlıları arasında TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-autoquestionnaire) kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcıların % 5.7'sinde depresif, % 15.7'sinde siklotimik, % 25.7'sinde irritabl ve % 14'ünde ise anksiyöz mizaç saptanmıştır. Araştırmada, alkol bağımlılığı olan hastalarda affektif dominant mizaç olarak en sık irritabl mizacın gözlemlendiği, siklotimik ve anksiyöz mizaçların da yüksek oranda saptandığı göze çarpmaktadır (121).

Carrol ve Zuckerman tarafından Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanılarak yapılan bir çalışmada, eroin, barbitürat, kokain, amfetamin ve halüsinojen madde kullananlarda psikotik sapma ve düşünce bozukluğu ölçekleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (122). Halüsinojen kullanan grupta ise psikotik özellikleri ölçen ölçeklerde daha fazla artma olduğu bildirilmiştir (123). MMPI kullanılarak alkol ve eroin bağımlılarını karşılaştıran bir çalışmada ise eroin bağımlılarında psikotik sapma, histeri ve hipomani puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Benzer sonuçlar kokain bağımlıları için de geçerlidir (124,125).

Alkol ve madde bağımlıları arasında Cloninger'ın mizaç ve karakter envanteri (TCI) kullanılarak pek çok çalışma yapılmıştır.

Cloninger ve arkadaşları, biyolojik ebeveynlerinin de kayıtlarının bulunduğu evlat edinilmiş 862 alkol bağımlısı erkek arasında TCI kullanarak yaptıkları bir çalışma sonucu iki tip alkol bağımlılığı tanımlamıştır (126).

1. Tip-1 Alkolizm: Geç yaşta alkol kullanımına başlama, erkek ve kadında eşit sıklıkta görülme, kendini tedavi etme amaçlı alkol alma, tedaviye iyi yanıt, ayıklık dönemlerinin bulunması özellikleri ile karakterizedir. İyi prognozlu kabul edilir. Öne çıkan mizaç özellikleri zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığıdır.
2. Tip-2 Alkolizm: Erken yaşta (25 yaş öncesi) alkol kullanımına başlama, erkeklerde daha sık görülme, genetik geçiş, antisosyal davranım özelliklerinin yoğun olması, ayıklık dönemlerinin kısa olması ile karakterizedir. Kötü prognozlu kabul edilir. Yenilik arayışı mizaç özelliği ön plandadır (127).

Sonradan yapılan çalışmalar ile alkol bağımlıları arasında alkole başlama yaşı, aile öyküsü ve sosyal sorun geçmişi parametreleri ele alınmış, Cloninger'ın alkolizm alt tiplerini ile alt gruplar arasında ilişki bulunmuştur. Yazarlar, tek tip alkol bağımlılığı tanımlamasının tedavi stratejileri geliştirmede başarısız olabileceğini, işbu alt grupların tedavi sürecinde dikkate alınmasını önermişlerdir (128,129).

Alkol ve madde bağımlıları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, bağımlılık ile ilgili en yüksek ilişkili mizaç parametresi “yenilik arayışı” olarak belirlenmiştir. 325 alkol, kokain ve eroin bağımlısı arasında yapılan bir çalışmada yenilik arayışında yüksek puanlar, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığında orta/düşük puanlar, “sebat etme” de düşük puanlar bulunmuştur (130).

Alkol ve madde bağımlılığında karakter özelliklerini inceleyen bir çalışmada, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları kontrol grubuna göre düşük, kendini aşma puanları yüksek olarak bulunmuştur (131). Brezilya’da geniş örnekleme internet üzerinden yapılan bir çalışmada, alkol, kannabis, benzodiyazepin ve halusinojen bağımlıları TCI yapılarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. 208 kişiden oluşan alkol bağımlısı örnekleminde düşük zarardan kaçınma ve yüksek yenilik arayışı puanları saptanmıştır. Yenilik arayışı puanındaki artış, alkol kullanım miktarı ile pozitif korelasyon sergilemiştir. 45 kişiden oluşan kannabis bağımlısı örnekleminde, kontrollere göre yüksek yenilik arayışı, düşük zarardan kaçınma, ısrarcılık ve kendini yönetme puanları saptanmıştır (132).

Yine de sonradan yapılan çalışmalarda yenilik arayışı dışındaki parametreler ile ilişkili sonuçlar tutarsız görünmektedir (133).

Alkol ve madde bağımlılarını TCI kullanarak karşılaştıran küçük örneklemlerli bir çalışmada, madde bağımlılarında yenilik arayışı ve anksiyete puanları, alkol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (134).

Esrar bağımlılarını, esrar kullanım düzeylerine göre gruplayan ve TCI kullanan küçük örneklemlerli başka bir çalışmada, yüksek kendini aşma puanı olan bağımlıların daha fazla miktarda kannabis kullandıkları saptanmıştır (135).

Cloninger ve arkadaşları yüksek yenilik arayışı ile düşük zarardan kaçınma puanlarının alkol ve maddeye erken başlama ile ilişkili olduğunu saptadılar. Bu hipotez sonradan yapılan iki kesitsel çalışma ile desteklenmiştir (133).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Deseni

Tez çalışması, Mayıs 2015 - Mayıs 2016 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol - Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)'nde gerçekleştirildi. Çalışma prospektif ve tanımlayıcı bir çalışma özelliğindedir. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1).

3.2 Çalışma Örneklemi

Çalışmaya alkol bağımlılığı tanısı alan hastalar (n=30), kannabis bağımlılığı tanısı alan hastalar (n=30) ile sağlıklı kontroller (n=30) olmak üzere 3 grupta toplam 90 olgu dahil edildi. Katılımcılar, Mayıs 2015 - Mayıs 2016 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol - Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) polikliniğine ayaktan başvuran veya AMATEM servisinde yatarak tedavi gören alkol ya da kannabis bağımlılığı tanısı alan hastalardan oluştu. Kontrol grubu, çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen, bağımlı gruba ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluştu.

Gruplar için dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda sıralanmıştır:

3.2.1 Alkol bağımlılığı tanısı alan hasta grubu için dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18-65 yaş arasında olması,
- Okur yazar olması,
- Görüşme ve anket doldurulmasını engelleyecek herhangi bir duyu defisiti olmaması,
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olması,
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre başka bir madde için kullanım bozukluğu, kriterlerini karşılamıyor olması ve başka bir madde veya alkol kullanmamış olması,
- 1 haftadır alkol ve madde kullanmamış olması,
- En az 24 saat boyunca herhangi bir benzodiazepin almamış olması,
- Delirium Tremens ve Wernicke – Korsakoff Sendrom Tanısı olmaması

- Mental retardasyon, organik mental bozukluk ve alkolle ilişkili veya ilişkisiz herhangi bir nörokognitif bozukluk tanısı bulunmaması,
- SCID-I'e göre alkolle ilişkisiz duygudurum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluk, travma ve stresle ilişkili bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar tanıları almamış olması.

3.2.2 Kannabis bağımlılığı tanısı alan hasta grubu için dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18-65 yaş arasında olması,
- Okur yazar olması,
- Görüşme ve anket doldurulmasını engelleyecek herhangi bir duyu defisiti olmaması,
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre kannabis kullanım bozukluğu tanısı almış olması,
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre alkol ve/veya başka bir madde için kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamıyor olması, başka bir madde veya alkol kullanmamış olması,
- 1 haftadır alkol ve madde kullanmamış olması,
- En az 24 saattir herhangi bir benzodiazepin almamış olması,
- Mental retardasyon, organik mental bozukluk ve alkolle ilişkili veya ilişkisiz herhangi bir nörokognitif bozukluk tanısı bulunmaması,
- SCID-I'e göre madde ile ilişkisiz duygudurum bozukluğu, psikotik bozukluk, anksiyete bozuklukları, travma ve stresle ilişkili bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar tanıları almamış olması.

3.2.3 Sağlıklı kontrol grubu için dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18-65 yaş arasında olması,
- Okur yazar olması,
- Görüşme ve anket doldurulmasını engelleyecek herhangi bir duyu defisiti olmaması.

3.2.4 Sağlıklı kontrol grubu için dışlama kriterleri

- DSM 5'e göre alkol ve madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamaları, geçmişte kannabis deneyimleri olması,
- SCID-I'e göre Eksen I'de herhangi bir ruhsal rahatsızlık tanısı olması,
- Herhangi bir sebeple en az 24 saat içerisinde benzodiazepin grubu ilaç alımı
- 1 hafta içerisinde alkol ve/veya madde kullanmış olması.

3.3 Gereçler

3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Tüm katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri ile ilişkili durumlar sosyodemografik veri formu ile saptanmıştır. Formda tüm katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, yıl olarak eğitim süreleri, yaşadıkları yerleşim birimleri (köy, kasaba, şehir, büyükşehir), meslekleri, birinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı, birinci derece yakınlarında alkol ve/veya madde kullanımı olup olmadığı sorgulanmıştır. Alkol ve kannabis gruplarında ek olarak alkol veya esrara başlangıç yaşları, ay olarak kullanım süreleri, alkol veya esrar kullanım sıklıkları (yılda 1-5 kez, ayda 1-5 kez, haftada 1-5 kez, her gün) alkol için birim kannabis için ise sigara adedi olarak belirlenen ortalama kullanım miktarları, alkol/kannabis dışında herhangi bir madde kullanım durumları, kullandılar ise bu maddelerin isimleri ve miktarlarını belirtmeleri ve alkol madde bağımlılığı dolayısıyla hastaneye yatış durumları ve yattılar ise yatış sayıları soruldu.

3.3.2 Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI)

TCI, Cloninger tarafından kişilik kuramını temel alarak geliştirilmiştir. 240 sorudan oluşan, "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Kişiliği 4 mizaç ve 3 karakter boyutu ile inceler, sebat etme haricindeki tüm boyutların sayıları 3 ile 5 arasında değişmek üzere alt ölçekleri mevcuttur. Yapılması 20-30 dakika sürmektedir. İçerik olarak 15 yaş ve üzeri bireylere uygulanabilmektedir. TCI ilk geliştirildiğinde 140 sorudan oluşmaktaydı ve sadece üç mizaç boyutunu kapsamaktaydı. Karakter bileşeni ve ısrarcılık boyutunun eklenmesi ile 240 soruluk çalışmamızda da kullanılan envanter oluşturuldu. TCI'nın

125 maddelik kısa bir formu da mevcuttur. TCI boyutlarının alt ölçekleri tablo-2’de özetlenmiştir.

Tablo-2: TCI Ölçek ve Alt Ölçekleri

Ölçek	Alt Ölçekler
Yenilik arayışı (Novelty seeking – NS)	NS1 (Keşfetmekten heyecan duyma) NS2 (Dürtüsellik) NS3 (Savurganlık) NS4 (Düzensizlik)
Zarardan kaçınma (Harm avoidance – HA)	HA1 (Beklenti endişesi) HA2 (Belirsizlik korkusu) HA3 (Yabancılardan çekinme) HA4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık)
Ödül bağımlılığı (Reward Dependence – RD)	RD1 (Duygusallık) RD3 (Bağlanma) RD4 (Bağımlılık)
Sebat etme	
Kendini yönetme (Self-Directedness - SD)	SD1 (Sorumluluk alma) SD2 (Amaçlılık) SD3 (Beceriklilik) SD4 (Kendini kabullenme) SD5 (Uyumlu ikincil huylar)
İş birliği yapma (Cooperativeness - C1)	C1 (Sosyal onaylama) C2 (Empati duyma) C3 (Yardımseverlik) C4 (Acıma)

	C5 (Erdemlilik-vicdanlılık)
Kendini aşma (Self-Transcendence – ST)	ST1 (Kendilik kaybı) ST2 (Kişiler ötesi özdeşim) ST3 (Manevi kabullenme)

TCI puanlanmasında, genelde puanlama “Doğru” yanıtı için 1, “Yanlış” yanıtı için 0 verilmesi şeklindedir. Ancak bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. TCI içerisinde yer aldığı halde puanlanmayan maddeler de vardır. Her bir alt ölçeğin puanları toplanarak o ölçeğe ait toplam puan hesaplanır. TCI puanlamaları tablo-3’te gösterilmiştir.

Tablo-3: TCI Maddelere Göre Puanlanma

Ölçek	Doğru 1 puan, Yanlış 0 puan	Doğru 0 puan, Yanlış 1 puan
Yenilik arayışı (NS)		
NS1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	1, 167, 191, 238	29, 52, 70, 99, 114, 144, 211
NS2 (Dürtüsellik)	13, 35, 130, 187	61, 82, 108, 148, 203, 237
NS3 (Savurganlık)	41, 109, 155, 174	66, 139, 192, 219
NS4 (Düzensizlik)	53, 79, 91, 110, 183	34, 141, 165, 204, 212
Zarardan kaçınma (HA)		
HA1 (Beklenti endişesi)	20, 81, 149, 225	2, 42, 65, 112, 119, 164, 188
HA2 (Belirsizlik korkusu)	12, 129, 217	26, 67, 154, 189
HA3 (Yabancılardan çekinme)	27, 54, 231	80, 100, 142, 157, 209
HA4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık)	22, 43, 63, 92, 113	147, 182, 202, 236

Ödül bağımlılığı (RD)		
RD1 (Duygusallık)	3, 28, 55, 83, 102, 158, 181, 210, 224	120
RD3 (Bağlanma)	21, 117, 226	44, 68, 143, 180, 201
RD4 (Bağımlılık)		14, 46, 71, 131, 156, 193
Sebat Etme (P)	37, 62, 103, 2015, 218	11, 128, 166
Kendini yönetme (SD)		
SD1 (Sorumluluk alma)	151	4, 24, 58, 86, 121, 169, 198
SD2 (Amaçlılık)	59, 177, 223	9, 30, 105, 126, 159
SD3 (Beceriklilik)	233	40, 106, 171, 197
SD4 (Kendini kabullenme)	94, 136, 214	32, 60, 74, 85, 107, 150, 179, 229
SD5 (Uyumlu ikincil huylar)	17, 36, 90, 135, 196, 207	39, 104, 115, 162, 184, 221
İş birliği yapma (C)		
C1 (Sosyal onaylama)	5, 89, 133, 172	16, 48, 122, 133, 172
C2 (Empati duyma)	25, 73, 137, 161	49, 185, 227
C3 (Yardımseverlik)	10, 64, 87, 127	47, 153, 178, 216
C4 (Acıma)	78, 124, 168, 199, 222	7, 33, 57, 98, 146
C5 (Erdemlilik- vicdanlılık)	50, 72, 93, 186	18, 138, 160, 206, 235
Kendini Aşma (ST)		
ST1 (Kendilik kaybı)	8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228	
ST2 (Kişiler ötesi özdeşim)	15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232	
ST3 (Manevi kabullenme)	6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 175, 194, 208	123, 145, 220
Puan verilmeyen maddeler	69,75,101,111,118, 134,140,170,176,190,213,230,239,240	

TCI, Samet Köse ve Kemal Sayar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve Türkçe TCI, Cloninger tarafından onaylanmıştır. Türkçe TCI geçerlilik – güvenilirlik çalışması yine Köse ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür (137).

