

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**ALKOL BAĞIMLILARINDA
AŞERME İLE İLİŞKİLİ ETMENLERİN ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞULE ACAR BASMACI**

**TEZ DANIŞMANI
UZM. DR. NABİ ZORLU**

**İZMİR
EYLÜL- 2015**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**ALKOL BAĞIMLILARINDA
AŞERME İLE İLİŞKİLİ ETMENLERİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. ŞULE ACAR BASMACI

TEZ DANIŞMANI

UZM. DR. NABİ ZORLU

**İZMİR
EYLÜL– 2015**

I. TEŞEKKÜRLER

İhtisasım süresince 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,

Tez çalışmamda emeği ve desteği ile yanımda olan danışman hocam Uzman Dr. Nabi Zorlu'ya ve tezimi hazırlamamda büyük emeği olan, tecrübe ve bilgisinden yararlanma imkânı bulduğum Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'na,

İhtisasım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum bilgi, birikim ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Şeref Gülseren'e, Doç. Dr. Leyla Gülseren'e, Doç. Dr. Almıla Erol'a, Doç. Dr. Demet Gülpek'e, Doç. Dr. Mustafa Güleç'e ve Uzm. Dr. Serhan Işıklı'ya,

Zorlu tez hazırlama sürecinde tanıştığım, desteğini esirgemeyen Ege Üniversitesi Psikikiyatri kliniğinden Doç Dr. Ayşe Ender Altıntoprak'a,

Tez sürecinde ellerinden gelen yardımı esirgemeyen İzmir AA derneğinin kıymetli üyelerine,

Tez çalışmam sırasında katkı ve desteklerini her zaman hissettiğim Asistan Dr. arkadaşlarım Murat Açar'a, Gökçen Yılmaz'a ve Necip Çapraz'a

Süreç içerisinde birlikte çalıştığım diğer eğitim görevlisi hocalarıma ve uzman doktor, psikolog, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim, pek çok güzel anıyı, mutluluğu, dostluğu paylaştığım, sevgili asistan arkadaşlarıma,

Her zaman yüreğimde sevgisini hissettiğim, hayatımda var olduğu kısa zaman diliminde tüm ömre yetecek güzellikler miras bırakan annem Hatice Acar'a

Destek ve sevgisini hep hissettiğim, bana hep güvenen, moral motivasyon kaynağım, canım kardeşim Tuğba Acar'a,

En zor anlarımda yanımda olan, yol arkadaşım, biricik eşim İrfan Basmacı'ya

Sonsuz teşekkürler...

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜRLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
II. İÇİNDEKİLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
III. KISALTMALAR	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
IV. TABLO LİSTESİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1. GİRİŞ VE AMAÇ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.ALKOL BAĞIMLILIĞI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.1. Alkol Bağımlılığı Tarihçesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.2. Alkolün Fizyolojik Etkileri ve Farmakolojisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.3. Alkol Bağımlılığı Tanımı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<i>DSM-5 ve Bağımlılık.....</i>	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4. Alkol Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.5. Alkol Bağımlılığı Etyolojisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.6. Alkol Bağımlılığı Alt Tipleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.7. Alkol Bağımlılığında Komorbidite	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.8. Alkol Bağımlılığında Gidiş.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.9. Alkol Bağımlılığında Tedavi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.2. Aşerme.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.2.1. Aşermenin (craving) Nörobiyolojisi ve Klinik Yönleri...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.2.2. Aşermenin Fizyopatolojisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3. Ruminasyon Kavramı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3.1. Ruminasyon ve Aşerme	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3.2. Düşünceleri Bastırma Eğilimi ve Ruminasyon.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3.3. Düşünceleri Bastırma Eğilimi ve Aşerme	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.4. Endişe	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.4.1. Endişe ve Ruminasyon.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.5. Dürtüsellik	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.5.1. Dürtüsellik ve Bağımlılık İlişkisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.5.2. Dürtüsellik ve Aşerme	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

3. GEREÇ VE YÖNTEM	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1. Örneklem	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2. Veri Toplama Araçları	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.2. Obsesif-Kompulsif İçme Ölçeği (Aşırme ölçeği)	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.3. Penn State Endişe Ölçeği	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.4. Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.5. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.6. Beyaz Ayı Supresyon Envanteri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.3. Uygulama ve İstatistiksel İşlemler	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
6. ÖZET	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
7. ABSTRACT	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
8. KAYNAKLAR	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9. EKLER	65

III. KISALTMALAR

PFK: Prefrontal Korteks

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

SPSS-16: Statistical Package for the Social Sciences

PSEÖ: Penn State Endişe Ölçeği,

RDBÖ: Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği,

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği,

ÖİDDÖ: Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği,

BASE: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

OKİÖ: Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği

IV. TABLO LİSTESİ

TABLO 1: ALKOL BAĞIMLILIĞI OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	36
TABLO 2: ÖRNEKLEME AİT ÖLÇEKLERİN ORTALAMA VE STANDART SAPMA DEĞERLERİ.....	37
TABLO 3: ÖLÇEKLER ARASINDA BAĞINTI DÜZEYLERİ.....	38
TABLO 4: OBESİF- KOMPULSİF İÇME ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ REGRESYON ANALİZİ.....	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alkol bağımlılığı gelişmiş ülkelerde en başta gelen sağlık sorunlarından birisidir. ABD’de nüfusun 4.7’si alkol kötüye kullanımı, 3.8’i alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılamaktadır. DSÖ tarafından yürütülen 2003 Dünya Sağlık Taraması Çalışmasına göre Türkiye’de 18 yaş üstü nüfusta yaşam boyu alkol kullanım oranı %18.9, alkol kullanım bozukluğu ise %1.1 olarak saptanmıştır. 1990’da ABD’deki tüm ölüm nedenleri arasında alkolizmden ölüm %5’in üzerinde bulunmuştur. Alkol bağımlılığı genellikle sinsi ve yavaş başlar. Giderek şiddeti artar. Zaman zaman iyileşme dönemleri olur ancak çoğu zaman aile iş ve sosyal hayatta yıkıma beden sağlığında bozulmalara neden olmaktadır. Alkol kullanımı motorlu araç kazalarındaki ölümlerin %50’sinden sorumlu tutulmaktadır(1).

Aşerme (craving), bağımlılığın temel özelliklerinden biridir ve bıraktıktan sonra yıllarca yaşanabilmektedir. Aşerme, nükslerin en önemli nedenlerinden biridir. Aşerme, alkol bağımlısı hastanın zarar görmesine rağmen alkol almaya zorlayıcı yönde iradesini değiştirme gücüne sahiptir. Aşerme mekanizmasının iyi anlaşılması tedavi seçimini belirlemede yardımcı olacaktır(2).

Ruminasyon “ortak bir konu etrafında dönen, düşünmeyi gerektirecek koşullar olmadığında dahi tekrarlayan bilinçli düşünce biçimi” olarak tariflenmiştir. İlk ortaya atıldığı 1960’lı yıllarda daha çok OKB ile ilişkili olarak tanımlanmıştır (3). Daha sonraları depresyon başta olmak üzere birçok psikopatoloji ile ilişkisi incelenmiştir. Alkol kullanımında relapsa neden olabilecek risk faktörleri arasında ruminasyon, nispeten yeni bir kavram olarak alkol kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Nolen-Hoeksema tarafından yapılan bir çalışmada, ruminasyonun çaresizlikle başa çıkmak için alkol kullanımını tetiklediğini göstermiştir (4). Buna ek olarak Caselli ve ark. yaptıkları çalışmanın sonucunda, ruminatif düşüncenin depresyondan bağımsız olarak alkol kullanım seviyesi konusunda öngördürücü bir faktör olduğunu göstermiştir (5).

Dürtüsellik, içsel ya da dışsal bir uyarana, kendisi ya da başkaları için ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları göz önünde bulundurmaksızın, hızlı ve plansız bir şekilde yanıt verme eğilimi olarak tanımlanmıştır (6). Dürtüsellüğün daha yüksek

olduđu kiřilerin alkol ve maddeye bařlama yařının daha dűřűk olduđu (7), tedavide kalma sűrelerinin daha kısa ve relapsın daha fazla olduđu bildirilmiřtir (8). Dűrtűsellikte, azalmıř ve yetersiz űngűrme, daha fazla yenilik arama davranıřı nedeni ile alkol kullanımını da artmaktadır.

Ařermeyi deđerlendirmek için Obsesif Kompulsif İçme leđi, ruminasyonu deđerlendirmek için Ruminatif Dűřűnme Biçimleri leđi ve öfkeye İliřkin Derin Dűřűnme leđi, dűrtűselliđi deđerlendirmek için Barratt Dűrtűsellik leđi kullandık. İstenmeyen dűřűncelerin zihinden uzaklařtırılma çabası olarak tanımlanan supresyonu Beyaz Ayı Supresyon Envanteri ile deđerlendirdik. Endiře leđi olarak da Penn State Endiře leđi uyguladık. Bu z bildirim ölçekleri alkol bađımlılıđı olan hastalara uygulandı.

Çalıřmamızda dűrtűsellik, ruminasyon, supresyon ve endiřenin ařerme ile iliřkisi arařtırılmıřtır. Böylece alkol bađımlılıđı olan hastalarda farklı biliřsel, duygusal ve davranıřsal etmenlerin, hem bađımsız deđiřkenler olarak hem de karřılıklı etkileřimi műmkűn kılan bir modelde ařerme űzerinde ne derece űngűrűcű olduđu ortaya konmaya çalıřılmıřtır. Bu çalıřmadan dođan sonuçların bađımlı bireylerin ařerme eđilimlerinin biliřsel, davranıřsal ve duygusal bileřenlerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacađı ve bu kiřilere uygulanabilecek ilaç ve terapötik uygulamalarının zihinsel sűrelerde hangi bileřenleri hedef alması gerektiđi konusunda bir fikir vermesi umulmuřtur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL BAĞIMLILIĞI

2.1.1. Alkol Bağımlılığı Tarihçesi

Alkolün tarihte bilinen ilk kullanımı fermente edilmiş bal ve meyvelerin tüketimi yoluyla olmuştur. Etil alkolün meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu kolayca elde edilebilir olması nedeniyle (9) hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Arpadan bira yapımı M.Ö 4000 yılından bu yana bilinmektedir. Eski Roma ve Yunan döneminde şarap kutsal sayılmıştır ve Roma'da Bacchus, Atina'da Dionisos şarap tanrıları olarak kabul edilmişlerdir. İlkçağ dinleri alkolü yasaklamış ancak dinsel törenlerde içilmesini özendirmiştir.

Orta çağda Avrupalılar Araplardan gelişmiş damıtma tekniklerini almış ve şarap yapımı manastırların egemenliğine geçmiştir. Damıtma teknolojisinin daha da gelişmesiyle 18. yy da Avrupa da aşağı sınıf arasında alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yy da Amerika'da zirveye ulaşmıştır.

Hristiyanlıkta mezheplere göre alkol yasağı değişmektedir. Katolik inancına göre yasaklanmıştır. Kur'an-ı Kerim'de alkol "Haram" olarak tanımlanmıştır (10)

Dr. Benjamin Rush 1790 da alkolün aşırı kullanımını bir hastalık olarak tanımlamıştır. 1849'da İsveçli doktor Magnuss Huss ilk kez "alkolizm" terimini kullanmıştır. 1900'lü yılların başlarında EM Jelinek alkolizmi hastalık olarak tanımlamıştır (11, 12).

Dünya sağlık örgütü ve Amerikan psikiyatri birliğinin önerdiği adı ile "alkol bağımlılığı" beden ve ruh sağlığını, aile sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede fazla ve tekrarlayıcı biçimde alkollü içki içme, alkol alma isteğini ve davranışını kontrol edememe ve durduramama ile belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (13).

2.1.1. Alkolün Fizyolojik Etkileri ve Farmakolojisi.

Alkol doymuş karbon atomlarına hidroksil grubu bağlanarak oluşan organik bileşiktir. Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Etanolün kimyasal formülü "CH₃-CH₂-OH" dir.

Alınan alkolün yaklaşık olarak %10'u mideden geri kalanı da ince barsaktan emilir. Midenin boş olması emilimi hızlandırır. Alkol kan tepe konsantrasyonuna 30-

90 dakika arasında erişir. Boş mideye alındığında bu süre 45-60 dakika da olabilir. Alkolün hızlı ya da yavaş alımı da kan tepe konsantrasyonuna ulaşma süresine etki eder. Hızlı içme üst düzeye ulaşma zamanını kısaltmaktadır. Emilim, %10-30 yoğunluğunda olan alkollü içeceklerde daha hızlıdır.

Alkol bir kez kana karıştığında tüm vücut dokularına yayılır. Alkol yüksek konsantrasyonda su içeren dokularda daha yüksek konsantrasyonda bulunur. Zehirlenme etkileri kan alkol yoğunluğu artarken daha çok, düşerken daha az belirgindir. Bu duruma “Mellanby etkisi” denir. Bu nedenle emilim oranı doğrudan zehirlenme yanıtı ile ilişkilidir.