3.3.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) (Barratt Impulsivity Scale - 11)

Dürtüsellik ölçümünde en yaygın ölçeklerden biri olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), dürtüsellik ile anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde, dürtüsellik normal bireylerde tanımlanması, psikopatolojideki rolüne ulaşılması ve kişilik özellikleri ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

İlk ölçekte dürtüsellik tek boyutlu bir özellik olarak tanımlanmış, ancak ilerleyen dönemde önce 6, sonra 3 boyut içerdiği yönünde değişiklikler yapılmıştır. Günümüzde kullanılan ölçek, Barratt Dürtüsellik Ölçeği – 11 (BDÖ-11) olup 1995 yılında Patton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Tüm maddeler likert tipi olup, 4 derece üzerinden değerlendirilir:

- Nadiren/Hiçbir zaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Hemen her zaman/Her zaman

Genellikle “hemen her zaman/her zaman” seçeneği en yüksek dürtüsellik puanına karşılık gelir. Ancak cevap yanlışlığından kaçınmak için bazı maddeler ters puanlanır. Maddelerden elde edilen puanlar toplanır ve en yüksek BIS-11 toplam skoru, en yüksek dürtüsellik derecesine işaret eder (Tablo-4).

Tablo-4: BDÖ – 11 alt ölçekleri ve puanlanması

Alt Ölçek	Maddeler
Dikkat	5, 6, 9*, 11, 20*, 24, 26, 28
Motor Dürtüsellik	2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30*
Plansızlık	1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27, 29*
* Bulunan maddeler ters puanlanır.	

BDÖ-11'in üç alt ölçeği vardır: Dikkat, motor dürtüsellik ve plansızlık. Böylece toplam skora ek olarak bu alt ölçeklerin de puanları hesaplanabilir.

BIS-11'den elde edilen bulgular ölçeğin sadece klinik parametrelerle değil aynı zamanda biyolojik parametrelerle de ilişkili olduğunu göstermiştir. Özellikle orbitofrontal işlevlerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (138).

Ölçeğin Türkçe Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (139).

3.3.4 SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version) (DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu)

1990'ların başlarında DSM-III-R Eksen I Bozukluğu tanısı koyabilmek adına geliştirilmiş, ve yapılandırılmış, tam ve yeterli bir klinik tanı koydurma aracıdır. Sonrasında DSM-IV için güncellenmiş olup 6 ana modeli bulunmaktadır. Görüşme sorularını içeren uygulama kitapçığı ve bulguların üzerine işaretlenerek kaydedildiği puanlama cetveli vardır. Uygulama, puanlama cetveline işaretlenerek yapılır. Tanı 'şu anda' ve 'yaşam boyu' göz önüne alınarak araştırılır. Uygulaması yaklaşık 1 saati, ağır hastalara uygulandığında 3 saati bulabilmektedir. Kliniği nispeten ağır bireylerde daha güvenilir olduğu saptanmıştır. Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (140).

3.4 İstatistiksel Yöntem

Bu çalışmadaki istatistiksel analizler SPSS 22.0 sürümü paket programı ile yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov- Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren alkol, kannabis ve sağlıklı kontrol gruplarının sayısal verilerini, Barratt dürtüsellik ile TCI puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA testi uygulandı. Bu verilerin alkol-kannabis, alkol-kontrol ve kannabis-kontrol grupları arasındaki karşılaştırılması Tukey post-hoc testi yapılarak yürütüldü. Grupların kategorik değişkenler açısından karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin birbirileri ve çeşitli demografik verilerle ilişkisi Pearson korelasyon analizi kullanılarak araştırıldı. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı için $p < 0,05$ düzeyi esas alındı.

4. BULGULAR

Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu (s=30), kannabis kullanım bozukluğu (s=30) ile psikiyatrik tedavi almayan, psikiyatrik tedavi geçmişi ve 1. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan sağlıklı kontrol grupları (s=30), dürtüsellik ile mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Test sonucunda anketleri eksik dolduran ve Cloninger mizaç ve karakter envanterinin 230. sorusu olan “Bu ankette çok yalan söyledim” e doğru yanıt veren toplam 5 katılımcı analiz dışı bırakıldı.

4.1 Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

4.1.1 Yaş

Alkol bağımlılığı grubunun yaş ortalaması $34.60 \pm 6,05$, kannabis bağımlılığı grubu yaş ortalaması $32,97 \pm 7,1$, sağlıklı kontrol grubu yaş ortalaması $32,93 \pm 5,9$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

4.1.2 Cinsiyet

Araştırma alkol, kannabis ve sağlıklı kontrol örneklemelerinin tamamı erkek cinsiyetten oluşmaktadır.

4.1.3 Eğitim Süresi

Örneklemin yıl olarak eğitim süre ortalamaları alkol grubu için $9,27 \pm 2,54$ yıl, esrar grubu için $8,93 \pm 2.15$ yıl, sağlıklı kontrol grubu için ise $9,09 \pm 2,36$ yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

4.1.4 Yaşam Yeri

Alkol ve kannabis gruplarının her ikisinin de %96,7'si (sırayla s=29, s=29), kontrol grubunun ise %100'ü (s=30) büyükşehirde yaşamaktadır.

4.1.5 Meslek

Meslek gruplarına bakıldığında alkol kullanım bozukluğu olanların %36,7'si (s=11) işçi, %36,7'si (s=11), serbest meslek %16,7'si (s=5), işsiz %3,3'ü (s=1) memur, %3,3'ü (s=1) emekli ve %3,3'ü (s=1) diğer meslek grubundadır. Esrar kullanım bozukluğu olanların %46,7'si (s=14) serbest meslek, %40'ı (s=12) işçi,

%10'u (s=3) işsiz ve %3,3'ü (s=1) memurdur. Sağlıklı kontrol grubunun %90'ı (s=27) işçi, %6,7'si (s=2) serbest meslekle uğraşmakta, %3,3'ü (s=1) ise işsizdir. Veriler tablo-5'te özetlenmiştir.

Tablo-5: Örneklemin meslek gruplarına göre dağılımı

	Memur	İşçi	Serbest Meslek	Emekli	Çalışmıyor	Diğer
Alkol Grubu (%) (s=30)	1 (%3,3)	11 (%36,7)	11 (%36,7)	1 (%3,3)	5 (%16,7)	1 (%3,3)
Kannabis Grubu (%) (s=30)	1 (%3,3)	12 (%40)	14 (%46,7)	0 (%0)	3 (%10)	0 (%0)
Kontrol (%) (s=30)	2 (%2,2)	27 (%90)	2 (%6,7)	1 (%1,1)	0 (%0)	0 (%0)

4.1.6 Medeni Durum

Medeni durum incelendiğinde, alkol grubunun %43,3'ü bekar, %26,7'si boşanmış veya eşini kaybetmiş, %30'u evlidir. Esrar grubunun %56,7'si bekar, %36,7'si evli, %6,7'si ise boşanmış veya eşini kaybetmiştir. Sağlıklı kontrol grubunun %60'ı evli, %23,3'ü boşanmış veya eşini kaybetmiş, %16,7'si ise evlidir (Tablo-6).

Tablo-6: Örneklemin medeni duruma göre dağılımı

	Evli	Bekar	Boşanmış, dul
Alkol Grubu (%)	9 (%30)	13 (%43,3)	8 (%27,7)
Kannabis Grubu (%)	11 (%36,7)	17 (%56,7)	2 (%6,7)
Kontrol	38 (%42,2)	35 (%38,9)	17 (%18,9)

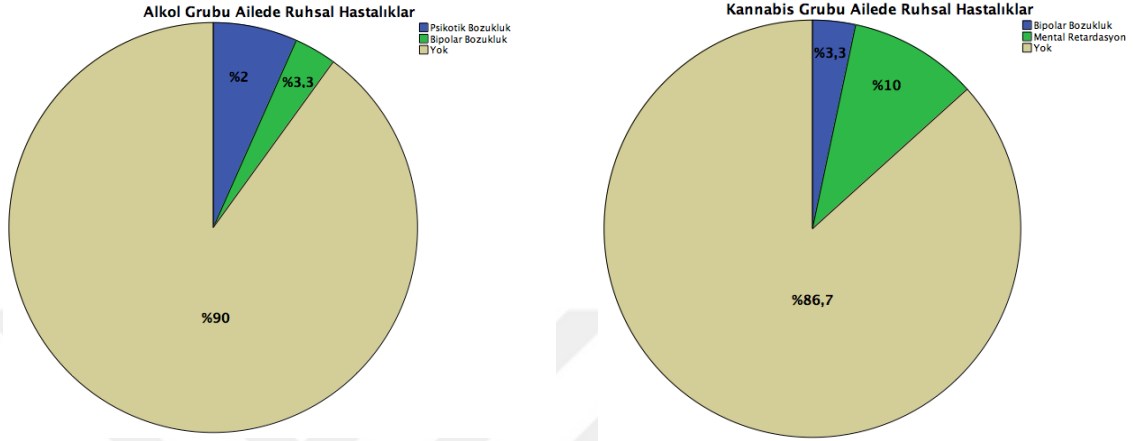
4.1.7 Ailede Bağımlılık Dışı Ruhsal Hastalık

Alkol kullanım bozukluğu grubundaki hastaların %10'unun (s=3), kannabis kullanım bozukluğu grubundaki hastaların ise %16,7'sinin (s=5) ailelerinde bağımlılık haricinde ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir.

Alkol bağımlı grubu ailelerinin %6,7'sinde (s=2) psikotik bozukluk,

%3,3'ünde (s=1) bipolar bozukluk tanısı bulunmaktadır. Kannabis bağımlı grubu ailelerinin ise %10 (s=3) oranında mental retardasyon, %3,3 (s=1) oranında ise bipolar bozukluk tanısı saptanmıştır (Şekil-2).

Şekil-2: Alkol ve kannabis bağımlı ailelerinde ruhsal hastalık oranları



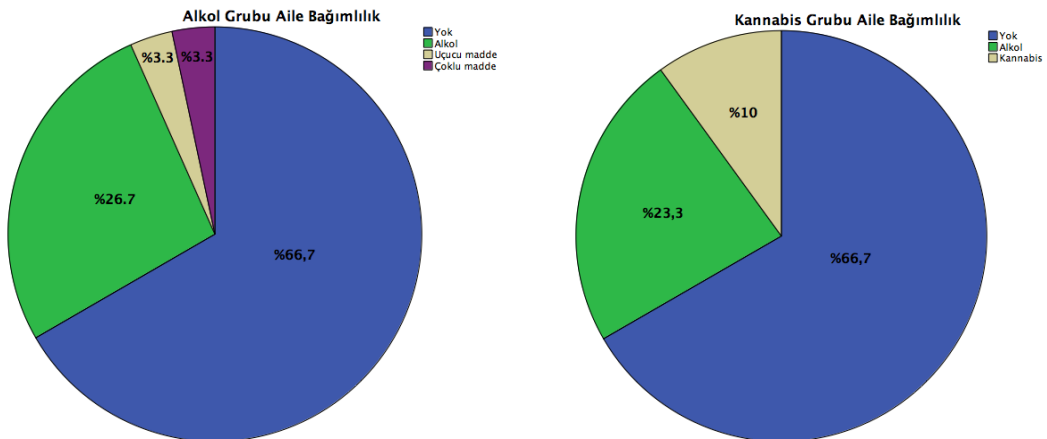
Sağlıklı kontrol grubunun ailelerinde psikiyatrik tanı bildirilmemiştir.

4.1.8 Ailede Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol bağımlısı hastaların ailelerinin %33,3'ünde (s=10) alkol ve madde bağımlılığı tanısı bulunmaktadır. Ailelerde alkol (%26,7, s=8), uçucu madde (%3,3, s=1) ve çoklu madde (%3,3, s=1) bağımlılığı bildirilmiştir.

Kannabis bağımlısı hastaların ailelerinin %33,3'ünde (s=10) bağımlılık tanısı mevcuttur. Ailelerde %23,3 (s=7) oranında alkol, %10 (s=3) oranında ise kannabis bağımlılığı saptanmıştır. Alkol ve kannabis bağımlı gruplarının ailelerinde bağımlılık oranları şekil-3'te gösterilmiştir.

Şekil-3: Alkol ve kannabis bağımlılarının ailelerinde bağımlılık tanısı oranları



Sağlıklı kontrol grubu ailelerinde alkol ve madde bağımlılığı öyküsü bulunmamaktadır.

4.1.9 Alkol ve Kannabis Kullanımına Başlama Yaşları ve Kullanım Süreleri

Alkol bağımlı grubunda ortalama başlama yaşı $17,23 \pm 3,71$, kannabis bağımlı grupta ise $17,83 \pm 4$ idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,55$, $t=-0,6$).

Ortalama alkol – madde kullanım süreleri alkol grubu için $210,13 \pm 85,65$ ay, kannabis grubu için $176,53 \pm 80,5$ ay olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,123$, $t=1,56$).

4.1.10 Alkol ve Kannabis Kullanım Miktarları

Alkol bağımlılarında ortalama alkol tüketim miktarı standart içki birimi olarak $21 \pm 11,15$ birim idi. Kannabis bağımlılarında ortalama tüketim miktarı sigara adedi cinsinden $2,7 \pm 1$ olarak saptandı.

4.1.10 Bağımlılık Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Oranları

Alkol bağımlılarının %33,3'ü ($s=10$), esrar bağımlılarının ise %6,7'si ($s=2$) bağımlılık tedavisi açısından çalışma tarihi öncesi hastaneye yatmıştı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,01$, $\chi^2=6,36$).

4.1.11 Alkol, Kannabis Bağımlıları ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Araştırmada, alkol bağımlısı, kannabis bağımlısı ve sağlıklı kontrol gruplarında sadece erkek cinsiyet yer almakta olup, üç grup arasında yaş ($f = 0,67$, $p=0,5$), eğitim süresi ($f=0,15$, $p=0,86$) yaşam yeri ($p=0,6$), ailede ruhsal hastalık bulunma durumu ($p=0,07$) açısından farklılık saptanmadı. Gruplar arasında medeni durum ($p<0,01$), meslek ($p<0,01$) ve ailede bağımlılık öyküsü ($p<0,01$) açısından istatistiksel olarak farklı idi. Kontrol grubunda evlilik oranları daha yüksek iken, ailelerinde bağımlılık öyküsü bulunmamaktaydı. Ayrıca kontrol grubunda işsizlik

oranları bağımlı gruplara nazaran daha düşüktü. Veriler tablo-7’de özetlenmiştir.

Tablo-7: Alkol, kannabis ve kontrol gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

	Alkol (s=30)	Kannabis (s=30)	Kontrol (s=30)	İstatistik
Yaş	34,6 ± 6,05	32,97 ± 7,1	32,93 ± 5,9	F=0,67 p=0,5
Cinsiyet (Erkek N, %)	%100 (s=30)	%100 (s=30)	%100 (s=30)	p=1 $\chi^2=0,0$
Eğitim süresi (SD)	9,27 ± 2,54	8,93 ± 2,15	9,09 ± 2,36	F=0,15 p=0,86
Yaşam yeri (Büyükşehir, %)	%96,7 (s=29)	%96,7 (s=29)	%100 (s=30)	p=0,6 $\chi^2 = 1,02$
Medeni durum (evli, %)	%30 (s=9)	%36,7 (s=11)	%70 (s=21)	p<0,01* $\chi^2 =13,5$
Meslek (işsiz, %)	%16,7 (s=5)	%10 (s=3)	%3,3 (s=1)	p<0,01* $\chi^2 =25,9$
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü (var, %)	%10 (s=3)	%16,7 (s=5)	0	p=0,7 $\chi^2 =5,21$
Ailede Bağımlılık Öyküsü (var, %)	%33,3 (s=10)	%33,3 (s=10)	0	p<0,01* $\chi^2 =12,8$

*p<0,05

4.1.12 Alkol ve Kannabis Gruplarının Demografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Alkol ve kannabis bağımlıları arasında yaş (p=0,58, df=2, F=0,67), eğitim süresi (p=0,85, df=2, F=0,15), yaşam yeri (p=1, $\chi^2 =0,0$), meslek (p=0,7, $\chi^2 =2,9$), medeni durum (p=0,1, $\chi^2 =4,3$) ailede ruhsal hastalık öyküsü (p=0,4, $\chi^2 =0,57$) ve ailede bağımlılık öyküsü (p=1, $\chi^2 =0,0$) açısından fark yoktu.

4.1.13 Alkol ve Kannabis Gruplarının Bağımlılık Başlama Yaşı, Bağımlılık Süresi ve Kullanım Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

Alkol ve kannabis bağımlıları arasında başlangıç yaşı, kullanım sıklığı ve hastalık süreleri açısından fark saptanmadı (sırasıyla $t=0,6$ $p=0,55$, $p=0,48$ ve $t=1,5$ $p=1,12$). (Tablo-9).

Tablo-8: Alkol ve kannabis gruplarının hastalık süresi, başlangıç yaşı ve kullanım sıklığına göre karşılaştırılması

	Alkol (s=30)	Kannabis (s=30)	İstatistik
Hastalık süresi (ortalama, ay)	210,13 ± 85,65	176,53 ± 80,5	$t=0,6$ $p=0,5$
Başlangıç yaşı	17,23 ± 3,7	17,83 ± 4,03	$t=0,6$ $p=0,77$
Kullanım sıklığı (her gün, %)	%86 (s=26)	%80 (s=24)	$\chi^2=0,48$ $p=0,48$

4.2. Alkol, Kannabis ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmaya dahil edilen grupların Barratt Dürtüsellik Ölçek toplam ve alt ölçek puanları hesaplanmış ve karşılaştırılmıştır. Tek yönlü ANOVA testi kullanılarak elde edilen veriler tablo 9'da özetlenmiştir.

Toplam puanlar: Alkol bağımlılarında toplam puanların ortalaması $67,26 \pm 10,5$, kannabis bağımlılarında $67,83 \pm 7,9$ ve sağlıklı kontrollerde $50,1 \pm 7,61$ idi. Üç grup arasında toplam dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$, $F=39,6$, $df=2$). Kontrol grubunun toplam dürtüsellik puanları, alkol ve kannabis gruplarına göre daha düşüktü (her iki grup için $p<0,001$). Alkol ve kannabis

bağımlıları arasında toplam dürtüsellik puanları arasında fark saptanmadı.

Dikkatsizlik Alt Ölçeği: Ortalama dikkatsizlik puanları alkol bağımlılarında $17,1 \pm 3$, kannabis bağımlılarında $17,26 \pm 2,9$ ve sağlıklı kontrollerde $13,36 \pm 2,6$ idi. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$, $F=18,1$, $df=2$). Kontrol grubunun dikkatsizlik puanları bağımlı gruplarından daha düşük olarak saptandı (her iki grup için $p < 0,001$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında anlamlı fark yoktu.

Motor Dürtüsellik Alt Ölçeği: Ortalama motor dürtüsellik puanları alkol bağımlılarında $22,53 \pm 5,48$, kannabis bağımlılarında $22,03 \pm 3,2$ ve sağlıklı kontrollerde $16,96 \pm 2,87$ idi. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$, $F=17,4$, $df=2$). Kontrol grubunun motor dürtüsellik puanları, alkol ve kannabis gruplarına göre daha düşüktü (her iki grup için $p < 0,001$). Alkol ve kannabis grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Plansızlık Alt Ölçeği: Plansızlık alt ölçeği ortalama puanları alkol bağımlılarında $27,63 \pm 4,7$, kannabis bağımlılarında $28,53 \pm 3,37$ ve sağlıklı kontrollerde $19,76 \pm 4,5$ idi. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$, $F=38,8$, $df=2$). Kontrol grubunun plansızlık puanları, bağımlı gruplardan daha düşük idi (her iki grup için $p < 0,001$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında plansızlık puanları farklılık göstermedi.

Tablo-9: Alkol bağımlıları, kannabis bağımlıları ve sağlıklı kontrol gruplarının Barratt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	Alkol (s=30)	Kannabis (s=30)	Kontrol (s=30)	F	Tukey
Barratt toplam	$67,26 \pm 10,5$	$67,83 \pm 7,9$	$50,1 \pm 7,61$	F=39,6***	Alkol - kontrol: p<0,001 Esrar – kontrol: p<0,001 Alkol – Esrar: p=0,58

Barrat - Dikkatsizlik	17,1 ± 3	17,26 ± 2,9	13,36 ± 2,6	F=18,1***	Alkol - kontrol: p<0,001 Esrar – kontrol: p<0,001 Alkol – Esrar: p=0,97
Barratt - Motor Dürtüsellik	22,53 ± 5,48	22,03 ± 3,2	16,96±2,87	F=17,4***	Alkol - kontrol: p<0,001 Esrar – kontrol: p<0,001 Alkol – Esrar: p=0,88
Barratt - Plansızlık	27,63 ± 4,7	28,53±3,37	19,76 ± 4,5	F=38,8***	Alkol - kontrol: p<0,001 Esrar – kontrol: p<0,001 Alkol – Esrar: p=0,7

* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

4.3 Alkol ve Kannabis ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Cloninger Mizaç ve Karakter Özellik Puanları Açısından Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan grupların Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) boyutlarının ortalama puanları karşılaştırıldı. Örneklem sayısının düşük olması sebebi ile boyutların alt ölçekleri analize dahil edilmedi.

4.3.1 Mizaç Özellikleri

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking, NS): Alkol bağımlılarının yenilik arayışı ortalama puanı $19,86 \pm 5,48$, kannabis bağımlılarının $20,66 \pm 5,74$, sağlıklı kontrollerin $16,26 \pm 3,42$ idi. Yenilik arayışı boyutu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,01$ $F=6,6$, $df=2$). Kontrol grubunun yenilik arayışı puanları, alkol ve kannabis gruplarından daha düşük idi (sırasıyla $p=0,01$, $p < 0,01$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında yenilik arayışı özelliği açısından farklılık saptanmadı.

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance, HA): Alkol bağımlılarının zarardan kaçınma ortalama puanı $16,7 \pm 6,5$, kannabis bağımlılarının $13,93 \pm 4,27$, sağlıklı kontrollerin $14,16 \pm 4,15$ idi. Zarardan kaçınma boyutu açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,07$ $F=2,73$, $df=2$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında da fark gözlenmedi.

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence, RD): Alkol bağımlılarının ödül bağımlılığı ortalama puanı $13,8 \pm 2,5$, kannabis bağımlılarının $12,46 \pm 3,3$, sağlıklı kontrollerin $13,36 \pm 3,4$ idi. Zarardan kaçınma ölçütü açısından üç grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,2$ $F=1,43$, $df=2$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında da fark yoktu.

Sebat Etme (Persistancy, P): Sebat etme ortalama puanları alkol bağımlılarında $4,93 \pm 1,72$, kannabis bağımlılarında $4,86 \pm 1,8$, sağlıklı kontrollerde $5,13 \pm 1,77$ idi. Üç grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,83$, $F=0,186$, $df=2$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında da fark gözlenmedi.

4.3.2 Karakter Özellikleri

Kendini Yönetme (Self Directedness, S): Ortalama puanlar alkol bağımlılarında $24,6 \pm 9$, kannabis bağımlılarında $27,86 \pm 5,12$, sağlıklı kontrol grubunda $28,16 \pm 6,44$ idi. Kendini yönetme ortalama puanları istatistiksel olarak her üç grup arasında benzer bulundu ($p=0,11$ $F=2,25$, $df=2$). Alkol ve esrar bağımlıları arasında da farklılık saptanmadı.

İşbirliği Kurma (Cooperativeness, C): Alkol grubundaki hastaların ortalama işbirliği kurma puanı $27,16 \pm 6,22$, kannabis grubunda $26,23 \pm 7,46$, sağlıklı kontrol grubunda ise $29,4 \pm 5,48$ idi. Üç grup arasında işbirliği kurma özelliği açısından fark bulunmadı ($p=0,15$ $F=1,91$, $df=2$). Alkol ve kannabis grupları arasında da istatistiksel

olarak fark saptanmadı.

Kendini Aşma (Self Transcendence, ST): Kendini aşma ortalama puanları alkol grubunda $19,8 \pm 5,5$, kannabis grubunda $16,73 \pm 6$, sağlıklı kontrol grubunda ise $19,8 \pm 7$ idi. Üç grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,08$, $F=2,5$, $df=2$). Alkol ve kannabis bağımlıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Verilerin özetleri tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo-10: Alkol bağımlılığı, kannabis bağımlılığı ve kontrol gruplarının mizaç ve karakter boyutları açısından karşılaştırılması

	Alkol (s=30)	Kannabis (s=30)	Kontrol (s=30)	Tek Yönlü ANOVA	Tukey
Yenilik Arayışı (NS)	$19,86 \pm 5,48$	$20,66 \pm 5,74$	$16,26 \pm 3,42$	F=6,6**	Alkol - kontrol: p=0,01 Esrar - kontrol: p<0,01 Alkol - Esrar: p=0,8
Zarardan Kaçınma (HA)	$16,7 \pm 6,5$	$13,93 \pm 4,27$	$14,16 \pm 4,15$	F=2,73 p=0,07	Alkol - kontrol: p=0,13 Esrar - kontrol: p=0,98 Alkol - Esrar: p=0,8
Ödül Bağımlılığı	$13,8 \pm 2,5$	$12,46 \pm 3,3$	$13,36 \pm$	F=1,43	Alkol - kontrol:

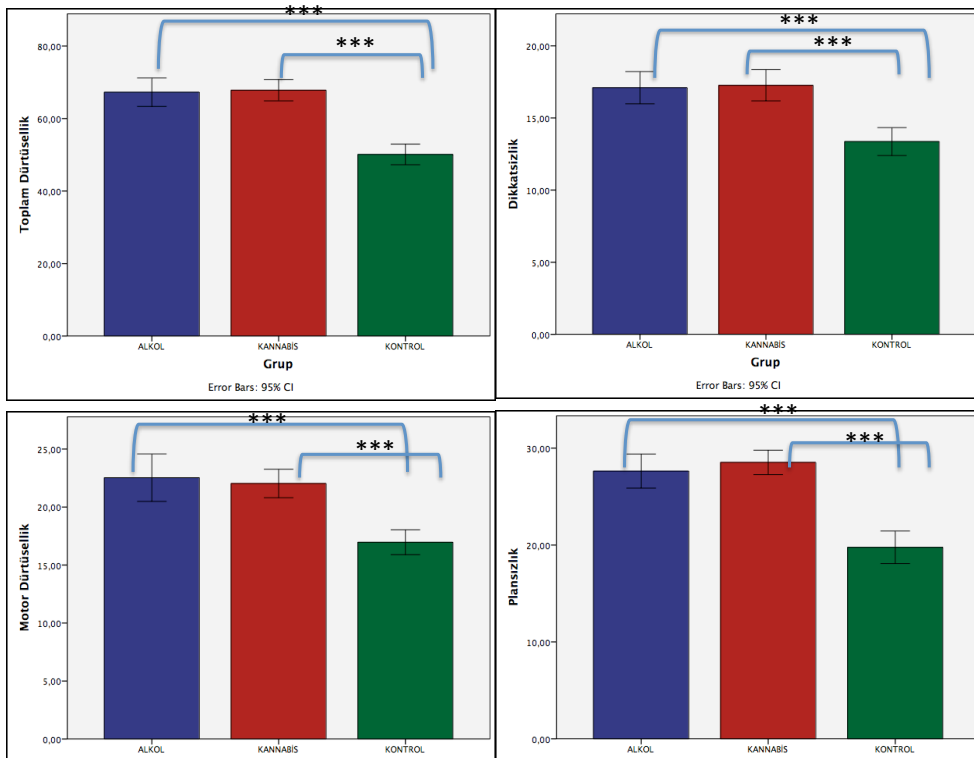
(RD)			3,4	p=0,24	p=0,85 Esrar – kontrol: p=0,5 Alkol – Esrar: p=0,22
Sebat Etme (P)	4,93 ± 1,72,	4,86 ± 1,8	5,13 ± 1,77	F=0,18 p=0,83	Alkol - kontrol: p=0,9 Esrar – kontrol: p=0,82 Alkol – Esrar: p=0,98
Kendini Yönetme (S)	24,6 ± 9	27,86 ± 5,12	28,16 ± 6,44	F=2,25 p=0,11	Alkol - kontrol: p=0,14 Esrar – kontrol: p=0,98 Alkol – Esrar: p=0,2
İşbirliği Kurma (C)	27,16 ± 6,22	26,23 ± 7,46	29,4 ± 5,48	F=1,9 p=0,15	Alkol - kontrol: p=0,37 Esrar – kontrol:

					p=0,14 Alkol – Esrar: p=0,84
Kendini Aşma (ST)	19,8 ±5,5	16,73 ± 6	28,16 ±6,44	F=2,5 p=0,08	Alkol - kontrol: p=1 Esrar – kontrol: p=0,13 Alkol – Esrar: p=0,13

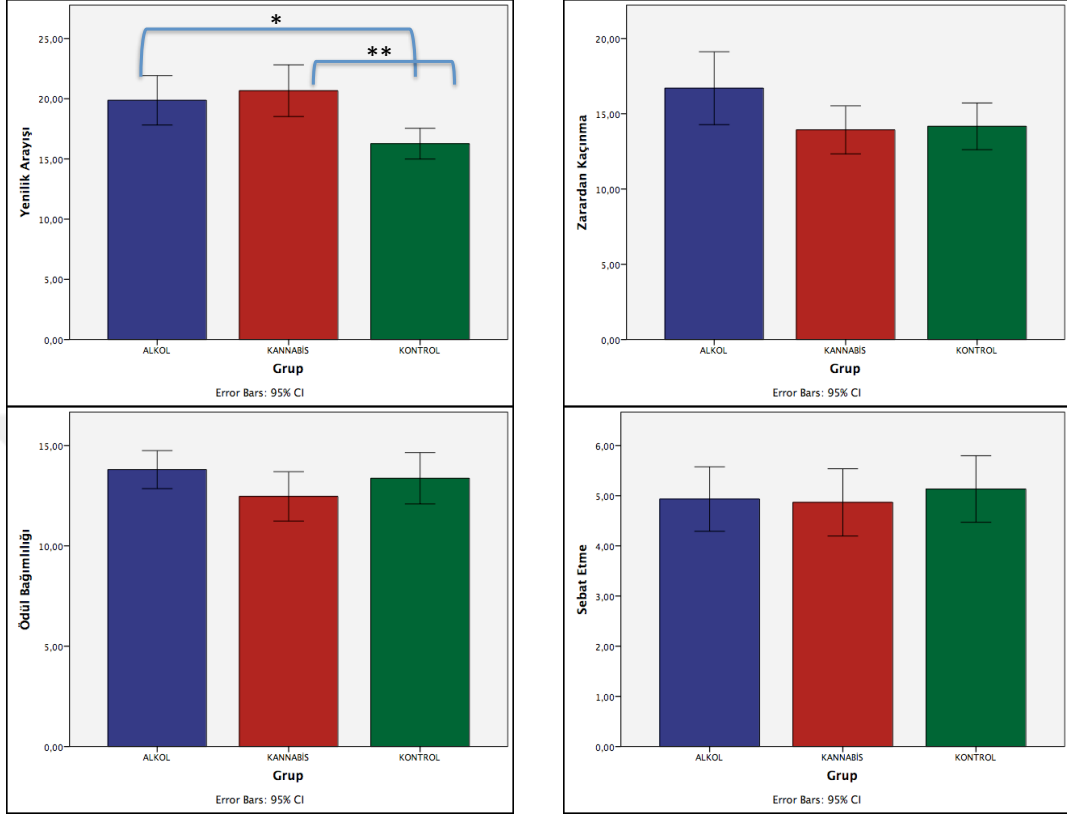
* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Alkol ve kannabis grubu ile sağlıklı kontrollerin toplam ve alt ölçek dürtüsellik puanları ile yenilik arama boyutları şekil - 4, 5 ve 6'da özetlenmiştir.