Alkol metabolizması incelendiğinde emilen alkolün % 90'ının karaciğerden oksidasyonla, geri kalanının ise değişmeden akciğerlerden ve böbreklerden metabolize edildiği görülür. Karaciğerdeki oksidasyon hızı sabittir ve vücudun enerji ihtiyacından bağımsızdır.

Alkol iki enzim tarafından metabolize edilir; alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenaz. Alkol dehidrogenaz alkolün toksik bir bileşen olan asetaldehide dönüşümünü katalize ederken, aldehid dehidrogenaz asetaldehidin asetik asite dönüşümünü katalize eder.

Kadınların erkeklere göre daha düşük alkol dehidrogenaza sahip olduğunu, bu nedenle erkeklerle kıyaslandığında aynı miktar alkolle daha fazla entoksikasyon riskine sahip olduklarını gösteren çalışmalar vardır. Ayrıca alkolü metabolize eden enzimlerin azalmış etkilerinden dolayı bazı Asyalı insanlar da daha kolay zehirlenme ve toksik semptomlar izlenebilmektedir (14).

Alkolün beyin üzerine etkilerini saptayabilecek tek bir mediatör saptanmamıştır. Alkolün biyokimyasal etkileriyle ilgili en çok üzerinde durulan görüş, sinir membranı üzerine etkileriyle ilişkili olanıdır. Kısa dönem kullanımında alkol membranlardan geçerek membranların akışkanlığını artırır. Uzun dönem kullanımında ise membranın rijid bir hale geldiği iddia edilmektedir. Membranın akışkanlığı reseptörlerin, iyon kanallarının ve diğer membranda bulunan fonksiyonel proteinlerin normal işlevlerini yerine getirebilmeleri için kritik bir düzeydedir. Son çalışmalarda araştırmacılar en çok iyon kanalları üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu çalışmalar göstermiştir ki alkol iyon kanalı aktiviteleri nikotinik asetilkolin, serotonin tip 3 (5-HT3), GABA tip A (GABA-A) ve glutamat reseptörleri ile ilişkilidir; nikotinik asetil kolin, serotonin, GABA-A

reseptörlerine bağılı iyon kanallarını aktive ve glutamat reseptörleri ile voltaja bağılı kalsiyum kanallarını inhibe etmektedir (14). Sonuç olarak GABA-A reseptörleri üzerinden GABA' nın inhibitör nörotransmisyonunu artırarak ve NMDA reseptörleri üzerinden glutamatın eksitatör nörotransmisyonunu azaltarak merkezi sinir sisteminde depresan etki ortaya çıkarır (14).

Davranışsal etkilerine bakıldığında alkolün moleküler etkilerinin sonucu olarak depresan aktivitesi mevcuttur. Kanda % 0.05'lik alkol ile düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozular. % 0.1' de, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal alır. Birçok bölgede yasal zehirlenme düzeyleri % 0.1 ile % 0.15 arasındadır. % 0.2 düzeyinde beynin tüm motor alan fonksiyonları deprese olur, hatta duygusal davranışları kontrol eden alanlarda da etkilenme başlar. % 0.3 düzeyinde kişi büyük olasılıkla tamamen konfüze veya stuporda, % 0.4-0.5 düzeylerinde ise komadadır. Daha yüksek düzeylerde beynin nefes alma, kalp atımının kontrolü gibi temel işlevleri etkileneceğı için ölümlerle karşılaşılır.

Alkolün uyku üzerine etkilerine bakıldığında, akşamları alınan alkolün uykuya geçişi kısaltması söz konusu iken, alkolün uyku yapısı üzerine yan etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Alkol kullanımı REM ve derin uyku olan Non-REM 4. evreyi kısaltmakla beraber uyku bölünmesini artırır daha sık ve daha uzun uyanıklık sağlar. Dolayısıyla alkolün insanların uyumasına yardımcı olduğu bilgisi yanlıştır.

En büyük metabolik etkileri, karaciğer'de yakılırken ortaya çıkan asetaldehite ve hidrojene bağılıdır. Karaciğerde aşırı hidrojen birikimi ile metabolik işlevler bozular. Glukoneogenezi etkileyerek kan şekerini düşürür; kanda laktat artar ve bu da böbrekleri etkileyerek ürik asitin atılmasını zayıflatır. Alkolün yakılma sürecinde hidrojen karaciğerde yağ metabolizmasını bozar, lipidlerin birikimine neden olur (42).

Uzun dönem ağır içicilik, özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimi ile ilişkilidir. Özofajial varislerin gelişimi de ağır alkol kullanımına eşlik eder ki, bu varislerin rüptürü ölümcüldür. İnce bağırsak hastalıkları, pankreatik yetmezlik, pankreatit ve pankreas kanseri de eşlik edebilmektedir. Alkol kullanımı sonucu bağırsaktan aminoasit ve vitaminler gibi besinlerin emilimi inhibe olur ve özellikle B vitamini olmak üzere ciddi vitamin eksiklikleri görülebilir.

Önemli miktarlarda alkol alımı, artmış kan basıncı, lipoproteinler ve trigliseridlerin disregülasyonu, artmış miyokardiyal enfarkt ve serebrovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Kanıtlar göstermektedir ki alkol kullanımının hematopoetik sistem üzerine de yan etkileri bulunmaktadır.

Kanser insidansı artmaktadır; özellikle baş, boyun, özefagus, mide, karaciğer, kolon ve akciğer kanseri en önemlileridir.

Alkolün yan etkileri bazı laboratuvar tetkiklerinde açık bir şekilde gözlenebilmektedir. Alkolle ilişkili bozukluklarda olguların yaklaşık %80'inde GGT, %60'nda MCV yüksek tespit edilmektedir. Kadınlarda bu yüksek değerler daha fazla saptanmaktadır.

Son yıllarda CDT alkol kullanımını gösteren önemli bir belirleyici olmuştur. Alkol bağımlılarında günde 50-80 gram bir haftalık alkol kullanımının CDT serum düzeylerini anlamlı olarak artırdığı bulunmuştur.(16)

Alkol karaciğerden metabolize edilir ve uzamış kullanımında metabolizmasında artış olur. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişiler, alkolsüz olduklarında bu artmış metabolizma onların sedatif hipnotikler gibi ilaçlara tolerans geliştirmesini sağlar. Aynı şekilde bu insanlar alkolle entoksike haldeyken ilaçlar aynı detoksifikasyon mekanizması için alkol ile yarışır ve bu maddelerin potansiyel toksik etkilerinde artış olur. Alkol ve diğer merkezi sinir sistemi depresanlarının etkileri sinerjistikdir. Sedatif hipnotik ilaçlar alkolle kombine edildiğinde sedasyondan motor ve entellektüel bozulmayı da içeren ve stupor, koma ve ölüme kadar gidebilen sonuçlar gözlenebilir. Sedatif hipnotikler ve diğer psikotropolar alkolün etkilerini güçlendirdikleri için kişiler özellikle makina işi yaptıklarında ve araba kullanırken bu kombinasyon yönünden uyarılmalıdır (14).

2.1.2. Alkol Bağımlılığı Tanımı

DSM-II de alkol kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve psikotik olmayan diğer bozukluklar başlığı altında "alkolizm" tanımıyla dört grupta incelenmiştir. Bunlar dönemler halinde aşırı içme, aşırı alkol içme alışkanlığı, alkol müptelalığı, tanımlanmamış alkol kullanımınıdır (17). DSM-III de alkolizm tanısı alan bireylerin çeşitliliği göz önüne alınarak alkol kullanım bozuklukları, "alkol bağımlılığı" ve "alkol kötüye kullanımı" alt başlıklarına ayrılmıştır. DSM-III de fiziksel bağımlılık

tanımlanarak alkol bağımlılığı tanısı için fiziksel bağımlılığın gelişmiş olması şartı getirilmiştir (18). DSM-III'ün gözden geçirilmiş baskısı olan DSM-III-R de fizyolojik bağımlılığa yapılan vurgu azaltılmıştır. Tolerans ve kesilme belirtileri, psikoaktif madde bağımlılığını tanımlayan dokuz ölçütün yalnız birer maddesi haline getirilmiştir. Davranışa ilişkin bağımlılık özellikleri ise daha ayrıntılı olarak yedi maddede tanımlanmıştır. DSM-III-R de bağımlılık tanısı koymak için fizyolojik bağımlılık gelişmiş olması koşulu da kaldırılmıştır (19).

DSM-IV alkol kullanımıyla ilişkili bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayırmıştır. Alkol kullanım bozukluklarının alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı olarak ayrımı sürdürülmüş, alkol kullanımının toplumsal sonuçlarıyla ilgili ölçüt, kötüye kullanım tanı ölçütlerine kaydırılmıştır. DSM-IV fizyolojik bağımlılık oluşmamış durumda da alkol bağımlılığı tanısı koyabilmektedir (20).

DSM-5 ve Bağımlılık

Madde kullanım bozuklukları ile ilgili DSM-IV deki madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı kategorileri birleştirilerek DSM-5 de boyutsal bir şekilde, kullanım şiddetine göre tanımlanan tek bir bozukluk olarak ele alınmıştır. Yasal sorunlar ölçütlerden çıkartılmış, aşırma ile ilgili bir ölçüt eklenmiştir ve madde kullanım bozuklukları yerine madde kullanım ve alışkanlık bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Kafein hariç her bir madde için “alkol kullanım bozukluğu, uyarıcı kullanım bozukluğu gibi” ayrı tanım yapılmış ise de tanı ölçütleri neredeyse tüm maddeler için aynı kapsayıcı niteliktedir. Kumar oynama davranışı, madde kullanım bozukluklarına benzer ödül mekanizmalarını etkinleştirmesi ve benzer davranışsal belirtilere neden olması sebebi ile bu bölüme dâhil edilmiştir. DSM-IV de madde kötüye kullanımı için bir ölçüt yeterli iken DSM-5 de hafif madde kullanım bozukluğu tanısı konabilmesi için 11 ölçütün tanımlandığı listeden 2 veya 3 ü karşılanmalıdır (21).

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (22);

Alkol kullanım bozukluğu;

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

1)Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.

2)Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3)Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4)Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

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

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

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

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

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

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

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

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

11)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a)Alkole özgü yoksunluk sendromu

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

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) 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli Yatışma ile Giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında) 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.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması.

Dünya Sağlık Örgütü Sınıflandırması Olan ICD-10' a göre (23) F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu:

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlantı
- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)
- c. Madde kullanımını azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu; Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
- d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılardır).
- e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar

gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğu ve bilip bilmediği araştırılmalıdır.

2.1.3. Alkol Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Aşırı alkol tüketimi ve alkolle ilişkili sorunlar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Alkol kullanım bozuklukları küresel hastalık yükünün % 4'ünü (24), Türkiye'de erkeklerde hastalık yükünün % 1.8'ini oluşturmaktadır (25.26).

Amerika Ulusal Ektanı Taraması'nda 15-54 yaş arası kişilerden oluşan toplum örnekleminde CIDI (Uluslararası bileşik tanı görüşmesi) kullanılarak psikiyatrik hastalık yaygınlığı araştırılmış ve alkol bağımlılığının major depresif bozukluktan sonra en yaygın görülen ikinci ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı (prevalans) % 14.1 (erkeklerde % 20.1, kadınlarda % 8.2), son 12 aydaki yaygınlığı % 7.2 (erkeklerde % 10.7, kadınlarda % 3.7) olarak saptanmıştır (27).

Amerika'da 1997'de psikiyatrik hasta örneklemiyle yapılan bir çalışmada, psikiyatrik hastaların % 12'sinde alkol kullanım bozukluğu olduğu, bunların da % 21'inde sadece alkol kullanım bozukluğu olduğu, % 79'unda da psikiyatrik bir hastalıkla birlikte bulunduğu bildirilmiştir (28).

Amerika'da 2000 yılında yapılan taramada 12 yaş üzeri kişilerde alkol kullanım yaygınlığı % 46.6 ağır içicilik yaygınlığı da % 5.6 olarak saptanmıştır. Ağır içicilik 18-25 yaşları arasında yüksek oranda bulunmuştur (29).

Türkiye'de sağlık bakanlığı tarafından 1996 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmada son 12 ayda alkol bağımlılığı tanısı alma oranı % 0.8 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde % 1.7 kadınlarda % 0.1 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada bağımlılık oranları Türkiye'nin batısında doğusuna göre, illerde köylere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir (30).

Akvardar ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları çalışmada, 12-65 yaş arasındaki kişilerde o sıradaki alkol kullanım yaygınlığının % 25,6 (kadınlarda % 15.9, erkeklerde % 34.5), yaşam boyu yaygınlığın ise % 33.5 olduğu saptanmıştır. Ayrıca alkol kullanımının 40-49 yaş arası grupta en fazla olduğu bulunmuştur (31).

Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı % 0.9 olarak saptanmıştır (32).

Türkcan ve arkadaşlarının İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı % 33.5 olarak saptanmıştır (33).

Dünya sağlık örgütünün 2003 sağlık taramasında Türkiye'de 18 yaş üstü nüfusta yaşam boyu alkol kullanım oranı % 18.9 alkol kullanım bozukluğu ise % 1.1 saptanmıştır (34).

2.1.4. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisi

Madde bağımlılığı, kuşkusuz, biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkenlerin birlikte rol oynadığı bir hastalıktır. Oluş nedenleri incelenirken genetik yatkınlık kadar öğrenme kuramları da göz önünde tutulmalı; maddelerin beyin üzerindeki etkileri kadar davranışsal modeller ve sosyal risk etkenleri de bilinmelidir(1).

İkiz ve evlat edinme çalışmaları da alkol bağımlılığında en önemli risk etkeninin genetik olduğunu göstermiştir. Alkol bağımlılığı tanısı alanların üçte birinde ebeveynlerinin en az birinde alkol bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Anne babadan birisi alkol bağımlısı olduğunda çocuklarında alkol bağımlılığı gelişme riski %25 iken her iki ebeveynin alkol bağımlısı olması durumunda risk iki kat artmaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre alkol bağımlılığı görülme konkordansı daha yüksektir. Evlatlık çalışmaları da kalıtımı desteklemiş, alkol bağımlısı bireylerin çocukları bağımlılığı olmayan ebeveynlerin yanında yetiştiğinde dahi bu çocukların alkol bağımlılığı geliştirme oranları biyolojik ebeveynlerine daha yakın saptanmıştır(1).

Alkol bağımlılığı ile ilgili endofenotip araştırmalarında da alkole verilen yanıt, alkol metabolizması, p300 veya istirahat halindeki alfa dalgası gibi elektrofizyolojik değişkenler araştırılmıştır. Alkol bağımlısı babaları olan erkek çocukların önemli bir kısmında uyarılmış potansiyellerden önemli bir bileşenin (P) genliğinde kontrollere göre anlamlı bir azalma gösterilmiştir. Bu uyarılmış potansiyel bozukluklarının aşırı uyarılabilirlik, özdenetimsizlik ve dürtüsellik ile ilişkili olduğu üzerinde durulmaktadır(1).

Genetik çalışmalar dışındaki çalışmaların bir kısmı çocukluk dönemi davranış örüntüleri üzerine yoğunlaşmıştır. Çalışmalarda davranım bozukluğu alkol madde kullanım bozukluğu için risk etmeni olarak saptanmıştır. Dürtüsellik yenilik arama davranışları ve riskli davranışlara eğilim alkol madde kullanım sıklığında artışla ilişkili saptanmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda da alkol bağımlılığı riskinin arttığını belirten çalışmalar olmakla birlikte aksi yönde çalışmalar da mevcuttur (35). Yapılan düzenli, kontrollü araştırmalar alkol bağımlılığında özgül bir hastalık öncesi kişilik yapısı göstermemektedir. Ancak ileriye yönelik çalışmalarda alkoliklerin henüz alkole başlamadan önce ve çocukluklarında hiperaktif, tutarsız, amaç ve değerlere fazla duyarlı olmayan, antisosyal eğilimli kişiler olduklarına ilişkin veriler ağır basmaktadır (1).

Davranışsal açıdan bakıldığında alkol bağımlılığı gelişiminde model alma ve öğrenmenin klasik şartlanma ve sosyal pekiştirmenin rol aldığı öne sürülmektedir. Klasik şartlanmada birey içki içme ile keyif/haz alma arasında bağlantı kurmakta ve tekrar tekrar içmektedir. Sosyal pekiştirmeye göre de yaşamındaki bazı öge ve uyarılar ile içki içme arasında kurulan sıkı bağlantılar içme isteğini arttırmakta ve bırakmayı engellemektedir (35).

Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplumlarda alkolizm oranı düşüktür. Sosyoekonomik bakımdan üst tabakalarda daha sık görüldüğü kesindir. Ülkemizde alkolü fazla onaylamayan bir toplum vardır. Ancak devlet istatistik Enstitüsü verilerine göre ülkemizde toplam alkol tüketim hızı artmaktadır (1).

2.1.5. Alkol Bağımlılığı Alt Tipleri

Alkol bağımlılığında alt tipler belirlemeye yönelik çalışmalar olmuştur. Cloninger, alkol bağımlılığını klinik görünümüne göre Tip 1 ve Tip 2 diye ikiye ayırmıştır. Tip 1 alkol bağımlılığı, % 75 oranla daha sık görülen tip olup bu kişilerin alkole başlama yaşları geçtir (25 yaşından sonra), ailede bağımlılık öyküsü az, alkol bağımlılığının şiddeti hafif, alkole bağlı sorunlar ve psikopatoloji daha azdır. Bu kişilerde kendiliğinden alkol arama davranışı seyrek, alkol kullanmaktan dolayı suçluluk duyarlar. Tip 2 alkol bağımlılığında ise kişilerin alkole başlama yaşı erken (25 yaşından önce), ailede bağımlılık öyküsü sık, alkol bağımlılığının şiddeti ağır, alkole bağlı sorunlar yoğundur. Ayrıca bu kişilerde kendiliğinden alkol arama

davranışı sık olup, alkol kullanmaktan dolayı pek suçluluk duymazlar (36). Tip 1 alkol bağımlılarında pasif-bağımlı kaygılı kişilik özellikleri ön planda olup suçlanmaya eğilimli içe dönük kişilerdir. Tedaviye yanıt daha iyidir. Tip 2 alkol bağımlılarında antisosyal kişilik özellikleri ön planda olup dürtüsel dikkati dağınık kişilerdir. Tedaviye yanıt daha kötüdür (31).

Babor ve arkadaşları da alkol bağımlılığını Tip A ve Tip B diye ikiye ayırmıştır. Buna göre Tip A, daha hafif şiddetli alkol bağımlılığı ve alkolle ilişkili problemlerin 25 yaşından sonra başladığı tip, Tip B ise daha şiddetli alkol bağımlılığı ve alkolle ilişkili problemlerin 25 yaşından önce başladığı tiptir (37).

2.1.6. Alkol Bağımlılığında Komorbidite

Alkol bağımlılığı ile en sık beraber görülen psikiyatrik tanılar diğer madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur. Yaklaşık %30-40 hasta yaşamlarının bir döneminde major depresif bozukluk kriterlerini karşılamaktadır. Günlük alkol tüketimi yüksek olan ailesinde alkol bağımlısı olanlarda depresif bozukluk riski daha fazla saptanmıştır. Özkıyım oranı da bu hastalarda daha fazladır. Bipolar bozukluk I hastalarında da alkol bağımlılığı riski fazladır. Bu hastalar da manik dönemde kendilerini tedavi amaçlı alkol kullanabilirler. Alkole bağlı bozukluğu olanların %25-50 si de anksiyete bozukluğu tanısı alırlar. Panik bozukluk ve fobiler sık rastlanan eş tanılardır. Hastalar anksiyete belirtilerini yatıştırmak için alkol kullanmaktadır (14).

ABD de yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olan hasta grubunda yaşam boyu en az bir eksen 1 bozukluğu bulunma sıklığı % 37 olarak bulunmuştur (38). Türkiye de yapılan çalışmalara baktığımızda Türkçapar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatan hastalarda eksen-1 eş tanı sıklığı alkol bağımlılarında % 50 olarak saptanmıştır (39). Öner ve arkadaşlarının çalışmasında ise alkol bağımlılarında %65 oranında eksen-1 bozukluğu saptanmıştır. Bu çalışmada duygudurum bozuklukları %45 ile en sık görülen tanı kümesi olarak bulunmuştur. Duygudurum bozuklukları içinde de depresif bozukluk en sık olarak saptanmıştır. Depresif bozukluk için şu anda % 32.5, yaşam boyu % 35; panik bozukluk yaşam boyu % 10, şu anda % 5 ve travma sonrası stres bozukluğu % 10 oranında saptanmıştır. Eksen-2 tanıları değerlendirildiğinde % 72.5 eş tanı

görülmüş olup en sık B küme kişilik bozuklukları bunlar içinde de antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları en sık olarak tespit edilmiştir (40).

Anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk gibi eksen bir ek tanılarının ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi eksen 2 ek tanılarının varlığı alkol bağımlılığının gidiş ve sonlanımını kötüleştirmektedir (41).

2.1.7. Alkol Bağımlılığında Gidiş

Bağımlılık temelde bir beyin hastalığıdır. Bağımlılık yapıcı maddeler her ne kadar bazı özel etki mekanizmalarına sahipse de tüm maddelerin beyin derinliklerinde tek yol üzerinde, doğrudan ya da dolaylı olarak ortak etkileri vardır. Bu yol, limbik sistem ve orbitofrontal korteks gibi alanlara projeksiyonlarla birlikte ventral tegmentumdan nükleus akumbense uzanan, mezolimbik ödüllendirme sistemidir. Bu sistemin aktivasyonu, madde kullanıcılarının madde almaya devam etmesinin en sık nedeni olarak görülmektedir. Bu aktivasyon herhangi bir madde için özel değildir, tüm bağımlılık yapıcı maddeler için ortak yoldur. Uzun süreli bağımlılık yapıcı madde kullanımı, beyin fonksiyonlarında, birey maddeyi almayı bıraktıktan sonra da devam eden süregen değişikliklere yol açar. Bağımlı beyni, bağımlı olmayanın beyninden, beyin metabolik aktivitesindeki değişiklikler, reseptör mevcudiyeti, gen ifadesi (ekspresyonu) ve madde ile ilgili uyaranlara verdiği yanıtla açık şekilde farklılıklar gösterir. Bağımlılığın beyin yapısındaki ve fonksiyonlarındaki değişikliklerle sonuçlanması bağımlılığı esas olarak beyin hastalığı yapar. Başlangıçta madde kullanımı istemli bir davranışken, sonraları birey kompulsif alkol veya madde arayışı ve kullanımıyla karakterize bağımlılık durumuna geçer (42).

Alkol bağımlılığı genellikle sinsi ve yavaş başlar. Giderek şiddeti artar. Zaman zaman iyileşme dönemleri olur ancak çoğu zaman aile iş ve sosyal hayatta yıkıma beden sağlığında bozulmalara neden olmaktadır. Genel olarak 20 yaşından daha erken yaşlarda içmeye başlayan, antisosyal özellikler gösteren olumsuz aile iş ve toplumsal koşulları olan hastalarda gidiş ve sonlanış daha kötüdür. Alkol kullanımı motorlu araç kazalarındaki ölümlerin % 50 sinden sorumlu tutulmaktadır (34).

Alkol kullanımına ve bağımlılığına bağlı bozukluklar; akut zehirlenme, alkol kesilme sendromu, deliryum tremens, alkol halüsinozu, Wernicke ensefalopatisi,

Korsakoff psikozu (alkole bağlı amnestik sendrom), alkole bağlı demans ve Alkol paranoyası şeklinde sıralanabilir.

Akut zehirlenme geçici bir durumdur ve alınan miktar ile ilgilidir. Denge kusuru, konuşmanın bozulması, dikkat ve bellekte bozukluk, tedirgin denetimsiz saldırgan davranışlar, yargılamanın bozulması gibi belirtiler görülür. Bu tür alkol zehirlenmesini idiyosenkratik alkol zehirlenmesinden ayırt etmek gerekir. İdiyosenkratik zehirlenme normalde zehirlenme yapmayacak miktarda alkol ile kişide ağır davranış sorunlarının ortaya çıkması durumudur.

Alkol kesilme sendromu alkolün kesilmesi yada azaltılması sonrası ellerde gözde dilde titreme, dizartrik konuşma derin tendon reflekslerinde artma, kaslarda myoklonik kasılmalar, grand mal epilepsi nöbetleri gibi nörolojik belirtiler; bulantı, kusma, ishal gibi sindirim sistemi belirtileri; terleme, taşikardi, kan basıncı değişiklikleri gibi otonomik belirtiler; bunaltı, ajitasyon, dikkat-bellek bozuklukları, uyku bozukluğu, varsanılar gibi ruhsal belirtilerle karakterize bir sendromdur. CİWA-Ar (alkol kesilme sendromu ölçeği) ile sık izlenmelidir. Tedavi edilmezse deliryum tremens gelişebilir (34).

Deliryum tremens, kesilme deliryumu olarak da adlandırılan kronik alkolizm de alkolü bırakmaya bağlı gelişen akut beyin sendromudur. Alkolü bıraktıktan ya da azalttıktan 2-7 gün sonra bazen de 14 güne kadar ki bir zaman da ortaya çıkabilir (43). Dalgalı bilinç bulanıklığı yönelim bozukluğu varsanılar belirgin klinik bulgulardır (41).