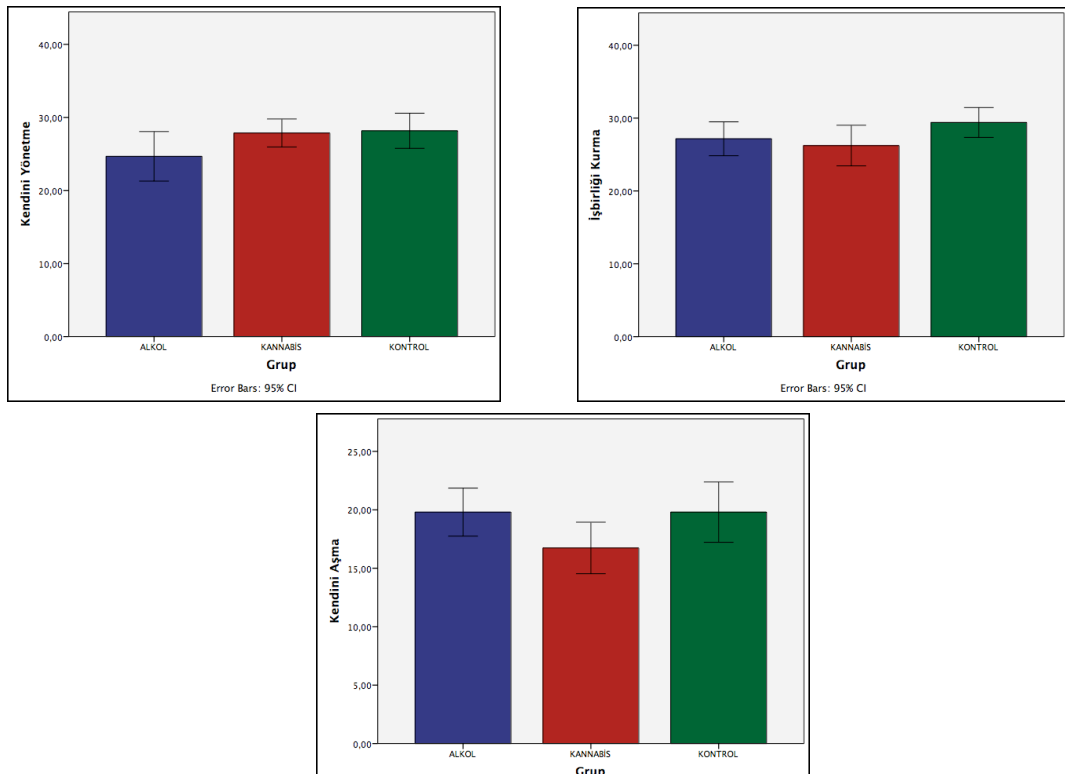
Şekil – 4: Alkol bağımlıları, kannabis bağımlıları ve kontrol gruplarının dürtüsellik puanları (* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001)



Şekil – 5: Alkol bağımlıları, kannabis bağımlıları ve kontrol gruplarının mizaç özellikleri (* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001)



Şekil - 6: Alkol bağımlıları, kannabis bağımlıları ve kontrol gruplarının karakter özellikleri (* p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001)



4.4 Dürtüsellik, Alkol veya Kannabis Kullanım Özellikleri ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

4.4.1 Tüm Örneklem Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Cloninger Mizaç Karakter Envanter Ortalama Puanları Arasındaki İlişki

Kendini yönetme ve kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki ($r:0,23$, $p=0,3$) saptanmıştır. Toplam dürtüsellik puanları ile mizaç ve karakterin diğer boyutları arasında ilişki saptanmamıştır.

Eğitim düzeyi ile yenilik arayışı arasında pozitif bir ilişki ($r:0,25$, $p=0,01$), kendini aşma ile negatif ilişki ($r:-0,20$, $p=0,04$) saptanmıştır. Veriler tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo-11: Tüm örneklem yaşı ve eğitim durumu ile dürtüsellik özellikleri açısından Pearson korelasyon testi r değerleri.

	Yaş	Eğitim Durumu (Yıl)
Barratt Toplam	-,11	0
Barratt Dikkatsizlik	-,04	-,11
Barratt Motor	-,22*	,05
Barratt Plansızlık	-,02	,01
NS	-,18	,25*
HA	-,06	-,15
RD	,11	-,15
P	,12	-,11
S	,23*	,10
C	,16	-,07
ST	-,17	-,20*

Pearson korelasyon testi r değerleri, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.2 Tüm Örneklem Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile Cloninger Mizaç Karakter Envanteri Ortalama Puanları Arasındaki İlişki

Dürtüsellik toplam puanları ile tüm kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Yenilik arayışı ve zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif (sırasıyla $r:0,56$, $p<0,001$ ve $r:0,25$, $p=0,01$); ödül bağımlılığı ($r:-0,26$, $p=0,01$), sebat etme ($r:-0,33$, $p<0,01$), kendini yönetme ($r:-0,40$, $p<0,001$) ve iş birliği kurma ($r:-0,39$, $p<0,001$) arasında negatif bir

ilişki saptandı.

Dikkatsizlik alt ölçeği ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki (sırasıyla $r=0.21$, $p=0,01$ ve $r:0.26$, $p=0,01$) vardı. Dikkatsizlik ile ödül bağımlılığı ($r:-0.25$, $p=0,01$), sebat etme ($r:-0.22$, $p=0,03$), kendini yönetme ($r:-0.40$, $p<0,001$) ve işbirliği kurma ($r:-0.26$, $p=0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulundu.

Motor dürtüsellik ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki, ($r:0.50$, $p<0,001$), ödül bağımlılığı ($r:-0.23$, $p=0,02$), sebat etme ($r:-0.34$, $p=0,001$), kendini yönetme ($r:-0.40$, $p<0,001$) ve işbirliği kurma ($r:-0.27$, $p=0,008$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulundu.

Plansızlık ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki (sırasıyla $r=0.52$, $p<0,001$ ve $r:0.30$, $p=0,004$) vardı. Plansızlık ile sebat etme ($r:-0.27$, $p=0,009$), kendini yönetme ($r:-0.28$, $p=0,007$) ve işbirliği kurma ($r:-0.43$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulundu. Veriler tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo-12: Tüm örneklemin dürtüsellik puanları ile kişilik boyutları arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Barratt Toplam	Barratt Dikkatsizlik	Barratt Motor	Barratt Plansızlık
NS	,56***	,40**	,50***	,52***
HA	,25*	,26*	,08	,30**
RD	-,26*	-,25*	-,23*	-,20
P	-,33**	-,22*	-,34**	-,27**
S	-,40***	-,39***	-,39***	-,28**
C	-,39***	-,26*	-,27**	-,43***
ST	-,02	-,01	-,01	-,05

Pearson korelasyon testi r değerleri, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.3 Tüm Örneklemin Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki

Yenilik arayışı ile zarardan kaçınma ve kendini aşma hariç tüm parametrelerle istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki (tüm değerler $r:-0.20$, $p<0,05$) saptanmıştır. Zarardan kaçınma ve kendini aşma ile bir ilişki bulunmamıştır.

Zarardan kaçınma ile kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki (sırasıyla $r:-0.43$, $p<0,001$), kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($r:0.27$, $p=0,009$). Diğer parametrelerle herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Ödül bağımlılığı ile sebat etme ($r=0.34$, $p=0,001$, kendini yönetme ($r=0.37$, $p<0,001$) ve iş birliği kurma ($r=0.53$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki var idi. Ödül bağımlılığı ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptandı ($r=-0.27$, $p=0,008$).

Sebat etme ile ödül bağımlılığı ($r:0.34$, $p=0,001$), kendini yönetme ($r:0.21$, $p=0,46$) ve iş birliği kurma ($r:0.41$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki var idi.

Kendini yönetme ile yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki (sırasıyla $r:-0.30$, $p=0,004$, $r:-.43$ $p<0,001$, $r:-0.50$, $p<0,001$), ödül bağımlılığı ($r:0.37$, $p<0,001$), sebat etme ($r:0.21$, $p=0,04$), işbirliği kurma ($r:0.46$, $p<0,001$) ve kendini aşma ($r=1$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı.

İşbirliği kurma ile ödül bağımlılığı ($r:0.53$, $p<0,001$), sebat etme ($r:0.41$, $p<0,001$) ve kendini yönetme ($r:0.46$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanırken, yenilik arayışı ile negatif bir ilişki bulundu ($r:-0.51$, $p<0,001$).

Kendini aşma ile kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptandı ($r:-0.50$, $p<0,001$). Zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı olarak pozitif ilişki içerisindeydi ($r:0.27$, $p=0,009$).

4.4.4 Alkol Bağımlılarında Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi

Alkol bağımlılarının yaşı ile dürtüsellik toplam puanları ve motor dürtüsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r:-0.4$, $p=0,03$, $r:-0.4$, $p=0,24$). Yaş ile ödül bağımlılığı ($r:0.4$, $p=0,03$) ve kendini yönetme ($r:0.44$ $p=0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Tüm örneklerden farklı olarak yaş ile toplam dürtüsellik ve ödül bağımlılığı arasında ilişki bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile dürtüsellik, mizaç ve karakter özellikleri arasında ilişki

bulunmamıştır. Alkol bağımlıları tüm örneklemeden eğitim düzeyi ile yenilik arayışı ve kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaması açısından farklılık göstermiştir. Veriler tablo-13'te özetlenmiştir.

Tablo-13: Alkol bağımlılarının yaş ve eğitim durumu ile dürtüsellik ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Yaş	Eğitim Durumu (Yıl)
Barratt Toplam	-,39*	-,10
Barratt Dikkatsizlik	-,27	-,21
Barratt Motor	-,41*	,06
Barratt Plansızlık	-,22	,17
NS	-,30	,05
HA	-,07	,01
RD	,40*	-,23
P	,31	,13
S	,44*	-,20
C	,21	,05
ST	-,21	,01

Pearson korelasyon testi r değerleri, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.5 Alkol Bağımlılarında Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

Alkol bağımlılarında toplam dürtüsellik puanları ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki vardı (r:0.66, p<0,001). Toplam dürtüsellik puanları ile ödül bağımlılığı (r:-0.52, p=0,003), sebat etme (r:-0.62, p<0,001), kendini yönetme (r:-0.66, p<0,001) ve işbirliği yapma (r:-0.55, p=0,002) ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki içerisindedir.

Alkol grubunda dikkatsizlik, yenilik arayışı ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif (r:0.37, p=0,04), ödül bağımlılığı (r:-0.45, p=0,01) ve kendini yönetme (r:-0.52, p=0,003) ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki içerisinde idi.

Motor dürtüsellik ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardır (r:0.60, p<0,001). Sebat etme ve kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptandı (sırasıyla r:-0.58, p=0,001, r:-0.53, p=0,003).

Alkol bağımlılarında plansızlık ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki mevcuttur (sırasıyla r:0.54, p=0,002, r=0.48, p=0,006). Plansızlık ile ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini

yönetme ve işbirliği kurma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0.47$, $p=0,008$, $r=-0.49$, $p=0,006$, $r=-0.53$ $p=0,002$, $r=-0.67$ $p<0,001$). Veriler tablo 14’te özetlenmiştir.

Tablo-14: Alkol bağımlılarının dürtüsellik ve kişilik boyutları arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Barratt Toplam	Barratt Dikkatsizlik	Barratt Motor	Barratt Plansızlık
NS	,66***	,37*	,60***	,54**
HA	,30	,26	,02	,49**
RD	-,52**	-,45*	-,34	-,47**
P	-,62***	-,36	-,58**	-,49**
S	-,66***	-,52**	-,53**	-,53**
C	-,55**	-,28	-,31	-,67***
ST	,13	,27	-,00	,11

Pearson korelasyon testi r değerleri, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma.

4.4.6 Alkol Bağımlılarının Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki

Alkol bağımlılarında yenilik arayışı ile kendini yönetme ve işbirliği kurma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki vardır (sırasıyla $r=-0.49$, $p=0,006$, $r=-0.58$, $p=0,001$). Diğer kişilik özellikleri ile bir ilişki saptanmamıştır.

Alkol bağımlılarında zarardan kaçınma ile ödül bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki vardır (sırasıyla $r=-0.43$, $p=0,01$). Zarardan kaçınma ile kendini aşma arasında pozitif bir ilişki bulundu ($r:0.38$, $p=0,03$).

Alkol grubunda ödül bağımlılığı ile zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki var idi ($r:-0.45$, $p=0,01$). Sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği kurma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulundu (sırasıyla $r:0.45$, $p=0,01$, $r:0.52$, $p=0,003$, $r:0.43$).

Sebat etme ile ödül bağımlılığı ve kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardı (sırasıyla $r:0.45$, $p=0,01$, $r:0.39$, $p=0,03$). Diğer parametreler ile ilişki saptanmadı.

Kendini yönetme ile yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve kendini aşma

arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptandı (sırasıyla $r:0.49$, $p=0,006$, $r:0.40$, $p=0,02$, $r:-0.40$, $p=0,03$). Ödül bağımlılığı, sebat etme ve işbirliği ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulundu (sırasıyla $r:0.52$, $p=0,003$, $r:0.39$, $p=0,03$, $r:0.58$ $p=0,001$).

Alkol grubunda işbirliği ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki mevcuttur ($r:-0.58$, $p=0,001$). Ödül bağımlılığı ve kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardı (sırasıyla $r:0.43$, $p=0,01$, $r:0.58$ $p=0,001$).

Kendini aşma ile zarardan kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ($r:0.38$, $p=0,03$), kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki ($r:-0.4$, $p=0,03$) mevcuttur.

4.4.7 Kannabis Bağımlılarında Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi

Kannabis bağımlılarında yaş ile herhangi bir dürtüsellik veya kişilik özelliği arasında ilişki saptanmadı.

Kannabis bağımlılarında eğitim düzeyi ile yenilik arayışı ve kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki vardır (sırasıyla $r:0.53$, $p=0,002$, $r:0.38$, $p=0,03$). Zarardan kaçınma, kendini aşma ve sebat etme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r:-0.39$, $p=0,03$, $r:-0.44$, $p=0,01$, $r:-0.39$, $p=0,03$). Eğitim düzeyi ile dürtüsellik hiçbir boyutu ilişkili değildir. Veriler tablo 15'te özetlenmiştir.