Alkol halüsinozu genelde on yıl ve üzerinde alkol kullananlarda görülen alkol azaltıldıktan ya da bırakıldıktan 2-3 gün sonra ortaya çıkan bilinç açık halde kötuleyici korkutucu tehdit edici varsanılarla giden birkaç haftadan birkaç aya kadar sürebilen bir rahatsızlıktır.

Wernicke ensefalopatisi kronik alkolizmde tiamin eksikliği nedeniyle ortaya çıkan bir ensefalopatidir. Ataksi, oftalmopleji, nistagmus ve konfüzyon belirtileri bulunmaktadır. Tiamin verilerek hızlı düzelme sağlanabilir. Tedavi edilmezse Korsakoff psikozuna ilerleyebilir.

Korsakoff psikozu uzun süre yoğun alkol kullananlarda tiamin eksikliğine bağlı kronik beyin sendromudur. Yakın ve orta geçmişe yönelik bellek bozuklukları ve bellek boşluklarını doldurmak için uydurmalar (konfobulasyon) tipiktir.

Alkole bağlı demans uzun süre alkol kullananlarda alkolü bıraktıktan üç hafta sonrasında demans bulguları olması ve açıklayacak başka sebep olmaması durumunda düşünülebilir (34).

2.1.8. Alkol Bağımlılığında Tedavi

Alkol bağımlılığında tedavi kabaca alkolle bağlı bozuklukların ve akut durumların tedavisi ve alkol bağımlılığının tedavisi olarak ayrılabilir.

Akut Durumların Tedavisi

Akut alkol zehirlenmesi tedavisinde solunum yolu açık tutulmalı sıvı desteği verilmelidir. Hipoglisemiye karşı dikkatli olunmalıdır. Glukoz içeren sıvılar vermeden önce mutlaka tiamin (B1 vit.) verilmelidir. Aksi takdirde glukoz metabolizması tiamin kullandığından zaten az olan tiamin tükenerek Wernicke ensefalopatisine yol açabilir. Ajitasyon ve taşkınlık durumunda benzodiazepinler ve haloperidol verilebilir. Ancak benzodiazepinlerin alkolle beraber solunum depresyonu yapabileceği akılda tutulmalıdır.

Alkol kesilmesi durumunda bağımlılık sağaltımının ilk adımı olan arındırma (detoksifikasyon) tedavisi uygulanır. Bu tedavinin üç ana öğesi vardır. Sıvı tedavisi B vitamini desteği ve merkezi sinir sistemi aşırı uyarılabilirliğinin yatıştırılmasıdır. Günde 5-6 litre sıvı verilmelidir. Tercihen parenteral B ve C vitamini desteği yapılır. Merkezi sinir sistemi uyarılabilirliğinin yatıştırılması için benzodiazepinler, klonidin, propranolol, antipsikotik gibi ilaçlar kullanılabilir. Kesilme belirtilerinin yatıştırılmasında ve deliryum tremensin önlenmesinde en etkin ilaçlar benzodiazepinlerdir.

Deliryum tremens de tedavi hastanede yapılmalıdır. Hasta aydınlık ve fazla uyaranların olmadığı bir oda da yatırılmalıdır. Yakın izlem yapılmalı başında mutlaka refakatçi bulundurulmalıdır. Alkol kesilme sendromunun tedavi ilkeleri deliryum tremens için de geçerlidir (34).

Alkol Bağımlılığı Tedavisi

Bu tedaviyi; genel ilkeler, ilaç tedavisi, psikososyal yaklaşım ve tedaviler ile alkol bağımlılığına karşı koruyucu önlemler şeklinde dört ana boyutta ele almak uygun olacaktır.

Genel ilkeler anlamında kronik alkol kullanımına bağlı var olan ya da olabilecek durumlar anlatılmalı alkolizmin bir hastalık olduğu açıklanmalıdır. Ruhsal bir ek tanısı varsa eş zamanlı tedavisine başlanmalıdır. Detoksifikasyon tedavisinin etkili şekilde yapılması hastanın güvenini ve tedavide kalmasını arttıracaktır. Aileye durum anlatılmalı mutlaka tedavi için işbirliği içinde olunmalıdır.

İlaç tedavisi olarak en yaygın kullanımı olan ajanlar disülfiram, naltrekson, akamprosot ve serotonerjik ilaçlardır.

Disülfiram alkolün bırakıldığı dönemde tekrar içmeyi önlemek için kullanılır. Etkisini alkol yıkımında kullanılan aldehit dehidrogenaz enzimini inhibe ederek gösterir. Hasta disülfiram kullanırken alkol alırsa kanda asetaldehit birikir. Kızarma, sıcak basması, göğüste sıkışma hissi, kan basıncı düzensizliği, göz kararması, çarpıntı, halsizlik gibi çok rahatsız edici belirtiler ortaya çıkar hatta ölüm bile olabilir. Günde 250 mg dozunda etkilidir. Etkisi ilaç kesildikten bir hafta sonrasına kadar sürebilir. Bu durum hastaya açıklanmalıdır.

Naltrekson opioid antagonisti etkisi ile alkolün pekiştirici etkisini azaltmakta içme isteğini alkolden alınan zevki azaltmaktadır. Alınan alkol miktarını, içilen gün sayısını yinelemeleri ve ağır içiciliği azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir.

Akamprosot GABA'erjik etkinliği azaltmakta NMDA reseptörleri üzerinden glutamatın etkisini düşürerek etki etmektedir. İçme isteğini (craving) azalttığı gösterilmiştir.

Serotonerjik dizgeyi etkileyen ilaçlar hem doğrudan alkol tüketimini azaltmak, içmeyi azaltmak için hem de anksiyete depresyon gibi eşlik eden belirti ve sendromları hafifletmek için kullanılmaktadır.

Psikososyal yaklaşım ve tedavileri olarak da alkol kullanım sorunlarına yönelik danışmanlık veren, güven artırıcı, empatik, tedavi seçenekleri sunan, destekleyici, tedavi isteğini artırıcı yaklaşımlar ve bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri kullanılabilir. Ayrıca alkol bağımlılarının birbirleriyle dayanışmasını sağlayan adsız alkolikler (AA) gibi kuruluşlara hastalar yönlendirilebilir.

Koruyucu önlemler konusunda alkolün elde edilebilirliğinin kısıtlanması ve alkole karşı isteği azaltmaya yönelik yaklaşımlarda bulunulmalıdır (34).

2.2. Aşerme

2.2.1. Aşermenin (craving) Nörobiyolojisi ve Klinik Yönleri

Aşerme (craving), bağımlılığın temel özelliklerinden biridir ve bıraktıktan sonra yıllarca yaşanabilmektedir. Aşerme, nükslerin en önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle içme isteğini değerlendirmek, nükslerin önlenmesi ve ayıklığın sürdürülmesinde önemlidir. Aşerme mekanizmasının iyi anlaşılması, içme isteği üzerine etkili biyolojik faktörlerin bilinmesi tedavi seçimimizi belirlemede yardımcı olacaktır.

Alkol bağımlılığı; genetik olduğu kadar organik, psikolojik ve çevresel gibi birçok komponenti içeren multifaktöryel etiyolojiye sahip kronik bir hastalık olarak tanımlanabilir. Bu komponentler arasında aşermenin varlığı relaps gelişimi ve alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımının sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sözlük karşılığı güçlü arzu veya patolojik iştah, yani kontrol edilemeyen madde alma arzusu olan aşerme tatmin edilmediğinde asteni, iştahsızlık, anksiyete, uykusuzluk, saldırganlık ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik rahatsızlığı provoke eden bir durumdur (44).

Yaklaşık 115 yıl kadar önce Merck's Manual (1899) alkol aşermesini azaltmak için kokainin alkol yerine kullanılmasını önermiştir. Daha sonra aşerme kelimesinin, opioid bağımlılarında yoksunluk döneminde opioid almak için duyulan güçlü istek yerine kullanımı giderek artmıştır (44). Sonraları diğer ilaç bağımlılarında bazı farklılıkları içeren durumlarda da kullanılmıştır, ta ki 1955 yılında WHO (World Health Organization) yoksunlukta görülen sembolik olmayan aşerme ile kontrol kaybı ve relapsa neden olan sembolik aşermeyi ayırana kadar (45). Birkaç yıl öncesine kadar aşerme, alkol yoksunluğunun bir belirtisi olarak kabul edilse de gerçekte uzun süreli ayıklık sonrasında bile ilk içki veya alkol kullanımı ile ilişkili durumlarla provoke olabilen zorlayıcı alkol alma isteği izlenebilmektedir (46). Şimdilerde aşermenin alkol bağımlılığının patogenezinde ve bağımlı kişilerdeki relaps sıklığını belirlemedeki etkisi kabul edilmektedir (46). Aşerme kelimesi birçok kavramı tanımladığı için fenomen olarak anlamada hala karışıklıklar vardır (47).

2.2.2. Aşermenin Fizyopatolojisi

Fizyolojik olarak haz almada aracı rol oynayan dopaminerjik beyin ödül sisteminin alkol alımı ve aşerme mekanizmasında birincil rol oynadığı düşünülmektedir. Bu sistem (yemek, uyku, cinsel ilişki gibi) fizyolojik bir uyararla veya fizyolojik olmayan davranış (örn: kumar, bulimiadaki gibi kusma sonrası yemek alımı, seks bağımlılığı) ile tetiklenen güçlü duygular veya psikoaktif madde alımı (Örn: alkol, opioidler, benzodiazepinler, esrar, kokain) ile aktive olur. Tüm bu maddeler, beynin ödül merkezi olarak bilinen nükleus akkumbenste dopamin seviyesinde artışa neden olur (48, 49, 50). Hayvan beyinleriyle yapılan çeşitli çalışmalarda beyin ödül sisteminin aktivasyonu ile ilişkili olan dopamin, serotonin, GABA, endojen opioid peptitler ve noradrenalin seviyelerinde değişiklikler gösterilmiş. Özellikle endojen opioid peptitler alkolün pekiştirici etkisinde önemli rol oynarken, GABA alkolün etkilerinin ortaya çıkışında aracılık eder (44). Serotoninin hipotalamusta artması ile limbik sisteme (nükleus akkumbens, amigdala, tuberkulum, olfaktorium), hipokampusa ve prefrontal kortekse dopaminerjik projeksiyonları olan ventral tegmental alan A10'daki enkefalinlerin salınımlarını belirleyen opioid reseptörlerin indirekt aktivasyonu sağlanır (51). Enkefalinler substansia nigradan GABA salınımını inhibe ederler. GABA konsantrasyonu ve özellikle GABA_B olmak üzere GABA reseptörleri ile bağlantılarındaki azalma, dopamin düzeylerindeki değişimi belirler ki bu da D2 reseptör aracılığı ile ödül mekanizmasında anahtar role sahiptir. Bu sistem içinde serotonin, noradrenalin, GABA, enkefalinler, reseptörleri ve düzenleyici enzimler sayılabilir. Blum ve arkadaşları tarafından geliştirilen ödül kaskad teorisine göre; ilk olarak bir uyararla hipotalamustan serotonin salınımı olur, bu nörotransmitter aynı zamanda esas olarak hipotalamusta bulunan opioid reseptörlerini indirekt olarak aktive eder ki bu da ventral tegmental alan A10 'da enkefalinlerin salınımına neden olur. Enkefalinler substansia nigradan GABA salınımını inhibe eder; GABA normalde 2 tip olan A ve B reseptörleri üzerinden etki eder. Tip B reseptörlerin uyarılması ile nükleus akkumbens üzerinden ventral tegmental alanda dopamin salınımında inhibisyon olduğundan, enkefalinler üzerinden GABA salınımı inhibe edildiğinde dopamin salınımında artış olur (44). Diğer taraftan dopamin de D1 ve D2 olmak üzere 2 tip reseptöre bağlanır ki ödül

etkisinde anahtar rolü D2 reseptörleri üzerinden sağlar. Düşük doz etanol alımının GABA üretimini azalttığı ve böylece daha önce bahsedilen beyin alanlarında dopamin seviyesinde artışı sağladığı ileri sürülmüştür (46). Hipokampustaki reseptör A stimülasyonunu içeren alternatif yolak haz sisteminin diğer bir primer alanıdır. Bu aktivasyon aşırı alkol alma isteğini azaltır ve lokus seruleustan A6 alanında noradrenalin salınımını sağlar ki bu alandan dallanan lifler direkt olarak haz mekanizmasında yer alan CAx olarak tanımlanan hücre grubuna gider. GABA'yı bu seviyede inhibe edebilen betakarbolin daha önemli görünmektedir (46).

Diğer bir GABA inhibe eden madde olan diazepam-bağlı-inhibitör (DBI) adındaki nöropeptit, benzodiazepin reseptörleri üzerinden bu etkiyi gösterir. Bu iki maddenin hipokampusta yüksek konsantrasyonlarda olması durumunda GABA inhibe eden noradrenalin seviyesi azalır ve alkol alma isteği artar. Diğer taraftan ne zamanki GABA seviyesi artar, benzodiazepin reseptörleri (anksiyeteye karşı) uyarılabilir ve bu da alkol alımında azalmaya neden olur. Blum ve arkadaşlarının (2000) teorisine göre, bu kaskad mekanizma beyin ödül alanlarına spesifik etkileri ile iyi olma halini sağlayıcı etki yapar; ne zaman bu sistem bir bozulma veya denge sorunu ile kesintiye uğrarsa anksiyete ve rahatsızlık hissi oluşur ve bu olumsuz duyguları hafifletecek maddeyi almak için yoğun isteğin oluşmasına neden olur. Örneğin, genetik dizilimleri seçilmiş sıçanlarla yapılan çalışmalar sonucunda kontrollere göre alkol alımını tercih eden sıçanların D2 dopamin reseptör sayıları anlamlı düzeyde az bulunmuştur (46). Dopaminerjik gen çalışmaları da A1 alleli olan kişilerde % 30 daha az D2 dopamin reseptörü göstermiştir (51). Bu da bu reseptör defekti ile doğan hastaların, dopamin salınımına normal cevap veremedikleri için madde ve alkol alımına predispozan bir durum oluşturduğunu düşündürmektedir (46). Beyin ödül kaskadında bir disfonksiyon olduğunda (bu özellikle dopaminerjik sistemde genetik varyant sonucu gelişen hipodopaminerjik durum) bu kişilerin beyinleri iyi hissedebilmek için DA'e ihtiyaç duyarlar. Bu özellikleri çoklu madde arama davranışına neden olur ve ödül eksikliği sendromu olarak adlandırılır (54). Bu hipotez, genetik, ailesel alkol bağımlılığı çalışmalarında gösterilen 2-3 kat artmış alkol bağımlılığı riskinin bağımlı ebeveynlerin çocuklarında gösterilmesini bir miktar açıklamaktadır (46). Bu çalışmalar alkol bağımlılığı için en az 2 tip genetik predispozisyonu tanımlamaktadır.

Tip 1 veya çevreyle sınırlı alkol bağımlılığı (sıktır, erkek ve kadın cinsiyetin her ikisinde de gözüktür), tip 2 veya genetik olarak cinsiyetle sınırlı (bağımlı ebeveynlerin erkek çocuklarında 9 kat daha sık izlenen, evlat edindikten sonra gittiği çevreden bağımsız grup) (55). Bu yüzden bazı örneklerde psikotrop maddeye bağımlılık geliştirme riskinde ödül sistemi tamamen aktive olmayabilir, genetik anomaliler veya patolojik durumlar (emosyonel stres, psikopatolojiler) da etkili olabilir. Bu kişilerde aşırma, beyin sistemlerinin disregülasyonundan kaynaklanmış ve farklı faktörlerin katılması ile kompulsif arzulama formları gelişmiş olabilir. Kişiler günlük psikolojik rahatsızlıklarını hafiflettiğini ya da kişisel veya sosyal problemlerini çözdüğünü tecrübe ettilerse tekrar tekrar madde kullanma eğiliminde olurlar. Belli bir süre sonra da kendi kendini sürdüren sistem kurulmuş olur; madde alımı artık seçim veya memnuniyet değil, gereklilik olmuştur (46).

Alkol aşırması relapsın biyolojik etiyolojisinin önemli bir komponentidir; prelinik ve klinik çalışmaların her ikisinde de alkol alımı ve dopaminerjik sistem D1, D2 reseptör aracılı ödül sistemi arasında yakın ilişki gösterilmiştir (54,55). Bu yüzden relapstan kaçınma ve önlemede; terapötik yaklaşım ve aynı zamanda Lesch tiplemesine göre kişideki primer psikiyatrik hastalığa ve alkole bağlı bozulmalarına spesifik müdahale önemlidir (54). Son birkaç yılda diğer teoriler de formüle edilmiştir. Özellikle sadece alkol bağımlılığının genetik komponentinin varlığı değil, aşırmanın tek başına varlığı tartışılmaktadır.

Son birkaç yılda aşırmanın mekanizmasını araştıran çalışmalar yapılmıştır. Özellikle alkol bağımlısı hastalarda dopaminerjik reseptör sensitivitesi üzerine çalışmalar yapılmıştır. Gerçekten de D1 ve D2'ye pre ve postsinaptik olarak bağlanarak selektif dopaminerjik reseptör agonistik etki gösteren apomorfin (APO) enjeksiyonu sonrası plazma büyüme hormonunda (GH) yükselme oluşmuştur (44). Pek çok çalışmada da alkol bağımlılarında APO tarafından indüklenen GH plazma düzeyinde anlamlı değişiklikler tespit edilmiştir. Bu özelliğin aylar, yıllar süren ayıklık sonrasında bile alkol bağımlılarında sürmesi, dopaminerjik reseptör duyarlılığında azalmanın oluştuğunu, aşırmanın ve relapsın temelinde yer aldığını düşündürmektedir (44).

Aşermenin tanımı ve fizyopatolojisine önemli bir katkı da Anton tarafından yapılmıştır. Anton'a göre aşerme yıllarca alkol kötüye kullanımının sonucunda ortaya çıkan bir beyin durumudur. Aşerme, alkol bağımlısı hastanın zarar görmesine rağmen alkol almaya zorlayıcı yönde iradesini değiştirme gücüne sahiptir. Anton'a (2001) göre farklı nörobiyokimyasal mekanizmalar aşermenin farklı yönünü oluşturur. Ayıklıkla ilişkili aşerme GABAerjik ve glutamaterjik sistemi içerirken; alkolün ödül etkisinin hatırlanmasına bağlı gelişen aşermenin dopaminerjik, glutaminerjik ve opioiderjik mekanizmalarla olabileceğini ileri sürmüştür.

Stresli durumlara bağlı tetiklenen aşerme ise yukarıda sözü edilen sistemlerle birlikte serotonerjik mekanizmalar aracılığı ile düzenlenebilmektedir. Bu görüşlerin alkol kötüye kullanımı ve relapsın nedeni olan aşerme mekanizmasını anlama ve olası ilaç tedavisini değerlendirmek için akılda tutulması gerekmektedir. Bu varsayıma dayanarak Verheul, Van Den Brink ve Geerlings (1999) alkol aşermesi için 3 yolağın psikobiyolojik modeli için kompleks bir analiz yapmışlardır. Özellikle Verheul ve arkadaşlarının modelinde şu özellikler kendini göstermiştir:

Ödül aşermesi veya ödülü arzulama: Bu aşermenin temelinde dopaminerjik/opioiderjik disregülasyon (opioid/endorfinlerde bozulma, alkolün pekiştirici etkisine hipersensitivite), veya ödül araması belirgin kişilik özelliği (örn: hedonism) ve/veya ödül bağımlı kişiler. Alkol için spontan arama, içkiden uzak durmayı başaramama ve binge (durdurulamayan) içme şeklinde belirtileri vardır. Kişiler erken alkol bağımlılığı geliştirirler (erken başlangıç) ve ailede alkol bağımlılığı öyküsüne sahiptirler.

Rahatlama aşermesi veya gerilimi azaltmayı arzulama: Bu aşermenin temelinde GABAerjik/ glutamaterjik disregülasyon (nöronal aşırı uyarılmışlığın olduğu glutamat disregülasyonu, alkolün sedatif etkisine aşırı duyarlılık veya strese duyarlı kişilik özellikleri veya bunların kombinasyonları olanlar) rol oynar. Rahatlama için aşermesi olan bu gruptaki kişiler genelde geç başlangıç yaşına sahip, rahatlama ihtiyacı fazla olan, yoksunluk belirtileri varlığında bunu azaltmak için alkol alan kişilerdir.

Obsesif aşerme: Alkol alımı ile ilgili girici düşünceleri üzerine kontrol kaybını tanımlar. Bu aşerme tipinin temelinde serotonerjik disregülasyon (serotonin eksikliği)

veya disinhibisyonun olduğu kişilik özellikleri veya bu iki durumun kombinasyonu yer alır. Obsesif aşermenin ana özelliği kontrol kaybı; ve bununla ilişkili kompulsif içme ve alkol alımına bağlı olumsuz etkiler görülür. Giderek artan kanıtlar gösteriyor ki bağımlılık davranışında serotonindeki eksiklik madde kötüye kullanımındaki kontrol kaybını yansıtan önemli bir faktördür (44,56).

Bir hipotez de özellikle ödül aşermesi için naltrekson ve gama-hidroksibütirik asit (GHB) kullanılabilirliği, rahatlama aşermesi için akamprosot, GHB ve baklofen kullanılabilirken; selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), baklofen, topiramet ve ondansetronun obsesif aşerme için kullanılabilirliği yönündedir (37). Aşerme mekanizmasında glutamaterjik sistemin öneminin altını çizen Spanagel (2003) 2 mekanizmayı tanımlamıştır: birincisi opioid ve dopaminerjik mezolimbik sistem ve etkilediği aşermeye bağlı relapsın patogeneğinde duygudurumu yükseltici ve alkol alımının pozitif pekiştirici etkisi yer almaktadır. Diğer mekanizma glutamaterjik sistemi özellikle de NMDA reseptörlerini içerir, aşerme ve buna bağlı relapsın patogeneindeki rolünü yoksunluk ve stres gibi (hipertrofik glutamaterjik sisteme bağlı) negatif motivasyonel durumlar üzerinden sağlar. Bu hipotezin pratik uygulamaya yansması, anti-craving (istek azaltıcı) ve relaps önleme tedavisinde akamprosot kullanımındadır (44).

2.3. Ruminasyon Kavramı

Etimolojik kökeni Latince *Rumen* (selülozu fermantasyon yardımıyla sindirebilen hayvanların midesinin ilk bölümü) kelimesinden gelen ruminasyon terimi (*Rumination*) XVI. yüzyıldan itibaren Batı dillerinde hem “tekrarlayıcı bir şekilde sebeplere ilişkin düşüncelerin zihinde dönüp durması” hem de “geviş getirmek” anlamlarında kullanılmaktadır (57,58). Psikiyatri pratiği içinde kısaca ve kabaca “zihinsel geviş getirmek” olarak tariflenen kelime literatürde ilk kez 1960 yılında obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile çalışmalar yapan Ingram tarafından OKB’den ayrı bir fenomen olarak kompülsiyon olmadan düşünce düzeyindeki patolojiyi işaret eden *fobik-ruminatif durum* (phobic-ruminative state) olarak kullanılmıştır (59). 1970’li yıllarda post-travmatik stres bozukluğu (TSSB) üzerine yapılan çalışmalarda araştırmacılar “istemsiz bir biçimde ortaya çıkan, kişinin sürdürmekte olduğu

eylemlerini engelleyen, çoğunlukla geçici, kontrol edilmesi zor ve bastırmak için zorlu bir çaba gerektiren tekrarlayıcı düşünceler” olarak tanımladıkları *zorlayıcı/girici ruminasyon* (intrusive rumination) terimini kullanmışlardır (60). Aynı dönemde depresyon üzerine çalışmalar yapan Rippere terimi “ genellikle olumsuz duyguduruma bir tepki olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı, sebat eden, depresif düşünce” olarak tariflemiştir (61). Tek bir konu ya da düşünce ile sürekli meşguliyet durumu olarak da tanımlanan ruminasyon kavramı Rachman ve arkadaşlarının girici, zorlayıcı düşünceler/ruminasyonlar ve obsesyonlar üzerine yaptıkları çalışmalarla semiyolojik olarak yaygın biçimde kullanılmaya başlanmıştır (62,63).

Farklı teorisyenlerin, farklı psikopatolojik durumları merkeze alarak tanımladıkları kelimenin genel karakteri girici, kontrol edilemeyen, geri dönüşlü ve tekrarlayıcı olmasıdır (64). 1990’lı yıllara kadar çoğunlukla OKB ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olarak kullanılan terim 1991 yılında Nolen-Hoeksema tarafından geliştirilen *Depresyonun Tepki Biçimleri Teorisi* (The Response Styles Theory of Depression) çerçevesinde yeniden tanımlanmıştır. Bu çalışma ile ruminasyon “ depresyonun belirtileri, olası sebep ve sonuçları hakkında edilgen ve tekrarlayıcı bir düşünme biçimi” olarak kavramsallaştırmıştır (65,66). Teoriyle birlikte *depresif ruminasyon* kavramı üzerine birçok teori ve ruminasyon modeli çalışmaları geliştirilmiş, kavramın depresyon, sosyal anksiyete, OKB, TSSB, intihar eğilimi, uyku bozuklukları ile ilişkisi, diğer bilişsel süreçlerle olan etkileşimi ve farkları, olası alt tipleri ve görüntüleme çalışmaları üzerinde yoğunlaşmıştır (67,68). Gold ve Wegner terimi geçmişe yönelik istemsiz olarak meydana gelen kişinin dikkatini beklenmedik ve otomatik bir biçimde sıkıntı verici ve belirgin noktalara yönelten tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlamışlardır. (69).