Tablo-15: Kannabis örnekleminin yaş ve eğitim durumu ile dürtüsellik ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Yaş	Eğitim Durumu (Yıl)
Barratt Toplam	-,21*	-,28
Barratt Dikkatsizlik	-,08	-,30
Barratt Motor	-,30*	-,18
Barratt Plansızlık	-,11	,27
NS	-,30	,53**
HA	,16	-,40*
RD	,10*	-,17
P	-,02	,40*

S	,07*	,38*
C	,15	,31
ST	-,24	-,44*

Pearson korelasyon testi r değerleri, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.8 Kannabis Bağımlılarında Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

Kannabis grubunda toplam dürtüsellik, dikkatsizlik, plansızlık ve motor dürtüsellik ile kişilik özellikleri arasında ilişki saptanmamıştır. Veriler tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo-16: Kannabis örnekleminin dürtüsellik özellikleri ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Barratt Toplam	Barratt Dikkatsizlik	Barratt Motor	Barratt Plansızlık
NS	,23	,22	,11	,23
HA	,06	-,04	-,06	,08
RD	-,12	-,10	-,11	-,7
P	-,13	-,18	,01	-,16
S	,10	-,06	,8	-,21
C	-,09	-,12	-,8	-,18
ST	,10	-,03	-,03	,11

Pearson korelasyon testi r değerleri, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.9 Kannabis Bağımlılarının Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki

Kannabis grubunda yenilik arayışı ile ödül bağımlılığı, sebat etme ve işbirliği yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki vardır (sırasıyla r:-0.43, p=0,01, r:-0.59, p=0,001, r:-0.49, p=0,006). Diğer parametreler ile ilişki yoktur.

Zarardan kaçınma ile herhangi bir boyut arasında ilişki yoktur.

Ödül bağımlılığı ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif

ilişki vardır ($r:-0.43$, $p=0,01$). Sebat etme ve işbirliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r:0.38$, $p=0,03$, $r:0.60$, $p<0,001$).

Sebat etme ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki vardır ($r:-0.059$, $p=0,001$). Ödül bağımlılığı, kendini aşma ve işbirliği yapma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r:0.38$, $p=0,03$, $r:0.56$, $p=0,001$, $r:0.57$, $p=0,001$).

Kendini yönetme ile kendini aşma parametresi haricinde hiçbir parametre ile korelasyon saptanmamıştır. Kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon vardır. ($r:-0.55$, $p=0,001$).

İşbirliği yapma ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon vardır ($r:-0.49$, $p=0,006$). Ödül bağımlılığı ve sebat etme ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r:0.60$, $p<0,001$, $r:0.57$, $p=0,001$).

Kendini aşma ile kendini yönetme parametresi haricinde hiçbir parametre ile korelasyon saptanmamıştır. Kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon vardır ($r:-0.55$, $p=0,001$).

4.4.10 Alkol Kullanım Miktarı, Başlangıç yaşı ve Bağımlılık Süresi ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakterlerinin İlişkisi

Alkole başlama yaşı ile dürtüsellik ve kişilik boyutları arasında ilişki saptanmadı.

Alkol kullanım süresi ile dürtüsellik arası ilişki bulunmadı. Süre ile sadece ödül bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı ($r:0.38$, $p=0,03$).

Alkole kullanım miktarı ile dürtüsellik ve kişilik boyutları arasında ilişki yoktu.

4.4.11 Kannabis Kullanım Miktarı, Başlangıç yaşı ve Bağımlılık Süresi ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakterlerinin İlişkisi

Kannabis grubunda başlama yaşı ile dürtüsellik arası ilişki yoktu. Sadece zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulundu ($r:0.39$, $p=0,03$).

Kannabis kullanım süresi ile dürtüsellik ve kişilik boyutları arasında ilişki yoktu.

Kannabis kullanım miktarı ile dürtüsellik ve kişilik boyutları arasında ilişki saptanmadı.

4.4.12 Sağlıklı Kontrol Grubunda Yaş ve Eğitim Düzeyleri ile Dürtüsellik ve Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi

Kontrol grubunda yaş ile herhangi bir dürtüsellik veya kişilik özelliği arasında ilişki yoktur.

Eğitim düzeyi ile sadece kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (r:-0,44, p=0,01). Veriler tablo 17'de özetlenmiştir.

Tablo-17: Sağlıklı kontrol grubunun yaş ve eğitim durumu ile dürtüsellik ve mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Yaş	Eğitim Durumu (Yıl)
Barratt Toplam	,09	,11
Barratt Dikkatsizlik	-,9	-,16
Barratt Motor	-,18	,32
Barratt Plansızlık	,7	,8
NS	,8	,27
HA	,4	-,30
RD	-,13	-,13
P	,11	-11,
S	,23	,13
C	,15	,31
ST	-,24	-,44*

Pearson korelasyon testi r değerleri, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.13 Sağlıklı Kontrol Grubunda Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

Kontrollerde dürtüsellik toplam puanı ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardır (sırasıyla n:0.47, p=0,008, n:0.44, p=0,01). Yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği kurma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0.37, p=0,04, r:-0.37, p=0,04, r:-0.50, p=0,004, r:-0.47, p=0,008).

Dikkatsizlik ile zarardan kaçınma ve kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardır (r:0.56, p=0,001, r:0.41, p=0,02). Dikkatsizlik ile kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur (sırasıyla r:-0.53, p=0,003, r:-0.60 p=0,001). Diğer parametreler ile ilişki saptanmadı.

Motor dürtüsellik ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki vardır (r:0.38, p=0,03). Ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği kurma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki içerisindedir (sırasıyla r:-0.41,p=0,02, r:-0.47, p=0,008, r:-0.44, p=0,001, r:-0.48, p=0,007). Diğer parametreler ile ilişki saptanmadı.

Kontrol grubunda plansızlık ile zarardan kaçınma istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki içerisinde idi (r:0.49, p=0,005). İşbirliği kurma ile negatif ilişki saptandı (r:-0.38, p=0,03). Diğer parametreler ile ilişki saptanmadı (Tablo-18).

Tablo-18: Sağlıklı kontrol grubunun dürtüsellik ile kişilik boyutları arasındaki ilişki (Tablo içerisinde Pearson korelasyon katsayıları gösterilmiştir)

	Barratt Toplam	Barratt Dikkatsizlik	Barratt Motor	Barratt Plansızlık
NS	,47**	,11	,38*	,49**
HA	,44*	,56**	-,12	,34
RD	-,37*	-,31	-,41*	-,17
P	-,37*	-,10	-,47**	-,27
S	-,50*	-,53**	-,45*	-,26
C	-,47*	-,19	-,48**	-,38*
ST	-,5	-,3	-,03	,9

Pearson korelasyon testi r değerleri, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. NS: Yenilik arayışı, HA: Zarardan kaçınma, RD: Ödül bağımlılığı, P: Sebat etme, S: Kendini yönetme, C: İşbirliği yapma, ST: Kendini aşma

4.4.14 Sağlıklı Kontrol Grubunun Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri Boyutları Arasındaki İlişki

Kontrol grubunda yenilik arayışı ile sebat etme boyutu dışında ilişki saptanmadı. Sebat etme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptandı (r:-0.52, p=0,003).

Zarardan kaçınma ile sadece kendini yönetme boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki gözlemlendi (sırasıyla r:-0.54, p=0,002).

Ödül bağımlılığı ile kendini yönetme ve işbirliği yapma boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı (sırasıyla $r:0.51$, $p=0,004$, $r=0.57$, $p=0,001$). Diğer parametreler ile ilişki saptanmadı.

Sebat etme ile sadece yenilik arayışı boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptandı ($r:-0.52$, $p=0,003$).

Kontrol grubunda kendini yönetme ile zarardan kaçınma ve kendini aşma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulundu (sırayla $r:-0.54$, $p=0,004$, $r:-0.64$, $p<0,001$). Ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı ($r:0.58$, $p=0,001$).

İşbirliği yapma ile ödül bağımlılığı ve kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı (sırasıyla $r=0.58$, $p=0,001$, $r:0.51$, $p=0,004$).

Kontrol grubunda kendini aşma ile kendini yönetme arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulundu ($r:-0.64$, $p<0,001$). Diğer boyutlar ile ilişki saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda alkol ve kannabis bağımlıları ile sağlıklı kontroller, dürtüsellik ve mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Çalışmamız, alkol ve esrar bağımlı gruplarını dürtüsellik ve mizaç özellikleri açısından karşılaştıran ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır.

Çalışmamız sonuçlarına göre sağlıklı kontrollere göre daha dürtüsel bulunmuştur. Alkol ve kannabis grupları arasında ise dürtüsellik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda mizaç ve karakter özellikleri incelendiğinde, alkol ve kannabis bağımlılarında yenilik arayışının, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm diğer mizaç ve karakter boyutları ile sağlıklı kontroller ve bağımlılar arasında farklılık saptanmamıştır. Alkol ve kannabis bağımlıları arasında ise mizaç ve karakter boyutları benzer bulunmuştur.

Dürtüsellik, hızlı karar alma, plan yapamama ve risk alma ile ilişkilidir. Hızlı ve kolay ulaşılabilir ödüllerin dikkatle değerlendirilerek ertelenmesi yerine eylemlerle daha geç erişilebilir ancak daha faydalı ödüllere tercihi bağımlılığın oluşumunda önemli bir mekanizma olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda alkol ve kannabis bağımlılarının sağlıklı bireylerden daha dürtüsel olduğu saptanmıştır. Bu fark, dikkatsizlik, plansızlık ile eylem başlatmayı engelleme anlamına gelen motor dürtüsellik alanlarında da saptanmıştır.

Björk ve arkadaşlarının detoksifikasyon tedavisini tamamlayan 130 alkol bağımlısını sağlıklı kontrollerle Barratt dürtüsellik ölçeği (BIS) ve devamlı performans testi ile risk alma paradigması gibi nörobilişsel testlerle karşılaştırdıkları çalışmasında, alkol bağımlıları sağlıklı kontrollere göre daha dürtüsel saptanmıştır (153). Ancak psikiyatrik eş tanılar göz önüne alınmamıştır. Ülkemizde detoksifikasyon tedavisini tamamlayan alkol bağımlıları ile sağlıklı kontrolleri BIS kullanarak karşılaştıran bir çalışmada da alkol bağımlıları çalışmamızla benzer bir şekilde plansızlık, motor dürtüsellik ve dikkatsizlik alt bileşenleri dahil olmak üzere daha dürtüsel bulunmuştur (75). Ancak bu çalışmada alkol bağımlılarının sağlıklı kontrollerden daha yaşlı olduğu ve psikiyatrik eş tanılarının dikkate alınmadığı görülmüştür. Çalışmamızda, alkol bağımlılarında eksen – 1 psikiyatrik eş tanılarını dışlanmış ve yaş özellikleri açısından alkol ve sağlıklı kontrol grupları eşleşmiştir.

Çalışmamız, literatürle uyumlu olmakla birlikte, bu açılardan önceki iki çalışmadan daha güvenilir sonuçlar vermiştir.

Çalışmamızın sonuçları, kannabis kullanan veya bağımlısı olan kişilerin sağlıklı bireylerden daha dürtüsel olduğu bildiren araştırmaların sonuçları ile tutarlıdır (114). Lamers ve arkadaşları ile Wesley ve arkadaşları tarafından yürütülen iki çalışmada, kannabis bağımlıları Iowa kumar testi kullanılarak karar verme açısından karşılaştırmış, iki çalışmada da kannabis bağımlıları sağlıklı kontrollerden daha düşük performans göstermiştir (154, 155). Bu çalışmalar, BIS'in sadece plansızlık boyutu ile ilişkilendirilmiş (163), diğer dürtüsellik boyutlarını ele almadıkları için eleştirilmiş ve az sayıda örnekleme psikiyatrik eş tanıları dışlamadan yapılmışlardır. Gruber ve arkadaşları tarafından 15 erişkin kannabis bağımlısı ve 15 erişkin sağlıklı kontrolün BIS kullanılarak karşılaştırıldığı çalışmada, kannabis grubunun toplam ve motor dürtüsellik puanları daha yüksek saptanırken, adölesanlarda yapılan benzer bir çalışmada kannabis bağımlılarında sadece plansızlık alt ölçeği yüksek bulunmuştur (156, 157). Bu çalışmalar az sayıda örnekleme yapılmış, katılımcıların kannabis ile intoksike olmaları ve psikiyatrik eş tanıları dikkate alınmamıştır. Çalışmamız, daha geniş örnekleme ile madde intoksikasyonu ve psikiyatrik eş tanı gibi karıştırıcı faktörleri dışladığından bu çalışmalardan üstündür.

Dürtüsellik ile bağımlılık arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir (86). Bazı yazarlar, dürtüsellüğün bağımlılık gelişiminde bir endofenotip olarak ele alınabileceğini belirtirken, bazı yazarlar ise dürtüsellüğün erken yaşta (özellikle adölesan dönemde) maddeye başlama ile ilişkili olduğunu öne sürerek bu yaklaşıma karşı çıkmaktadır (86). İngiltere'de BIS kullanılarak yapılan, madde bağımlıları, bağımlıların herhangi bir psikiyatrik tanı öyküsü olmayan kardeşleri ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, kardeş grubunun sağlıklı kontrollerden daha çok, bağımlılardan ise daha az dürtüsel olduğu bulunmuştur. Yazarlar, dürtüsel kişilerin alkol ve madde kullanımına daha yatkın olduğu, madde kullanımı ile tablonun daha da kötüleştiğini öne sürerek endofenotip varsayımını desteklemiştir (158).

Çalışmamızda, alkol ve kannabis bağımlıları sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel ve ortalama 17 yaşında (adölesan dönemde) alkol veya kannabis kullanmaya başlamışlardır. Öyleyse çalışma sonuçlarımız endofenotip varsayımını

destekleyecek kadar kapsamlı olmamakla birlikte, adölesan dönemde başlangıç varsayımıyla paraleldir. Dürtüsellik ve bağımlılık arasındaki çift yönlü ilişkinin analizi için daha büyük örneklemler, farklı cinsiyet ve hasta yakınlarını da kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda alkol ve kannabis bağımlıları dürtüsellik açısından benzer bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, madde bağımlılarının alkol bağımlılarından, her iki grubun ise sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel olduğu belirtilmiştir (75). Ancak bu çalışmada alkol bağımlıları sadece kannabis ile değil madde türü veya çoklu madde kullanımının dikkate alınmadığı bağımlı grupları ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca gruplar sosyodemografik özellikler ve madde kullanım süreleri açısından tam olarak eşleşmemiştir. Önceki çalışmada sosyodemografik verilerin farklılığı ve opioid, psikostimülan gibi diğer maddelerin de araştırmaya dahil edilmesi bu farka yol açmış olabilir. Çalışmamızda ise sadece alkol ve sadece kannabis kullanan bağımlı grupları karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda, dürtüsellik ile alkol ve kannabis bağımlılarında yaşla ters ilişki içerisinde olduğu saptanmış, sağlıklı kontrollerde ise bu ilişki gösterilememiştir. Literatürde sağlıklı kontrollerle yapılan araştırmalar, dürtüsellikte en belirgin gerilemenin adölesanlık ve genç erişkinlik dönemleri arasında olduğu, erişkinlik dönemi sonrası dürtüsellik gerileme ivmesinin azalsa da gerilemenin sürdüğü gösterilmiştir (147). BIS kullanılarak 14-16 ile 20-22 yaş grupları arasında yapılan bir çalışmada yaş ile dürtüsellik azaldığı gösterilmiştir (159). Başka bir çalışmada ise 15-89 yaşları arasında BIS uygulanmış ve yaşla dürtüsellik arasında negatif ilişki saptanmıştır (160). Çalışmamızda sağlıklı kontrollerin nispeten dar bir yaş aralığı içerisinde dağılması ($30 \pm 5,8$) dürtüsellikte yaş ile azalmanın gözlenmesini engellemiş olabilir.

Littlefield ve arkadaşları tarafından 18-35 yaşları arasındaki üniversite öğrencilerinin Eysenck Kişilik Envanteri kullanılarak dürtüsellik açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, yaşla birlikte problemler alkol kullananlarda dürtüsellik azaldığı saptanmıştır. Ayrıca bu azalmanın evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Yazarlar bu durumu olgunlaşmaya bağlamışlardır (161). Çalışmamızda alkol bağımlıları önceki çalışmaya yakın bir yaş aralığındadır (34 ± 6) ve farklı bir ölçek kullanılsa da alkol bağımlılarında yaş ile dürtüsellik

ilişkisi açısından benzer bir sonuç bulunmuştur. Literatürde erişkin kannabis bağımlılarında yaş ve dürtüsellik ilişkisini araştıran bir çalışma yoktur. Çalışmamız erişkin kannabis bağımlılarında dürtüsellik yaş ile azaldığını bildiren ilk çalışmadır. Literatürde madde bağımlılarında yaş ile dürtüsellik ilişkisini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda kesin bir sonuca varmak için daha kapsamlı ve büyük örneklemlerle izlem çalışmaları yapılmalıdır.

Mizaç ve karakter boyutları açısından alkol ve kannabis bağımlılarının yenilik arayışı skorları, sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yenilik arayışı yüksek olan bireyler, alt ölçeklerin incelediği üzere dürtüsel, müsrif, heyecan arayışı yüksek ve düzensiz kişilerdir. Bağımlılar bilindiği üzere dürtüsel, alkol veya maddenin verdiği hazzı diğer yaşamsal aktivitelere tercih eden, alkol ve madde kullanımı dolayısıyla ekonomik sorunlar yaşayan ve sosyal – mesleki yaşantılarında sorunlar yaşayan bireylerdir. Literatürde bağımlılıkla en çok ilişkili mizaç boyutu yenilik arayışı olarak saptanmıştır (130,150, 151, 152). Çalışmamız bu literatürle uyumludur.

Çalışmamızda yenilik arayışı dışındaki mizaç ve karakter özellikleri açısından bağımlı gruplarının arasında ve sağlıklı kontrol grubu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde karşılaşılan veriler çelişkilidir. Alkol ve diğer madde bağımlılarını sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir araştırmada, alkol bağımlılarında yenilik arayışında yüksek puanlar, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığında orta/düşük puanlar, “sebat etme” de ise düşük puanlar bulunmuştur (130). Çalışmamızla karşılaştırıldığında bu araştırmanın daha geniş bir örnekleme yapılmış olması ve kadın cinsiyeti de kapsamı güçlü, psikiyatrik eş tanıları dışlamaması ise zayıf yönleridir. Brezilya’da yapılan bir çalışmada 208 kişiden oluşan alkol bağımlısı örnekleminde düşük zarardan kaçınma ve yüksek yenilik arayışı puanları saptanmıştır. Aynı çalışmada 45 kannabis bağımlısında sağlıklı kontrollere göre yüksek yenilik arayışı, ve ödül bağımlılığı ile düşük sebat etme saptanmıştır (132). Çalışmamızla kıyaslandığında örnekleme daha geniş ve kadınları da kapsayan bir çalışma olmasına karşın, ölçeklerin internet üzerinden yapılması ve eş tanılarının dışlanmaması çalışmanın güvenilirliğini ciddi oranda düşürmektedir. Hartman ve arkadaşları, literatürde bağımlılar ve sağlıklı kontroller arasında yenilik arayışı boyutu dışındaki sonuçları tutarsız olarak yorumlamışlardır (133).

Çalışmamızda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenirse de sağlıklı kontrollere göre bağımlı gruplarında, sebat etme, kendini yönetme, işbirliği kurma ve kendini aşma ortalamaları daha düşüktür. Bu durum, Bu durum istatistiksel güç yetersizliği ile ilişkili olabilir. Dolayısıyla bu özelliklerin daha büyük örneklemelerde tekrar araştırılması yararlı olacaktır.

Çalışmamızda yenilik arayışı açısından alkol ve kannabis grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde ek madde kullanımı olmayan alkol ve kannabis bağımlılarını karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Az sayıda örneklemle yapılan çalışmalarda da, madde bağımlılarının alkol bağımlılarına göre daha yüksek yenilik arayışı sergilediği bulunmuştur (134, 75). Chakroun ve arkadaşları alkol, kannabis, başka maddeler (kokain, eroin, metamfetamin ve uçucu) kullananları kendi aralarında ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, çalışmamızla benzer bir şekilde alkol ve madde kullanan gruplarla sağlıklı kontroller arasındaki tek mizaç ve karakter boyutu farkı yenilik arayışındadır. Aynı çalışmada madde kullanan gruplarda yenilik arayışı alkol kullanan gruptan yüksektir. (162) Ancak çalışmamızdan farklı olarak psikiyatrik eş tanı ve madde gruplarında alkol ve kannabis kullanımı dışlanmamıştır ve bağımlılık ölçütü aranmamıştır. Bahsedilen çalışmalarda ek madde veya alkol kullanımı ve diğer psikiyatrik eş tanılarının dışlanmaması, gruplar arasında demografik özellikler ile madde kullanım sürelerinin eşleştirilmemesi çalışmaların gücünü düşürmektedir. Çalışmamız gruplarda sadece alkol ve kannabis bağımlılarını içlemesi, tüm gruplarda psikiyatrik eş tanılarını dışlaması ve alkol ile kannabis gruplarının benzer demografik özellikler sergilemesi açısından üstündür.

Alkol ve kannabis bağımlıları arasında yenilik arayışı dışındaki mizaç ve karakter boyutları açısından da fark saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirse de kannabis bağımlılarında zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, işbirliği kurma ve kendini aşma skorları alkol grubundan düşük, kendini yönetme parametresi ise yüksektir. Sonuçlarda anlamlı farklılık saptanmaması, yine örneklemin küçüklüğüne bağlanabilir. Literatürde kannabis ve alkol bağımlılarını mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu farklılığı araştıran ilk çalışmadır.

Cloninger erken yaşta madde ve alkol kullanımına başlamanın yüksek yenilik

arayışı ve düşük zarardan kaçınma ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Aynı araştırmacı, bir izlem çalışmasında 11 yaşındaki yüksek yenilik arayışı ve düşük zarardan kaçınmanın erken yaşta alkol kötüye kullanımını ön gördüğünü göstermiştir (51). Wills ve arkadaşları, adölesanlar arasında yürüttükleri iki çalışma ile bu hipotezi desteklemiş ve 10-15 yaşları arasında yüksek yenilik arayışı ve zarardan kaçınmanın; erken yaşta nikotin, alkol ve madde deneyimini ön gördüğünü saptamışlardır (150). Çalışmamızda, alkol bağımlıları alkol kullanmaya ortalama 17 yaşında başlamışlardır. Bu yaş, araştırmalarda saptanan riskli yaşlardan büyüktür ve bu sebeple çalışmamızda alkol bağımlılarında başlangıç yaşı ile mizaç ve karakter boyutları arasında herhangi bir ilişki saptanmamış olabilir. Literatürde kannabis kullanımına erken başlama ile kişilik boyutlarını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Erken yaşta kannabis kullanımına başlama ve düşük zarardan kaçınma arasındaki ilişkinin gösterilmesi, çalışmamızın literatüre katkısıdır.

Çalışmamızda, hem alkol hem de kannabis bağımlı gruplarında, kullanılan madde miktarıyla mizaç ve karakter özellikle arasında ilişki gösterilememiştir. Alkol bağımlılarını sosyal içicilerle karşılaştıran bir çalışmada alkol kullanım miktarı ile yenilik arayışı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (132). Ancak bağımlılarla sağlıklı kontroller arasında mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılıklar olduğu zaten bilinmektedir ve araştırmalar bağımlıları kendi içinde incelememiştir.

İtalya'da idrar analizinde THC (+) saptanan askerler arasında yapılan bir çalışmada ise kannabis kullanım yoğunluğu ile sadece kendini aşma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (135). Ancak bu çalışmada literatürde kendini aşmayı yükselttiği gösterilen depresyon tanısı dışlanmamıştır (164). Ayrıca farklı kültür ve inanç sistemlerinde kendini aşma farklılık göstermektedir (164). Çalışmamız eş tanıları dışlaması açısından bu çalışmadan üstündür ve kültürel faktörler de önceki çalışma ile farklı sonuçlara yol açmış olabilir. Bir yandan da, çalışmamıza katılan kannabis bağımlılarının çoğu ortalama kullanım miktarlarını standart bir birim (gram gibi) ifade edemediklerinden, kullanım miktarları sigara (joint) şeklinde alınmıştır. Sigaraların farklı miktarlarda kannabis içerme olasılığı da, araştırmamızın bu yöndeki sonuçlarını etkileyebilir.

Çalışmamızda alkol bağımlılarında, kullanım süresi ile ödül bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen bir çalışma

bulunmamaktadır. Bu sonuç, duygusal ve sosyal onaya muhtaç bireylerin daha uzun süre alkole bağımlı kaldıkları veya alkol bağımlılığının bu kişilik boyutuna direk bir etkisi olarak yorumlanabilir. Alkol bağımlılarında, kullanım süresi ile kişilik boyutlarını değerlendiren izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, örneklem sayısının düşük olması sebebi ile mizaç ve karakter boyutlarının alt ölçekleri ayrı ayrı incelenememiştir. Belirli bir boyutun alt bileşenleri arasında bağımlı gruplar içerisinde ve sağlıklı kontroller arasında farklılıklar saptanması olasıdır. Gelecekte, daha geniş örneklemlerle çalışmalarda bu konunun incelenmesi önerilir.

Çalışmamızda alkol ve sağlıklı kontrol grupları içinde dürtüsellik ile en yüksek ilişki yenilik arayışı parametresinde saptandı. Bu ilişki alkol grubunda daha kuvvetlidir. Mulder ve arkadaşlarına göre alkol bağımlılığı gelişmesinde en önemli ön gördürücülerin yüksek yenilik arayışı ve dürtüselliktir (142).

Çalışmamızda alkol bağımlılarında dürtüsellik ile zarardan kaçınma ve kendini aşma arasında ilişki bulunmamıştır. Dürtüsellik ile ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği kurma arasında ise negatif ilişki saptanmıştır. Evren ve arkadaşlarının yatan alkol bağımlıları arasında psikiyatrik eş tanıları dışlamadan yaptığı çalışmada, zarardan kaçınma ile pozitif ilişki dışında çalışmamızla benzer bulgular saptamıştır. Aynı çalışmada bu sonucun örnekleme depresif bozukluk eş tanısından kaynaklandığı belirtilmiştir (143). Literatürde depresyonun yüksek zarardan kaçınma ile ilişkisi gösterilmiştir (165). Çalışmamızda psikiyatrik eş tanıların dışlanması ile daha güvenilir sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızın ilginç bir bulgusu, kannabis bağımlılarında dürtüsellik ile hiçbir mizaç ve karakter boyutu arasında ilişki saptanmamasıdır. Literatürde kannabis bağımlılarında bu ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu ilişkiyi inceleyen ilk araştırmadır. Gelecekte, daha geniş örneklemlerle çalışmalarda bu konunun incelenmesi önerilir.

Çalışmamızda ana amacımız, alkol ve kannabis bağımlılarında dürtüsellik ve kişilik özelliklerinin araştırılmasıdır. Varsayımlarımız alkol ve kannabis bağımlılarında dürtüsellik ve dürtüsellik ile ilişkili kişilik özelliklerinin sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu ve kannabis bağımlılarında, alkol bağımlılarına göre dürtüsellik ve dürtüsellikle ilişkili kişilik özelliklerinin daha çok görüldüğü

yönündeydi. Dürtüsellik ve dürtüsellikle ilişkili kişilik özelliklerinden yenilik arayışının bağımlı gruplarda sağlıklı bireylerden daha yüksek saptanması, ilk varsayımımızı doğrulamıştır. Kannabis ve alkol bağımlıları arasında dürtüsellik ve kişilik özellikleri açısından farklılık saptanmamış ve ikinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız, alkol ve kannabis bağımlılarını dürtüsellik ve kişilik özellikleri açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Bulgularımızın yeni çalışmalarla tekrarlanması gerekmektedir.

Bağımlılarda dürtüsellik ve mizaç-karakter özelliklerinin araştırılmasının klinik pratiğe yansımaları olacaktır. Bağımlı hastalara dürtüsellik ve ilişkili kişilik boyutlarına yönelik farklı tedavi modelleri sunulabilir. Örneğin dürtü denetiminde etkinliği gösterilmiş duygudurum dengeleyici, antidepresan, antipsikotik, beta blokör ve omega 3 yağ asiti gibi ajanlar kullanılabilir, bu yönde yeni psikotropalar geliştirilebilir (86, 169). Dürtü kontrolünde etkin olduğu kanıtlanan bilişsel davranışçı terapi uygulanabilir (166). Farkındalık terapisinin dürtüsel madde arayışını azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir ve danışanlara önerilebilir (167). Dürtüsellik yüksek bağımlıların destek gruplarından daha az faydalandığı, bildirilmiştir (168). Bu alanda daha çok araştırma yapılması gerekir.

Literatürde mizaç ve karakter özelliklerine farklı tedavi yöntemlerinin etkisini araştıran klinik çalışma bulunmamıştır. Buna karşın, iş birliği düşük saptanan bağımlılara sosyal becerilerini artıracak eğitim veya psikoterapilerden, zarardan kaçınması yüksek hastaların ise destek gruplarından fayda görebildiği bir olgu serisinde bildirilmiştir (144).

Çalışmamızı değerlendirirken bazı kısıtlılıkları olduğu dikkate alınmalıdır. Çalışmamız sadece erkek katılımcılar ile yapılmıştır ve bu nedenle sonuçlar kadın cinsiyete genellenemez. Bunun dışında, katılımcıların en az bir haftadır madde almamış olması koşulu, laboratuvar analizi ile değil, öz bildirim ile saptanmıştır. Yine özgeçmiş ve başka madde veya alkol kullanım durumları öz bildirim ile saptanmıştır. Son olarak çalışma örneklemin küçüklüğü önemli bir kısıtlılıktır. Öte yandan bu çalışma, kannabis ve alkol bağımlılarını sağlıklı kontrollerle dürtüsellik ile mizaç-karakter özellikleri açısından karşılaştıran ilk çalışmadır.

Özetle bu çalışma, kannabis ve alkol bağımlılarını sağlıklı kontrollerle dürtüsellik ve mizaç – karakter özellikleri açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Bu

konu üzerinde sonradan çalışacak araştırmacılara önerimiz, daha geniş bir örneklem almaları, kadın popülasyonu da kapsamaları, ayıklığı laboratuvar yöntemleri ile saptamaları ve gelişimsel diğer faktörlerin (çocukluk çağı travmaları, premorbid psikiyatrik hastalık gibi) araştırmaya dahil edilmesidir.