Ruminasyonun psikopatolojik durumlarda çalışılması, birbirinden nüanslarla ayrılan farklı tanımlamaların gelişmesine yol açmıştır. Ortak bir tanımın henüz kararlaştırılmadığı terimin en geniş tanımlarından biri Martin ve Tesser tarafından “ortak bir konu etrafında dönen, düşünmeyi gerektirecek koşullar olmadığında dahi tekrarlayan bilinçli düşünce biçimi” olarak tariflenmiştir. Martin ve Tesser’e göre ruminasyon tekrarlayıcı düşüncenin farklı formlarına işaret eden jenerik bir terimdir, yazarlar tekrarlama eğilimi olan düşüncelerin tümünü ruminasyon terimi başlığında açıklamışlardır (70). Araştırmacılara göre çevresel koşullar ruminatif düşünceleri

direk olarak veya dolaylı biçimde tetiklesele bile, ruminasyonların sürmesi bu tür koşullara bağlı değildir (65,70).

2000’li yıllardan sonra terimin alt başlıkları, diğer psikolojik faktörlerle ilişkileri üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu kapsamda depresif ruminasyon üzerine çalışmaları olan Conway ve arkadaşlarına göre ruminasyon kişinin hali hazırdaki sıkıntılına ve üzüntüsünü oluşturan çevresel şartlara ilişkin tekrarlayıcı düşüncelerdir (71). Watkins ruminasyonun sadece psikopatolojik süreçlerle ilişkili olmadığını, kişinin kendisi, kaygıları ve yaşantıları hakkında tekrarlayıcı ve süreğen düşüncelerinin bütün insanlarda görülen zihinsel bir süreç olduğunu vurgulamıştır (72).

Alkol kullanımında relapsa neden olabilecek risk faktörleri arasında ruminasyon nispeten yeni bir kavram olarak alkol kullanımı bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (73). Yakın zamanda, Nolen-Hoeksema ve Harrell (66) yaptığı toplum temelli bir çalışmada, ruminasyonun çaresizlikle başa çıkmak için alkol kullanımını tetiklediğini göstermiştir. Buna ek olarak Caselli ve ark.(74) yaptıkları çalışmanın sonucunda, ruminatif düşüncenin depresyondan bağımsız olarak alkol kullanımını düzeyi üzerinde öngördürücü bir faktör olduğunu söylemektedir.

2.3.1. Ruminasyon ve Aşerme

Güncel araştırmalar genel ruminasyon şiddetinin alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı için öngördürücü bir faktör olduğunu göstermektedir (74). Ek olarak alkol bağımlılarında ruminasyon düzeyinin başlangıç alkol kullanım seviyeleri ve depresyondan bağımsız olarak tedavi sonrası relaps için risk faktörü olduğunu göstermiştir (5). Alkolün psikofarmakolojik etkileri yüksek seviyedeki bilişsel fonksiyonları bozarak ruminasyon için gerekli psikolojik zemini oluşturabilmektedir (73,75). Ruminasyon negatif bilişsel-afektif bileşenleri ile depresyon gibi klinik durumlara yakınlık yaratan bir özellik alkol kullanımı ve aşermeyi tetikleyebilmektedir. Bunun yanı sıra ruminatif sürecin kendisi doğrudan olarak aşermeyi indükleyebilir. Bu konu ile ilgili olarak Caselli ve ark.’nın yaptıkları bir çalışmada alkol bağımlılarında depresyondan bağımsız olarak ruminasyon tetiklenmesi ile aşermenin belirgin olarak arttığı bulunmuştur. Ruminasyonun tetiklenmesi sonrası aşerme düzeyi tetikleyici uyarının kalkmasından sonra da yüksek

seyretmiştir (75). Bu bulgular ışığında ruminatif düşünce tarzı üzerine uygulanacak terapötik yaklaşımların aşırme ve alkol kullanımı üzerinde direkt etkileri olacağı söylenebilir.

2.3.2. Düşünceleri Bastırma Eğilimi ve Ruminasyon

Düşüncelerin bilinçli olarak bastırılması (supresyon), kişi tarafından sahip olmayı istemediği türden, benliğe yabancı (ego-distonik) olarak algılanan ve belirgin sıkıntıya neden olan ısrarlı düşünceler, dürtüler veya düşlemleri zihinden uzaklaştırılmak için kullanılan bir başa çıkma düzeneği olarak tanımlanabilir (76). Kişinin sahip olmayı istemediği türden, benliğine yabancı olarak algıladığı düşünce ya da hayalleri bilinçli bastırma çabaları paradoksal olarak bu düşünceleri daha da güçlendirir. Bu durum ‘beyaz ayı’ deneyleriyle gösterilmiştir (77).

Düşüncelerin zorla ve istem dışı zihne sokulmaları ya da kişinin kendisini belli bir bilinç içeriğinden kurtaramaması başta obsesif-kompulsif bozukluk olmak üzere anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde bağımlılığı gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta görülebilmektedir (78). Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde düşünce sokulmaları daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşüncelerdir (79). Obsesif-kompulsif bozuklukta zorlayıcı düşünceler ise daha sık, daha uzun süreli, daha yoğun ve daha rahatsız edici düşüncelerdir (80, 81). Obsesif- kompulsif bozuklukta kişi ilk olarak bu düşünceleri görmezden gelme ve bilinçli olarak bastırma eğiliminde olmaktadır. Bu aşamada yaşanan yetersizlikler OKB için obsesyonların oluşumunda kilit rol oynamaktadır.

Bastırma kişinin istenmeyen düşünceleri bilinçli uzaklaştırmak, fark etmemek, onlara sahip olmadığına emin olmak için yaptığı bilişsel çabanın sonucu iken; ruminasyon ise daha çok zihinsel içeriği kişinin kendi üretkenliği ile oluşturduğu ve birbirbiri ile bağlantılandığı, bilinçli çaba ile oluşan zihinsel faaliyete atıfta bulunmaktadır. Her iki düzenek aynı olay ya da bir neden ile ilintili olabilse de, düşünceleri bastırmayı gerekli kılan zihinsel içerik kişi için daha egodistoniktir.

2.3.3. Düşünceleri Bastırma Eğilimi ve Aşırme

Madde bağımlılarında kişinin maddeyi bırakma teşebbüsleri sırasında yaşadığı madde kullanımı ile ilgili zorlayıcı düşünceler iyileşmeyi engelleyen önemli bir

etkendir (82, 83). Nikotin bağımlılarında nikotini bırakma teşebbüslerinde kişilerin madde ile ilgili düşüncelerini bilinçli bastırma eğilimi ile nüks oranlarının yüksek olması arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (82). 2013 yılında TSSB hastalarıyla yapılan bir çalışmada da düşünce baskılanmasının (supresyon) hem TSSB semptomlarını alevlendirdiği, hem de hastalarda madde aşermesini artırdığı tespit edilmiştir (84).

Düşünce baskılanmasının paradoksal olarak bu düşünceyi güçlendiriyor olması alkol bağımlılarında da alkolle ilişkili düşüncelerin uzaklaştırılma çabasının aşermeyi artırdığı öngörülebilir. Bu konuda yapılan bir çalışma sonucunda alkol bağımlılarının alkolü bırakma dönemlerinde, bilinçli bastırma eğiliminin fazla olması daha fazla nikotin kullanmaları ve alkol bağımlılığında relapsla ilişkili bulunmuştur (83).

2.4. Endişe

Yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) temel tanı ölçütleri içinde kabul edilmeye başlanmasından sonra endişenin ruhsal rahatsızlıklarla olan ilişkisi önem kazanmıştır (85). Endişe, anksiyete bozukluklarına eşlik eden bilişsel süreçler içinde önemli rol oynamakla birlikte (86), anksiyetenin bilişsel unsurlarından bağımsız kendine özgü bir yapıyı da tanımlamaktadır (87, 88, 89). Endişeye ilişkin ilk kapsamlı tanımlamalardan birisi, Borkovec ve arkadaşları (90) tarafından yapılmıştır: “Endişe, negatif duygu yüklü ve nispeten kontrol edilemeyen bir düşünce ve imaj dizisidir. Sonuçları belli olmayan; ancak bir veya birden fazla olumsuz sonucu olma ihtimali olan bir durum ya da olayla ilgili sorunu, zihinsel olarak çözebilmek için uğraş verme girişimi anlamına gelmektedir.” Son zamanlarda tanımı değişen endişe, endişeli bir gelecek anlayışı (91), bilişsel içeriğinde imajinasyonlardan çok olumsuz değerlendirmeleri taşıyan sözel içeriğin hâkim olduğu olumsuz bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır (92).

Doğası gereği kaygı ile birlikte ortaya çıkan endişe sadece YAB’ye özgü olmayıp, panik bozukluğU, sosyal fobi, özgül fobi gibi pek çok kaygı bozukluğunda ve obsesif-kompulsif bozuklukta belli derecelerden gözlemlenen bir bilişsel etkinliktir (93).

2.4.1. Endişe ve Ruminasyon

Farklı psikolojik bozuklukların etiolojisinde rol oynayan farklı bilişsel süreçler olarak kavramsallaştırılan endişe ve ruminasyon, aslında tekrarlayıcı ve olumsuz düşünce zincirleri içermeleri (4,94), bağlamsal ve ortamsal gereklere kıyasla aşırı olmaları (86, 95) ve algılanan uyumsal bir işlev üstlenerek başa çıkma mekanizması şeklinde kullanılabilmesi (96, 97, 98) gibi kavramsal benzerliklere sahiptir. Öte yandan, içerik, zaman yönelimi ve problem çözme kapasiteleri çerçevesinde düşünüldüğünde, endişe ve ruminasyonun kendine özgü ve ayrıştırıcı özellikler de barındırdığı görülmektedir. Endişe beklenen tehdit karşısında gelecek yönelimli bir odak içerirken (90, 99), ruminasyon tipik olarak geçmiş odaklı kayıp temaları etrafında dönmektedir (100, 68). Papageorgiou ve Wells ruminatif düşünme biçiminin endişe içerikli düşüncelere kıyasla daha az sözel içerik taşıdığını ve problem çözmek konusunda kendine daha az güvenme ve daha az çaba sarf etme ile ilişkili olduğunu göstermiştir(101).

2.5. Dürtüsellik

Moeller ve arkadaşları dürtüsellik, içsel ya da dışsal bir uyarana, kendisi ya da başkaları için ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları göz önünde bulundurmaksızın, hızlı ve plansız bir şekilde yanıt verme eğilimi olarak tanımlamıştır. Dürtüsellik ölçümü için oluşturulmuş olan davranışsal modeller göz önüne alındığında dürtüsellik kavramının davranışın olumsuz sonuçlarına karşı azalmış duyarlılık, bilginin tamamen işlenmeden uyarana hızlı ve planlanmamış tepkiler verilmesi ve davranışın uzun dönemdeki sonuçlarının dikkate alınmamasını kapsaması gerektiği bildirilmiştir (102).

Dürtüsellik çok boyutlu bir kavramdır ve dürtüsellik farklı boyutlarının altta yatan farklı süreçleri yansıtır olabileceği düşünülmektedir (103). Eysenck ve ark. dürtüsellik risk alma, plan yapamama ve hızlı karar verme ile ilişkilendirmiştir (104). Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nde dürtüsellik üç boyutta ele alınmaktadır (105). Motor dürtüsellik düşünmeden ve o anın güdüsüne göre hareket etmeyi ifade eder. Plansızlık dürtüsellik o andaki küçük bir ödülü gelecekteki daha büyük bir ödüle tercih etmeyi içerir ve o ana oryente olma, geleceği planlayamama ve öngörememe ile ilişkilidir. Dikkatsizlik dürtüsellik kognitif yönü kapsar ve hızlı karar verme ile ilişkilidir (105).

Dürtüselliğin tanımı yapılırken vurgulanması gereken bazı noktalar vardır. Bunlardan ilki dürtüsellekle tek bir hareketin değil bir yatkınlığın tarifleniyor olmasıdır. İkincisi dürtüselliğin, bir hareketin sonucunun bilinçli olarak değerlendirilmeden hızlı ve plansız bir şekilde hareket etmeyi içermesidir. Bu anlamda yargılamanın bozulduğu durumlardan ya da davranıştan önce planlamanın yapıldığı kompulsif davranıştan ayrılır. Son olarak da dürtüsellekte bir hareketin sonuçlarını göz önünde bulundurmadan eyleme geçme ve risk alma davranışı söz konusudur ancak bu daha çok zevk arayışıyla ilişkili olan risk alma davranışından farklıdır. Bu noktalar özellikle dürtüselliğin biyolojik alt yapısının anlaşılması ve tedavi stratejileri geliştirilebilmesi için önemlidir (21).

Dürtüselliğin bazı işlevsel ve uyum sağlayıcı yönleri olduğu öne sürülse de genelde suç, şiddet, kendine fiziksel olarak zarar verme, kabul gören sosyal standartlara uyumsuzluk gibi davranışlarla ilişkili işlevsel olmayan bir özelliği ifade eder (106). Dürtüsellik düzeyinin belirlenmesinde genetik bir yatkınlık olduğu bildirilmiştir (107, 108). Dürtüselliğin genetik aktarımında serotonin ve dopamin sistemlerinin rol oynadığı düşünülmektedir (109). Kişiler arasında dürtüsellik açısından ortaya çıkan farkların genetik veya mizaç özelliklerinin ya da farmakolojik ve nöral faktörlerin çevresel deneyimlerle etkileşmesi sonucunda oluştuğu öne sürülmektedir (110).

2.5.1. Dürtüsellik ve Bağımlılık İlişkisi

Dürtüsellik DSM-IV-TR'ye göre I. veya II. Eksen tanısı olan ya da olmayan herhangi bir kişide var olabilir ancak özellikle belli psikiyatrik hastalıkları olan kişilerde dürtüselliğin görülme oranı daha yüksektir. Dürtüselliğin sıklıkla birlikte görüldüğü bu psikiyatrik hastalıklar dürtü kontrol bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları, bipolar duygudurum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite sendromu ve madde bağımlılığıdır. Ayrıca psikiyatrik hastalıklar dışında özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışıyla da ilişkilidir (8).

Dolayısı alkol kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Dürtüselliğin daha yüksek olduğu kişilerin alkol ve maddeye başlama yaşının daha düşük olduğu (20),

tedavide kalma sürelerinin daha kısa ve relapsın daha fazla olduğu bildirilmiştir (21). Dürtüsellik düzeyi yüksek olan bir kişi, olasılıkla ödüllendirecek bir uyarana karşılaştığında düşük dürtüsellik düzeyine sahip bir kişiye göre davranışını engellemede daha büyük zorluk yaşamaktadır (111, 112, 113, 114)

Alkol kullanım bozuklukları zayıf öz- denetim (self-regülasyon), kontrolsüz, dürtüsel kişilik ve azalmış işleyen bellek, plansızlık, tepki ketleme ve karar vermede bozulma gibi bilişsel işlevlerde bozulma ile ilişkilidir. Dürtüsellikte, azalmış ve yetersiz öngörme, daha fazla yenilik arama davranışı nedeni ile alkol kullanımını da artmaktadır (115). Dürtüsellik, yoksunluk dönemi sonrasında aşırma ve nüksün gelişmesinde de önemli bulunmuştur (116, 117, 118)

Alkol (119) ve benzodiazepinler (120) akut etkileriyle doz bağımlı olarak inhibisyonu azaltır, dolayısıyla dürtüsel davranışı arttırmalar. Kronik madde kullanımının prefrontal kortekste meydana getirdiği yapısal değişiklikler sonucunda davranışsal kendini kontrol mekanizmalarında bozulma meydana gelir (121). Madde kullanımıyla beyinde nörotoksositeye bağlı makroselüler yapısal bozukluklar ya da gen ekspresyonundaki, sinaptogenez ve nörogenezdeki değişiklikler inhibitör kapasitenin bozulmasına yol açar (122). İnhibitör mekanizmaların bozulması disinhibisyonun yani dürtüsel davranışların ortaya çıkmasına neden olur (122).

2.5.2. Dürtüsellik ve Aşırma

Yapılan çalışmalar çoğunlukla dürtüsellik ve aşırmanın alkol bağımlılığı üzerine olan etkilerini birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirmiş olsalar da bu iki fenomen arasındaki ilişki dikkat çekmeye başlamıştır. Kokain, metamfetamin ve sigara yapılan çalışmalarda dürtüsellik, aşırma ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur(123, 124, 125). Alkol bağımlılarında da aşırma ve dürtüsellik arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bütün olarak bakıldığında, daha yüksek seviyede dürtüsellik gösteren bireylerin birçok farklı madde kullanım bozukluklarında daha yüksek aşırma yaşadıklarını göstermektedir.

Alkol bağımlılarında dürtüsellik ve aşırmanın farklı boyutlarının incelendiği 2012 yılında yapılmış iki ayrı çalışmada da aşırmanın dürtüsellik tarafından düzenlendiği sonucuna ulaşılmıştır(126). Bu bulgular yüksek dürtüsellik gösteren bireylerin aşırma üzerinde bilişsel kontrolü sağlamak konusunda yetersiz oldukları

hipotezi ile açıklanabilir. Ağır alkol bağımlılığının belirgin prefrontal defisite neden olması bu hipotezi desteklemektedir. Prefrontal işlevlerde yetersizlik dürtüsellikte artışa ve aşırma durumunda gerekli kontrol davranışlarının düzenlenmesini engeller. Bu durum, Goldstein ve Volkow'un *Bozulmuş Yanıt İnhibisyonu* teorisi ile açıklanabilir (127). Bu teoriye göre bağımlılığın özellikle ventral striatumda bulunan nucleus accumbensi de içeren limbik beyin bölgelerinde yerleşik olan bozulmuş ödül süreçleri ile davranışlar üzerinde engelleyici kontrolü sağlayan (dorsal) prefrontal korteks (PFK) arasında bozulmuş etkileşim vardır. Bağımlı olmayanlarda, otomatik yanıtlar (aşırı alkol ya da madde kullanımına yol açabilecek duygu veya hareketler) dorsal PFK'dan gelen baskılanır. Ancak bağımlılarda azalmış öz denetleme fonksiyonları bu güçlü aşermeyi bastırmada yetersiz kalarak, neredeyse tamamen otomatik ve uyaran kaynaklı alkol kullanma davranışına neden olur. Buna göre; PFK'dan gelecek farklı bir uyarı, alkol bağımlılığının derecesine göre daha az ya da daha çok aşermeye neden olabilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya hastanemiz AMATEM polikliniğine başvurmuş ve alkol bağımlılığı tanısı almış, AMATEM serviste alkol bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi görmüş, Ege Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'nde alkol bağımlılığı tanısı ile takip edilen ve Ege Üniversitesi Bağımlılık Servisi'nde yatarak tedavi gören, en az 2 haftadır alkol kullanmayan, ek madde kötüye kullanım öyküsü, bipolar bozukluk veya psikotik bozukluk öyküsü olmayan, görüşme sırasında Eksen-1 tanısı olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü 31 erkek hasta alındı.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- DSM-V tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, yazılı aydınlatılmış onam vermek.
- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Erkek olmak,
- Okur yazar olmak,
- Görüşme sırasında ek psikiyatrik tanısı olmaksızın, alkol bağımlılığı öyküsü ve en az 2 haftadır alkol kullanmamış olmak (öyküde geçirilmiş eksen-1 tanısı olabilir.)
- İlk değerlendirmede Michigan Alkolizm Tarama Testinde 10 ve üzeri puan almak.

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Zeka geriliği,
- Çalışmayı etkileyebilecek düzeyde dahili ya da nörolojik hastalığı olması,
- Son 2 hafta içinde alkol veya madde kullanması,
- Onam vermemesi,
- Okuma yazma bilmemesi,
- Ek madde bağımlılığı tanısı,

- Psikotik bozukluk öyküsü ve major depresyon veya anksiyete bozukluğu eş tanısı olması

Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanım öyküsü sorgulandığında 22 hastanın psikotropik ilaç kullanımının olduğu 8 hastanın herhangi bir medikal tedavi almadığı saptandı. İlaç kullananların 3 tanesi sadece akomprosat, 6 tanesi sadece antidepresan tedavi, 1 tanesi sadece ketiyapin tedavisi almaktaydı. İlaç kullandığı tespit edilen hastalardan 6 tanesi akomprosat ve antidepresan tedaviyi birlikte almaktaydı. 3 hasta akomprosat+ ketiyapin kullanmaktaydı. 1 hasta ise ketiyapine ek olarak antidepresan tedavi almaktaydı. 2 hastanın da hem akomprosat hem ketiyapin hem de antidepresan tedavi aldığı saptandı. 1 hastanın ilaç kullanım bilgisine ulaşılamadı.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bu form ile hastaların yaş, eğitim düzeyi, gibi sosyokültürel veriler, bilinen psikiyatrik ve kronik fiziksel hastalık öyküsü gibi özgeçmiş bilgilerinin yanı sıra ilk alkol kullanım yaşı, sorunlu kullanım yaşı, ailede alkol madde bağımlılığı öyküsü ve sigara kullanımı ile ilgili bilgiler elde edildi.

3.2.2. Obsesif-Kompulsif İçme Ölçeği (Aşerme ölçeği)

Alkolü bırakma sürecinde ortaya çıkan aşermeden yola çıkarak, aşerme ile birlikte görülen anksiyete yaratan girici düşünceleri ve yapılan ritüelleri değerlendiren özbildirim ölçeğidir. Ölçek toplam puanı her bir maddenin puanının aritmetik toplamından oluşmaktadır. Anton (128) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları (129) tarafından yapılmıştır.

3.2.3. Penn State Endişe Ölçeği

Herhangi bir konuya özgü olmayan genellenmiş ve sürekli (trait) endişenin yaygınlığı, şiddeti ve kontrol edilebilirliğini değerlendiren PEEÖ (130), “Endişelerim beni bunaltır.”, “Bir kez endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam.”, “Sürekli

olarak endişeliyimdir.” gibi 16 maddeden oluşan 5’li Likert tipi bir ölçektir. PSEÖ’nün özgün formu tek faktörlü olarak kullanılmakta ve tüm maddelerin toplanması ile 16 ile 80 arasında değişebilen bir puan elde edilmektedir. Toplam puandaki artış, patolojik endişe düzeyindeki artışa işaret etmektedir. PEEÖ Türkçe’ye Yılmaz ve arkadaşları (131) tarafından uyarlanmıştır.

3.2.4. Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği

Jay K. Brinker ve David J.A. Dozois tarafından ruminatif düşünme biçimlerini değerlendirme amaçlı geliştirilen ölçeğin özgün adı “Ruminative Thought Style Questionnaire” şeklindedir (132). 20 maddeden oluşan ölçek 7’li likert tipindedir ve katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 7 (beni çok iyi tarifliyor) ile 1 (beni hiç tariflemiyor) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. RDBÖ kendisinden önceki ruminasyon odaklı ölçeklerin aksine kişinin o anki duygudurumundan bağımsız olarak genel bir ruminatif yanıt biçimini değerlendirmeye çalışır ve sadece depresyon odaklı değildir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği Karatepe ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır (133).

3.2.5. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği

Öfke haline odaklanma, yaşanmış öfke nöbetlerinin anımsanması ve öfke dönemlerinin nedenleri ve sonuçları üzerine düşünme eğilimini ölçmek için hazırlanan Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖiDDÖ) Sukhodolsky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (134). Ölçek 1=hiçbir zaman, 4=her zaman şeklinde dörtlü Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan madde puanlarının yüksek olması, büyük derecede öfke derin düşünmesi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği Satıcı tarafından 2013 yılında yapılmıştır (135).

3.2.6. Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

Wegner ve Zanakos (1994) tarafından geliştirilen WBSI (White Bear Supression Inventory), istenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimini değerlendirmeye yönelik bir öz bildirim ölçeğidir (136). Ölçeğin Türkçe geçerliliği Ağargün, Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (137).

3.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 (BDÖ-11)

Dürtüsellığı 3 alt boyutta (dikkatsel, motor ve plansızlık) inceleyen 30 maddelik bir ölçektir. Tüm maddeler Likert tipi 4 derece üzerinde değerlendirilir. (1=nadiren, hiç 2= ara sıra 3=sıklıkla 4= neredeyse her zaman/her zaman). Bazı maddeler cevap yanlılığından kaçınmak için ters sıra ile derecelendirilmektedir. Toplam puan dürtüsellik derecesini verir (138). 3 alt ölçeği içerir: 1. Dikkatsel dürtüsellik (8 maddedir; düşüncelerin yarışması, konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemleri, dikkatin hızlı ve yön değiştirmesi ya da bilişsel karışıklığa tahammülsüzlüğü içerir) 2. Motor dürtüsellik (11 maddedir; hızlı tepki, aceleci hareket ve huzursuzluğu gösterir) 3. Plansızlık dürtüsellığı (11 maddedir; gelecek yöneliminin eksikliğini gösterir (139).