6. ÖZET

ALKOL VE KANNABİS BAĞIMLILARI İLE SAĞLIKLI KONTROLLERİN DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bağımlılığın gelişiminde ve sürmesinde dürtüsellik ve bazı kişilik özelliklerinin etkili olduğu bilinmektedir. Alkol ve madde bağımlılarında farklı düzeylerde dürtüsellik ve kişilik özelliklerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda alkol ve kannabis bağımlılarında, dürtüsellik ve kişilik özelliklerinin araştırılarak birbirleri ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya, yaş, meslek, cinsiyet, kullanım süresi ve başlama yaşı açısından eş değer alkol bağımlılığı tanılı hastalar (s=30) ve kannabis bağımlılığı tanılı hastalar (s=30) ile sağlıklı kontroller (s=30), alınmıştır. Tüm katılımcıların aydınlatılmış onamı alındı, katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) ile Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) uygulandı.

Alkol ve kannabis bağımlılarının toplam dürtüsellik ve tüm alt ölçek skorları sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. Alkol ve kannabis bağımlıları arasında dürtüsellik açısından fark saptanmadı. Alkol ve kannabis bağımlılarında yenilik arayışı (NS) sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. Alkol ve kannabis grupları arasında mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılık saptanmadı. Alkol bağımlıları ve sağlıklı kontrollerde dürtüsellik ve yenilik arayışı arasında güçlü bir pozitif ilişki vardı. Kannabis grubunda ise hiçbir mizaç ve karakter bileşeni ile dürtüsellik arasında ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda dürtüsellik ve mizaç ve karakter özellikleri açısından bağımlılarla sağlıklı kontroller arasında farklılıklar saptandı. Alkol ve kannabis bağımlıları arasında ise benzer sonuçlar bulundu. Elde edilen sonuçlar, benzer çalışmalara öncül olabilir. Dürtüsellik ve kişilik özelliklerinin farklı bağımlılık türlerine etkilerini incelemek için daha geniş örneklemlerle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Alkol, kannabis, bağımlılık, dürtüsellik, mizaç ve karakter

7. SUMMARY

COMPARISON OF IMPULSIVITY AND TEMPERAMENT AND CHARACTER DIMENSIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, CANNABIS DEPENDENCE AND HEALTHY CONTROLS

Impulsivity and some personality traits are thought to be effective on the development and maintenance of addiction. It is assumed that among alcohol and substance dependents, different dimensions of impulsivity and personality traits may be important. We aim to compare alcohol dependents, cannabis dependents and healthy control on these aspects and investigate the relationship between impulsivity and personality dimension among each other.

In this study, alcohol (n=30) and cannabis (n=30) dependent groups, which were matched by age, occupation, consumption duration and age of first encounter, was compared among each other and with healthy controls. All participants were given informed consent. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and Cloninger Temperament and Character Inventory were applied to subjects.

Total and subscale impulsivity scores of alcohol and cannabis addicts were higher than healthy controls. There was no significant difference on impulsivity between alcohol and cannabis dependents. Novelty seeking (NS) was higher in alcohol and cannabis groups compared to healthy subjects. There was no significant difference on temperament and character dimensions between alcohol and cannabis groups. Impulsivity exhibited strong positive correlation with novelty seeking in alcohol dependents and healthy controls. No correlation between impulsivity and temperament and character dimensions was observed in cannabis group.

In this study, differences between dependence patients and healthy subjects on impulsivity, temperament and character dimensions were determined. Although, there were similarities between alcohol and cannabis groups. Achieved results might lead other similar researches. Follow-up studies with larger samples are required to investigate the effects of impulsivity and temperament and character dimensions on different dependence types.

Key words: Alcohol, cannabis, dependence, impulsivity, temperament and character.



8. KAYNAKÇA

1. Muhtar N. Alkol bağımlılarında bağlanma, doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul; 2003.
2. McKim MW. Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology. Forth Edition, Prentice-Hall, Inc., New Jersey; 2000.
3. Uzbay, İ.T. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, Aralık 2009; 5: 5-15.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz PR. Synopsis of Psychiatry. Eleventh edition, Lipincott Williams & Wilkins, 2015.
5. Evren C., Ögel K., Uluğ B. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Birinci Basım. TPD Yayınları, 2012.
6. Eckardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L., ... & Tabakoff, B. (1998). Effects of Moderate Alcohol Consumption on the Central Nervous System *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 998-1040.
7. Roehrs, T., & Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol research and Health*, 25(2), 101-109.
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism five year strategic plan (Internet) 2007. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/StrategicPlan/NIAAASTRATEGICPLAN.htm>
9. Khantzian, E. J. (1986). A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 12(3), 213-222.
10. Tosun, M., (2008) *Madde Bağımlılığına Genel Bakış* Đ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Turkiyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 S:201-220.
11. 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.
12. Swadi, H., (1999) *Individual risk factors for adolescent substance use*. Drug and Alcohol Dependence. 55(3): p. 209-224.
13. Heath, D. B. (1995). *International handbook on alcohol and culture*. ABC-CLIO.
14. Frances R.J., Miller S.I., Mack A.H., Clinical Textbook of Addictive Disorders, Third Edition, 2005 The Guilford Press, New York ,Alcohol P75-104.
15. Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of general psychiatry*, 38(8), 861-868.
16. Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The sins of the fathers. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 171-174.

17. Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Knop, J., Mednick, S., & Guze, S. B. (1977). Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 34(9), 1005-1009.
18. Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B., & Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28(2), 238-243.
19. 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.
20. Petronis, K. R., Samuels, J. F., Moscicki, E. K., & Anthony, J. C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25(4), 193-199.
21. Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.
22. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman Ü, Aytaçlar S, Ergör G, Çakmak D. Prevalence of alcohol use in İstanbul. *Psychol Rep*, 92:1081-8, 2003.
23. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz dergisi*, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol madde bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
24. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(4):310-318.
25. Kılıç C. Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfus sonuçları. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 1998.
26. Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamara, M., Tot, Ş., Doğan, O., ... & Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
27. Köknel Ö. Bağımlılık. “Alkol ve Madde Bağımlılığı”. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş., İstanbul, 1998.
28. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007:1137-1328.
29. Ashton, C.H., Pharmacology and Effects of Cannabis: A Brief Review. *Br J Psychiatry*, 2001;178:101-106.
30. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt II, Ankara, 2011:728-729.
31. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The Impact of Substance Use Disorders on The Course of Schizophrenia: A 15-Year Follow Up Study: Dual Diagnosis over 15 Years. *Schizophrenia Resarch*, 2011;130(1-3):228-233.
32. Arseneault L, Cannon M, Poulton R. Cannabis Use in Adolescence and Risk for Adult Psychosis: Longitudinal Prospective Study. *BMJ*, 2002;325:1212-1213.
33. Compton MT, Weiss PS, West JC, Kaslow NJ. The Associations Between Substance Use

- Disorders, Schizophrenia-Spectrum Disorders and Axis IV Psychosocial Problems. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 2005;40(12):939-946.
34. Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L., & Patton, G. C. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction*, 97(2), 187-194.
 35. Tarter, R., Kirisci, L., & Reynolds, M. (2014). A new approach to researching the etiology of cannabis use disorder: integrating transmissible and nontransmissible risk within a developmental framework. *Substance Abuse*, 35(4), 336-343.
 36. Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., ... & Rounsaville, B. J. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 973-979.
 37. Karkowski, L. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2000). Multivariate assessment of factors influencing illicit substance use in twins from female-female pairs. *American journal of medical genetics*, 96(5), 665-670.
 38. Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. A. (1996). An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Comprehensive Psychiatry*, 37(2), 88-94.
 39. Bidwell, L. C., Henry, E. A., Willcutt, E. G., Kinnear, M. K., & Ito, T. A. (2014). Childhood and current ADHD symptom dimensions are associated with more severe cannabis outcomes in college students. *Drug and alcohol dependence*, 135, 88-94.
 40. Button, T. M., Hewitt, J. K., Rhee, S. H., Young, S. E., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2006). Examination of the causes of covariation between conduct disorder symptoms and vulnerability to drug dependence. *Twin Research and Human Genetics*, 9(01), 38-45.
 41. Sihvola, E., Rose, R. J., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Marttunen, M., & Kaprio, J. (2008). Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction*, 103(12), 2045-2053.
 42. Clark, D. B., & Neighbors, B. (1996). Adolescent substance abuse and internalizing disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
 43. Compton, W. M., Grant, B. F., Colliver, J. D., Glantz, M. D., & Stinson, F. S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Jama*, 291(17), 2114-2121.
 44. TÜBİM (2012). Türkiye Uyuşturucu Raporu, Ankara.
 45. Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ. Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009;5(4):283-286
 46. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri: Psikiyatri, Alkol ve Madde Bağımlılığı Ek Sayısı*, 2005;1(42):61-64.
 47. Evenden J. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacol* 1999; 146: 348–361.
 48. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM ve ark. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1783–1793.

49. Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates, In: Zuckerman M, ed. *Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale NJ 1983; 77–116. 26.
50. Dickman SJ. Impulsivity and information processing, in *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment*. Ed. Mc Cown WG, Johnson JL, Shure MB. Washington, DC, American Psychological Association 1993; 151–184.
51. Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236(4800), 410-416.
52. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM ve ark. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1783–1793.
53. Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82, 463-498.
54. Brunner, D. and Hen, R. (1997). Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. *Annals of New York Academy of Science*, 836, 81-105.
55. Arce, E., & Requena, C. S. (2006). Impulsividad: una revisión. *Psicothema*, 18(2), 213-220.
56. Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral Models of Impulsivity in Relation to ADHD: Translation Between Clinical and Preclinical Studies. *Clin Psychol Rev*, 2006;26:379-395.
57. Evenden J. Impulsivity: A Discussion of Clinical and Experimental Findings. *J Psychopharmacol*, 1999;13:180-192.
58. Vitaro F, Ferland F, Jacques C, et al. Gambling, Substance Use, and Impulsivity During Adolescence. *Psychol Addict Behav* 1998;12:185-19.
59. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, WW Norton, 1945.
60. Kohut H. *The Restoration of The Self*. New York, International Universities Press, 1977.
61. Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Basic Books.
62. Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, 10, 61-79.
63. Arce, E., & Requena, C. S. (2006). Impulsividad: una revisión. *Psicothema*, 18(2), 213-220.
64. Pedersen NL, Plomin R, McClearn GE, Friberg L. 1988 Neuroticism, extraversion, and related traits in adult twins reared apart and reared together. *J. Pers. Soc. Psychol.* 55, 950–957.
65. Keller MC, Coventry WL, Heath AC, Martin NG. 2005 Widespread evidence for non-additive genetic variation in Cloninger's and Eysenck's personality dimensions using a twin plus sibling design. *Behav. Genetics* 35, 707–721.
66. Anokhin AP, Golosheykin S, Grant JD, Heath AC. 2011 Heritability of delay discounting in adolescence: a longitudinal twin study. *Behav. Genet.* 41, 175–183.
67. Bevilacqua, L., & Goldman, D. (2013). Genetics of impulsive behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 368(1615), 20120380.
68. Higley JD, Thompson WW, Champoux M, Goldman D, Hasert MF, Kraemer GW, Scanlan JM,

- Suomi SJ, Linnoila M. 1993 Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Arch. Gen. Psychiat.* 50, 615–623.
69. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellüğün nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:254-280.
 70. Özdemir, P. G., Selvi, Y., & Aydın, A. (2012). Impulsivity and its treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*,4(3), 293-314.
 71. Acton GS. Measurement of Impulsivity in A Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use. *Subst Use Misuse* 2003;38:67-83.
 72. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Impulsivity and History of Drug Dependence. *Drug Alcohol Depend*, 1998;50(2):137-145.
 73. Lipszyc, J., & Schachar, R. Inhibitory control and psychopathology: A meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2010; 16, 1064–1076.
 74. Behan, B., Connolly, C. G., Datwani, S., Doucet, M., Ivanovic, J., Morioka, R., et al. Response inhibition and elevated parietal–cerebellar correlations in chronic adolescent cannabis users. *Neuropharmacology* 2013; pii: S0028-3908(13)00241-4).
 75. Evren C, Evren B, Yancar C, et al. Temperament and Character Model of Personality Profile of Alcohol and Drug Dependent Inpatients. *Compr Psychiatry*, 2007;48:283-288.
 76. McCarthy, D. M., Niculete, M. E., Treloar, H. R., Morris, D. H., & Bartholow, B. D. (2012). Acute alcohol effects on impulsivity: associations with drinking and driving behavior. *Addiction*,107(12), 2109-2114.
 77. Richards, J. B., Zhang, L., Mitchell, S. H., & Wit, H. (1999). Delay or probability discounting in a model of impulsive behavior: effect of alcohol. *Journal of the experimental analysis of behavior*,71(2), 121-143.
 78. Ortner, C. N., MacDonald, T. K., & Olmstead, M. C. (2003). Alcohol intoxication reduces impulsivity in the delay-discounting paradigm. *Alcohol and Alcoholism*,38(2), 151-156.
 79. McDonald, J., Schleifer, L., Richards, J. B., & de Wit, H. (2003). Effects of THC on behavioral measures of impulsivity in humans. *Neuropsychopharmacology*.
 80. Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2014). Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: Cause or consequence? *Addictive behaviors*, 39(11), 1632-1639.
 81. Lipszyc, J., & Schachar, R. (2010). Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(06), 1064-1076.
 82. Behan, B., Connolly, C. G., Datwani, S., Doucet, M., Ivanovic, J., Morioka, R., ... & Garavan, H. (2014). Response inhibition and elevated parietal-cerebellar correlations in chronic adolescent cannabis users. *Neuropharmacology*, 84, 131-137.
 83. MacKillop, J., Amlung, M. T., Few, L. R., Ray, L. A., Sweet, L. H., & Munafò, M. R.

- (2011). Delayed reward discounting and addictive behavior: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, 216(3), 305-321.
84. Volkow, N. D., Hitzemann, R., Wang, G. J., Fowler, J. S., Burr, G., Pascani, K., ... & Wolf, A. P. (1992). Decreased brain metabolism in neurologically intact healthy alcoholics. *Am J Psychiatry*, 149(8), 1016-1022.
85. Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Goldstein, R. Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of learning and memory*, 78(3), 610-624.
86. Pani, P. P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?. *Journal of affective disorders*, 122(3), 185-197.
87. Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2).
88. Özdemir, O. Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4).
89. İA, Ç. (2012). Çocukların gelişim süreci ve televizyonun etkileri (Uzmanlık tezi). *Ankara, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu*.
90. Kuzgun, Y. (1972). Kendini gerçekleştirme. *Araştırma Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi*, 10(1).
91. Boeree, G. C. D. (2006). Personality theories.
92. Hall, C. S. (1954). A primer of Freudian psychology.
93. Erikson, E. H. (1950). Growth and crises of the " healthy personality."
94. Kohut, H. (2013). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
95. Çevik, A. (2007). İçer alınmış nesne ilişkileri kuramı. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. (Eds AS Aysev, Y Taner), 11-22.
96. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). Basic books.
97. Suat, K. O. L. (2011). Erken çocuklukta bilişsel gelişim ve dil gelişimi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(21).
98. Bacanlı, H., (2002). Gelişim ve öğrenme. Ankara: Nobel Yayınları.
99. Karancı, N., Dirik, G., & Yorulmaz, O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-8.
100. Zerssen, D.V., (2002) Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. *J. Affect. Disord*, 68, 143-158.
101. Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Manning, J. S., & Connor, P. D. (2005). TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of affective*

- disorders*, 85(1), 3-16.
102. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.
 103. Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of personality and social psychology*, 66(4), 762.
 104. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50:991-999.
 105. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*. 1986;3:167-226.
 106. Arkar, H. (2008). Cloninger'in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 115-124.
 107. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*. 1987;236:410-416.
 108. Verheul R: Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 16: 274-282, 2001
 109. Moran P: Dangerous severe personality disorders – bad tidings from the UK. *Int J Soc Psychiatry* 181: 62-66, 2002
 110. Mellos, E., Liappas, I, Paparrigopoulos, T. Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse, in vivo 2010; 24, 761-770
 111. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Apr;61(4):361-8.
 112. İbiş M. (1997): Yatarak sağaltım goren erkek alkol bağımlılarının yetiştirilme bicimi ve kişilik bozuklukları, Uzm Tezi, Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
 113. Oner H, Tamam L. (2002): Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 12: 14-22.
 114. Barkus, E. Personality and cannabis use. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 2008; 3:84-89.
 115. Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013). Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(2), 122-9.
 116. Pani, P. P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?. *Journal of affective disorders*, 122(3), 185-197.
 117. Tarter, R.E., et al., (1990) Drug abuse severity in adolescents is associated with magnitude of deviation in temperament traits. *British Journal of Addiction*. 85(11): p. 1501-1504.

118. O.Hagnell, Lanke J, Rorsman B, ve ark.(1986):Predictors of alcoholism in the Lundby Study. II. Personality traits as risk factors for alcoholism.Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 1986;235(4):192-6.
119. Özer, Ö.A. (1991) Ortaöğretimde Öğrencilerin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
120. Samuel, A.B., Bruce J Rounsaville, Howard Tennen, & Henry R Kranzler. (2001). Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in 128 substance-dependent inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 341-352.
121. U. Işık. Alkol Bağımlılarında Temps-A Ölçeği ile Belirlenen Affektif Mizaç Özellikleri ve Bu Özelliklerin MMPI Ölçeği ile Belirlenen Kişilik Özellikleri ile İlişkisi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*; 2012;2(3):5-13
122. Carrol, E.N. and M. Zuckerman, Psychopathology and Sensation Seeking in “Downers,” “Speeders,” and “Trippers”: A Study of the Relationship between Personality and Drug Choice. *Substance Use & Misuse*, 1977. 12(4): p. 591-601.
123. Jaffe, L.T. and R.P. Archer, (1987) The Prediction of Drug Use Among College Students From MMPI, MCMI, and Sensation Seeking Scales. *Journal of Personality Assessment*. 51(2): p. 243 - 253.
124. R.J., C., 1979. Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique-Part II. *International Journal of Addictions* 14, p. 607
125. L. E., O.C., Berry, J. W., Morrison, A., Brown, S. (1995). The drug-of-choice phenomenon psychological differences among drug users who preferred different drugs.*International Journal of Addiction*, 30(5):541-555.
126. Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of general psychiatry*, 38(8), 861-868.
127. Cloninger, C. Robert, Sören Sigvardsson, and Michael Bohman. "Type I and type II alcoholism: An update." *Alcohol Research and Health* 20.1 (1996): 18.
128. Ribeiro, M. S., Ribeiro, L. C., Souza, G. F. D., Antunes, M. G., & Oliveira, L. N. D. (2008). Evaluation of Cloninger's Type I and Type II alcoholism in male alcoholics in an outpatient treatment program. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(2), 39-48.
129. Penick, E. C., Powell, B. J., Nickel, E. J., Read, M. R., Gabrielli, W. F., & Liskow, B. I. (1990). Examination of Cloninger's type I and type II alcoholism with a sample of men alcoholics in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14(4), 623-629.
130. Conway, K. P., Kane, R. J., Ball, S. A., Poling, J. C., & Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and alcohol dependence*, 71(1), 65-75.
131. Paccini, (2001) Il problema della personalita tossicofilica nella patogenesi del Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive.: Revisione della letteratura e recenti acquisizioni. *Giorn Ital Psicopat.* 7;185-199

132. Schneider Jr, R., Ottoni, G. L., Carvalho, H. W. D., Elisabethsky, E., & Lara, D. R. (2015). Temperament and character traits associated with the use of alcohol, cannabis, cocaine, benzodiazepines, and hallucinogens: evidence from a large Brazilian web survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 31-39.
133. Hartman, C., Hopfer, C., Corley, R., Hewitt, J., & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's Temperament Scales to Predict Substance-Related Behaviors in Adolescents: A Prospective Longitudinal Study. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 246-251.
134. Koller, G., Preuss, U., Lü, O., Soyka, M., & Pogarell, O. (2015). Alcohol-Dependent Subjects Show Different Personality Traits Compared With Subjects With Multiple Substance Dependence: Preliminary Data. *Journal of addiction medicine*, 9(4), 257-260.
135. Spalletta, G., Bria, P., & Caltagirone, C. (2006). Differences in temperament, character and psychopathology among subjects with different patterns of cannabis use. *Psychopathology*, 40(1), 29-34.
136. Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Danacı, E., & Köroğlu IV, E. (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(4), 233-236.
137. Köse, S., Sayar, K., Ak, I., Aydın, N., Kirpınar, I., Reeves, R. A., ... & Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14(3).
138. Tamam, L., Gulec, H., & Karataş, G. (2013). Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(2).
139. Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği -11 (BDÖ- 11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18(4):251-258
140. Özkürkçügil A, Yıldız M, Danacı ME, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999;12:233-236.
141. Kisa, C., Yildirim, S. G., & Göka, E. (2004). Impulsivity and mental disorders. *Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*, 16(1), 46-54.
142. Mulder RT. Alcoholism and personality. *Aust NZ J Psychiatry* 2002;36:44-52.
143. Bozkurt, M., Evren, C., Can, Y., Evren, B., Cetingok, S., & Yilmaz, A. (2014). Relationships of personality dimensions with impulsivity in alcohol-dependent inpatient men. *Nordic journal of psychiatry*, 68(5), 316-322.
144. Angres, D. H., & Nielsen, A. K. (2007). The Role of the TCI-R (Temperament Character Inventory) in Individualized Treatment Planning in a Population of Addicted Professionals. *Journal of addictive diseases*, 26(S1), 51-64.
145. World Health Organisation (2004). WHO global status report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey, Geneva, WHO.
146. Ersche, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Müller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T.

- W. Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 2012; 169, 926–936.
147. Grant, J. E., & Potenza, M. N. (Eds.). (2011). *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford University Press.
148. Robins, R. W., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2002). It's not just who you're with, it's who you are: Personality and relationship experiences across multiple relationships. *Journal of personality*, 70(6), 925-964.
149. Roberts, B. W., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 84(3), 582.
150. Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of substance abuse*, 6(1), 1-20.
151. Marquez-Arrico, J. E., López-Vera, S., Prat, G., & Adan, A. (2016). Temperament and character dimensions in male patients with substance use disorders: Differences relating to psychiatric comorbidity. *Psychiatry research*, 237, 1-8.
152. Wingo, T., Nesil, T., Choi, J. S., & Li, M. D. (2015). Novelty Seeking and Drug Addiction in Humans and Animals: From Behavior to Molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 1-15.
153. Bjork, J. M., Hommer, D. W., Grant, S. J., & Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1–/type 2–like traits. *Alcohol*, 34(2), 133-150.
154. Lamers, C. T. J., Bechara, A., Rizzo, M., & Ramaekers, J. G. (2006). Cognitive function and mood in MDMA/THC users, THC users and non-drug using controls. *Journal of Psychopharmacology*, 20(2), 302-311.
155. Wesley, M. J., Hanlon, C. A., & Porrino, L. J. (2011). Poor decision-making by chronic marijuana users is associated with decreased functional responsiveness to negative consequences. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 51-59.
156. Gruber, S. A., Silveri, M. M., Dahlgren, M. K., & Yurgelun-Todd, D. (2011). Why so impulsive? White matter alterations are associated with impulsivity in chronic marijuana smokers. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 19(3), 231.
157. Churchwell, J. C., Lopez-Larson, M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2010). Altered frontal cortical volume and decision making in adolescent cannabis users. *Frontiers in Psychology*, 1, 225.
158. Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological psychiatry*, 68(8), 770-773.
159. Leshem, R., & Glicksohn, J. (2007). The construct of impulsivity revisited. *Personality and individual Differences*, 43(4), 681-691.
160. Spinella, M. (2007). Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness Scale.

International Journal of Neuroscience, 117(3), 359-368.

161. Littlefield, A. K., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2009). Is “maturing out” of problematic alcohol involvement related to personality change?. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 360.
162. Chakroun, N., Doron, J., & Swendsen, J. (2003). [Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models.]. *L'Encephale*, 30(6), 564-569.
163. Tomassini, A., Struglia, F., Spaziani, D., Pacifico, R., Stratta, P., & Rossi, A. (2012). Decision Making, Impulsivity, and Personality Traits in Alcohol-Dependent Subjects. *The American Journal on Addictions*, 21(3), 263-267.
164. Garcia-Romeu, A. (2010). Self-transcendence as a measurable transpersonal construct. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42(1), 26.
165. Chen, C. Y., Lin, S. H., Li, P., Huang, W. L., & Lin, Y. H. (2015). The Role of the Harm Avoidance Personality in Depression and Anxiety During the Medical Internship. *Medicine*, 94(2).
166. Hodgins, D. C., & Peden, N. (2008). Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S31-S40.
167. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
168. Staiger, P. K., Kambouropoulos, N., & Dawe, S. (2007). Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs?. *Drug and alcohol review*, 26(1), 17-23.
169. Prado-Lima, P. A. S. D. (2009). Pharmacological treatment of impulsivity and aggressive behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S58-S65.

8. EKLER

Ek – 1: Etik Kurul Onayı



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Doç. Dr. Almıla EROL
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Psikiyatri

Karar No: 94
Tarih : 28.05.2015

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği hekimlerinden **Doç. Dr. Almıla EROL** sorumluluğunda yapılması planlanan “**Alkol bağımlıları ve kannabis bağımlılarının mizaç özellikleri ve dürtüsellik açısından karşılaştırılması**” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek – 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Alkol ve esrar bağımlısı hastaların dürtüsellik ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırılması.

Araştırmanın İçeriği: Dürtüsellik, kişilerde davranışları planlamada, istekleri ertelemeye ve kendini durdurabilme becerilerinde zorlanmayla kendini gösteren bir durumdur. Mizaç ise kişinin kalıcı kişilik özelliğidir. Araştırmada alkol ve esrar bağımlıları dürtüsellik ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırılacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Çalışmamız, alkol ve esrar bağımlı gruplarını dürtüsellik ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 4 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 60 hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu.

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Bu çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine veya yataklı servisine başvuran hastalarla bir psikiyatri asistanı tarafından psikiyatrik görüşme yapılacak ve görüşme esnasında hastaya Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri, SCID-1 ölçeği ve sosyodemografik bilgi formu uygulanacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin alkol ve esrar bağımlılarında dürtüsellik ve mizaç özellikleri, iki grup arasındaki farklar ve hastalık durumu üzerine etkileri incelenecek, birtakım faktörlerin belirlenebilmesi açısından bu alandaki literatüre katkı sağlayarak tedavi ve hasta izleminde faydalı olacaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ

RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR: Bu çalışmada risk ve rahatsızlık oluşturabilecek herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Sizden istenen anket formlarını doldurmanız için ayırmanız gereken sadece 20-30 dakikalık bir süre olacaktır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu çalışmada uygulanan anketler ile hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyen birtakım sosyal etmenler belirlenebilir. Takip ve tedavide hasta yararına kullanılabilir.

5.GEBELİK: Gebelik durumu bu çalışmaya katılmaya engel teşkil etmemektedir.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME:

Araştırma sırasında herhangi bir girişimsel işlem veya ilaç kullanılmayacaktır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI:Araştırma sırasında uygulanacak ölçekleri tam ve doğru olarak tamamlayamayan kişiler araştırma dışında

bırakılacaktır.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI:

Bu çalışma sırasında herhangi bir tetkik veya girişimsel işlem olmayacaktır ve sosyal güvenlik/sigorta kurumunuza herhangi bir ek yük getirmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME

YAPILACAK MIDIR?: Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT:

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen bir durum ya da diğer rahatsızlıklarınız için aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Doç. Dr. Almıla Erol

1.Telefon: 02322444444/2620

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir zarar görme durumunuz bulunmamaktadır.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

a-Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c- Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Araştırma sırasında edinilecek kişisel bilgilerin tümü, sadece araştırma yapan araştırmacılar tarafından görülebilecek ve başka kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularına yeterli cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. *(Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.)*

Gönüllünün Adı-Soyadı:..... Yaş ve

Cinsiyeti:.....

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax
numarası):.....

.....

Tarih:.....

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax

numarası):.....

.....

Tarih:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacı – Doktorun Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:.....

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-Soyadı:.....

Görevi:.....

İmzası:

Tarih:.....

Ek – 3: Sosyodemografik Bilgi Formu

Adınız ve soyadınızın baş harfleri:

Yaşınız:.....

Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

Eğitim süreniz (yıl olarak):

Şu an yaşamakta olduğunuz yer:

1)Köy 2)Kasaba 3)Şehir 4)Büyükşehir

Mesleğiniz:

3. Memur 2)İşçi 3) Serbest meslek 4) Öğrenci 5)Emekli 6) Ev kadını 7)
Çalışmıyor

8) Diğer

Medeni haliniz: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış, dul, arı yaşıyor 4) Diğer

Alkol/esrar başlangıç yaşı:

Alkol/esrar kullanım süresi (ay olarak):

Alkol/esrar kullanım sıklığınız:

1)Yılda 1-5 kez 2)ayda 1-5 kez 3)haftada 1-5 kez 4)Her gün

Alkol veya esrar dışında madde kullandınız mı? Evet... Hayır... (Evet ise 12'ye geçiniz)

Alkol veya esrar dışında madde kullandığınız madde(leri) ve miktarını belirtiniz:

Alkol/esrar kullanım miktarınız (belirtiniz)

Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler var mı?

1)Evet (yakınlığını belirtiniz)..... 2)Hayır

Ailenizde alkol veya madde kullanan kişiler var mı?

1)Evet (yakınlığını belirtiniz)..... 2)Hayır

Önceden bağımlılık tedavisi açısından hastaneye yatışınız oldu mu?

1)Evet (sayısını belirtiniz)..... 2)Hayır

Ek – 4: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda basıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve sayfanın sağındaki size uygun kutucuğu işaretleyin.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman/hemen her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiçbir şeyi dert etmem.				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Kolayca para biriktiririm				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				

21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla konuyla ilgili ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

Ek – 5: Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız. Her ifade DOĞRU (D) ya da YANLIŞ (Y) olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım. D Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y

25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. D Y
41. çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y

56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakinca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok uzundu duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman “Superman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y

86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım. D Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duydu.um şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y

116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı de. er yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarımla duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y

144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir. D Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının on ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarımla olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol

- gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına on ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. İçimde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindi.im, epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür. D Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y

208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez ola.an ustü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaşızın, yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi birisinin acı cektü.ini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha

fazla güvenli ve enerjik hissedirim. D Y

237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y

238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım. D Y

239. Bazen keyifsiz olurum. D Y

240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