3.3. Uygulama ve İstatistiksel İşlemler

Gönüllü olarak çalışmayı kabul edenler için hazırlanan onay belgesi imzalatıldı ve her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği, çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda ayrılabilceği, ayrıldığı veya çalışmaya katılmadığı durumda tedavi programının etkilenmeyeceği belirtildi. Yatan hastalarda 15 günlük arındırma dönemi sonrası ölçek değerlendirmeleri uygulandı. Çalışmaya katılan hastalara öncelikle Sosyodemografik Veri Formu, Michigan Alkolizm Tarama Testi, Obsessif-kompulsif İçme Ölçeği (Aşerme ölçeği), Penn State Endişe Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği, Beyaz Ayı Supresyon Envanteri, Barratt Dürtüsellik Ölçeği uygulandı.

Tüm istatistiksel değerlendirmeler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-16) programı ile yapıldı. Verilerin ilk olarak tanımlayıcı istatistikleri yapıldı. Aşerme ile ruminasyon ve dürtüsellik ölçekleri arasındaki ilişki Pearson bağıntı analizi ile değerlendirildi.

Aşerme üzerinde etkili olması beklenen değişkenler (Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği) aşerme düzeyi sabit değişken olacak şekilde regresyon analizine tabi tutuldu.

Yapılan tüm analiz değerlendirmelerinde $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan hastaların tamamı erkekti. Toplamda 31 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 45.0 ± 9.1 dir. Araştırma grubunun ortalama eğitim süresi 10.5 ± 3.8 yıl olarak saptandı.

Klinik Özellikler

Araştırmaya katılan hastaların ortalama alkole başladığı yaş 18.3 ± 4.7 olarak saptanmıştır. Düzenli alkol alımının başladığı yaş ortalama 27.1 ± 9.2 tir. Hastaların ortalama bağımlılık süreleri 18 ± 11.6 dir. Çalışmaya katıldıkları sırada ortalama ayıklık süreleri 17.3 ± 38.5 hafta olarak saptandı. Alkol kullanım yılı ortalama 26.7 ± 9.3 olarak saptandı. Michigan Alkolizm Tarama testi puanları ortalama 29.6 ± 9.8 olarak saptandı.(Tablo 1)

Araştırmaya katılan alkol bağımlısı 31 hastanın 20 sinde ailede alkol ve madde bağımlılığı öyküsü varken 11 hastanın ailesinde madde ve alkol bağımlılığı saptanmadı. 31 alkol bağımlısı hastanın 28 tanesi düzenli sigara kullandığı 3 hastanın ise kullanmadığı saptandı.

Tablo 1: Alkol Bağımlılığı Olan Hastaların Klinik Özellikleri

	Ortalama	SS
Alkole başladığı yaş	18.3	4.7
Düzenli alkol alımının başladığı yaş	27.1	9.25
Ayıklık süresi (hafta)	17.3	38.5
Alkol kullanım yılı	26.7	9.3
Bağımlılık süresi	18	11.6
MATT	29.6	9.84

MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

SS: Standart Sapma

Örnekleme ait ölçeklerden elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Örnekleme Ait Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	Ortalama± SS
Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği	81.9 ± 24.5
Beyaz Ayı Supresyon Envanteri	47.9 ± 15.6
Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği	44.6 ± 1.1
Penn State Endişe Ölçeği	46.1 ± 14.2
Obsesif Kompulsif İçme (toplam)	23.7 ± 11.3
Obsesif Alt Ölçeği	7.9 ± 6
Kompulsif Alt Ölçeği	15.7 ± 7.9
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Toplam)	63.4 ± 11
Dikkatsel Dürtüsellik	15.3 ± 3.8
Motor Dürtüsellik	21.2 ± 4.4
Plansızlık	26.9 ± 4.6

Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği ve Diğer Değişkenler Arasında Bağlıntı Analizi

OKİÖ toplam puanları ile kullanılan bütün ölçekler (Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği) arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

OKİÖ-Kompulsif alt birimi de kullanılan bütün ölçekler (Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği) ilişkili bulunmuştur.

OKİÖ-Obsesif alt birimi ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği ilişkili iken sadece Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği ile anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Tüm örnekleme ölçekler arasındaki bağıntı düzeyleri Tablo 3’ de verilmiştir.

Tablo 3: Ölçekler Arasında Bağlantı Düzeyleri

	OKİÖ Toplam	OKİÖ-Obsesif	OKİÖ Kompulsif	Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği	Beyaz Ayı Supresyon Envanteri	Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği	Penn State Endişe Ölçeği	Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Toplam)	Dikkatsel Dürtüsellik	Motor Dürtüsellik	Plansızlık
OKİÖ Toplam											
OKİÖ Obsesif	0.79**										
OKİÖ Kompulsif	0.92**	0.49**									
Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği	0.64**	0.59**	0.54**								
Beyaz Ayı Supresyon Envanteri	0.49*	0.26	0.53*	0.68**							
Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği	0.54**	0.41*	0.50**	0.69**	0.66**						
Penn State Endişe Ölçeği	0.59**	0.71**	0.38*	0.83**	0.54**	0.66**					
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Toplam)	0.72**	0.53**	0.69**	0.52**	0.49**	0.60**	0.46**				
Dikkatsel Dürtüsellik	0.65**	0.60**	0.54**	0.55**	0.53**	0.66**	0.60**	0.89**			
Motor Dürtüsellik	0.64**	0.34*	0.70**	0.44*	0.48**	0.55**	0.34	0.85**	0.66**		
Plansızlık Dürtüsellik	0.59**	0.45*	0.55**	0.38*	0.30	0.39*	0.30	0.86**	0.68**	0.55**	

OKİÖ: Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği

*: p<0.05, **: p<0.01

Aşerme ile İlişkili Regresyon Analizi Sonuçları

Aşerme düzeyi sabit değişken olarak bir tarafta, PSEÖ, RDBÖ, BDÖ, ÖİDDÖ ve BASE bağımsız değişkenler olarak diğer tarafta analize dâhil olmak üzere regresyon analizi uygulanmıştır. Standart yöntem ile yapılan analiz sonucunda $R=0.80$, $R^2=0.65$, $F=8.98$, $p<0.001$ olarak bulunmuştur.

Tüm değişkenlere ait değerler Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Obesif- kompulsif İçme Ölçeği ile İlgili Regresyon Analizi

	B	SH	Beta	t	p=
PSEÖ	,164	,173	,209	,949	,352
RDBÖ	,101	,114	,222	,892	,381
BDÖ	,602	,154	,607	3,909	,001
ÖİDDÖ	-,068	,194	-,069	-,352	,728
BASE	-,044	,127	-,062	-,347	,732

PSEÖ: Penn State Endişe Ölçeği, RDBÖ: Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, ÖİDDÖ: Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği, BASE: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri, SH: Standart Hata

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada alkol bağımlısı hastalarda bir dizi öz bildirim ölçeği uygulanarak aşerme ile ilişkili etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda yukarıda tanımlanan her bir etmen ayrı ayrı aşerme ile ilişkili olup bu etmenleri birlikte değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle aşerme üzerinde farklı bilişsel-duygusal ve davranışsal sistemlerin etkileşimini mümkün kılan bir model tanımlanmaya çalışılmıştır.

Her bir etmen tek tek incelendiğinde çalışmamızda aşerme ve alt birimleri olan obsesif, kompulsif aşerme ile genel olarak bütün etmenler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce Caselli ve ark. tarafından ruminasyon ve bağımlılık ilişkisi incelenmiş ve yaptıkları çalışmanın sonucunda, ruminatif düşüncenin depresyondan bağımsız olarak alkol kullanım seviyesi konusunda öngördürücü bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (5). Yine Caselli ve ark. nin yaptıkları aşerme ve ruminasyonun değerlendirildiği başka bir çalışmada alkol bağımlılarında depresyondan bağımsız olarak ruminasyon tetiklenmesi ile aşermenin belirgin olarak arttığı bulunmuştur. Ruminasyonun tetiklenmesi sonrası aşerme düzeyi tetikleyici uyarının kalkmasından sonra da yüksek seyretmiştir (75). Bu çalışmada da uyumlu olarak aşerme ile genel ruminasyon eğilimini ve öfke ruminasyonu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bildiğimiz kadarıyla öfke ruminasyonu ile aşerme arasındaki ilişki daha önce çalışılmamıştır. Çalışmalarda tedaviden sonra relapsların %75'inde olumsuz duygusal durumların, kişilerarası çatışmaların ve sosyal baskının etkili olduğu bilinmekle birlikte öfkeye ilişkin ruminasyonların bu ilişkide ne kadar etkili olduğu tanımlanmış değildir (140). Öfke ruminasyonu bir davranışsal sonuç olarak öfke tarzında ya da öfke dışı vurumundan farklı bir kavram olup, öfke ile ilişkili düşünsel içeriğin kişinin zihninde kurgulanmasına atıfta bulunur. Bu çalışmada kişinin geçmiş yaşantıları, çevresel sorunlar ve ilişkileri neticesinde yaşamış olabileceği öfke duygusu ile birlikte yaşanan düşünsel kurgulamaların yani ruminasyonların aşerme ile ilişkili olabileceği öngörülmüştür. Bu öngörü ile uyumlu olarak öfke ruminasyonları aşerme düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Yani kişi öfke ile ilişkili düşünsel içeriği kontrol edemediğinde ortaya çıkan olumsuz duygunun tetiklediği kendini iyileştirme (self medikasyon) ihtiyacı karşımıza aşerme olarak çıkmaktadır.

Aşerme ile ilişkisi araştırılan bir diğer etmen istenmeyen düşünceleri supresyon eğilimidir. Bu çalışmada ruminasyon ve supresyon eğilimi aynı neden üzerine odaklanan iki zıt bilişsel süreç gibi düşünülmüştür. Yani ruminasyon aynı düşünce, duygu ya da yaşantıyı tekrarlayıcı bir biçimde akıldan geçirme şeklindeki bir zihinsel eylem sürecini ifade ederken bu süreçte kısmen kişinin istemli rolüne işaret eder. Supresyon ise hiçbir şekilde sahip olmak istemediği bir düşünceyi zihninden atmak için yapılan zıt yönde bir çabaya atıfta bulunur. Daha önce sigara ve alkol bağımlılarında yapılan çalışmalarda remisyon döneminde supresyon eğilimi relapsla ilişkili bulunmuştur (83, 84). TSSB ve madde bağımlılığı tanıları olan hastalarla yapılan bir çalışma da supresyonun hem TTSB semptomlarını artırdığı hem de madde aşermesini artırdığı bulunmuştur (85). Çalışmamızda supresyon ve aşerme ilişkili bulunmuştur. Supresyon eğiliminin paradoksal olarak bastırılmaya çalışılan düşünceleri artırıyor olması bu ilişkiyi açıklayabilir. Kişi alkolü kendisine hatırlatan ve içme isteği doğuran zihinsel içeriği zihninden uzak tutumak üzere çabaladığı ölçüde paradoksal biçimde bu düşüncelerin yoğunlaşmasına zemin hazırlaması olası bir durumdur.

Endişe sonuçları belli olmayan; ancak bir veya birden fazla olumsuz sonucu olma ihtimali olan bir durum ya da olayla ilgili sorunları, zihinsel olarak çözebilmek için uğraş verme girişimi anlamına gelmektedir (90). Bu bilişsel çaba olumsuz duygularla etkileşim içerisinde yaşantılanır. Endişe ve ruminasyonu ayırtmak, süreç ve psikolojik özellikler bakımından her zaman kolayca mümkün olmayabilir. Ancak her iki yaşantıya eşlik eden bilişsel içerik açısından farklılıklar olabilir. Endişe, geleceğe ait kesinlik ya da güvenlik arayışı ile ilişkili iken, ruminasyon ise daha çok geçmişe odaklı bir düşünme tarzını ifade etmektedir (99) Aşerme üzerine etkili faktörleri araştırdığımız çalışmamızda endişe ve aşerme arasında ilişki saptanmıştır. Bu sonuç endişenin çoğu zaman eşlik ettiği anksiyetenin kendini iyileştirme (self medikasyon) ihtiyacı oluşturarak aşermeyi artırması şeklinde açıklanabilir. Anksiyete bozuklukları ile alkol bağımlılığı yüksek birliktelik göstermektedir. Her ne kadar örneklemimizdeki hastaların alkol bağımlılığına ek olarak aktif anksiyete bozukluğu tanıları olmasa da hastaların bir kısmının geçmişte anksiyete bozukluğu tanılarının olması ve bu nedenle endişe düzeyinin yüksek olması da olasıdır.

Alkol bağımlılarında dürtüsellik ve aşermenin farklı boyutlarının incelendiği iki ayrı çalışmada da aşermenin dürtüsellik ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (126). Bu bulgular daha dürtüsel bireylerin aşerme üzerinde bilişsel kontrolü sağlamak konusunda yetersiz oldukları hipotezi ile açıklanabilir. Ağır alkol bağımlılığının belirgin prefrontal defisite neden olması dürtüsellikte artışa ve aşerme regülasyonunda bozulmaya yol açar. Bu durum Goldstein ve Volkow'un *Bozulmuş Yanıt İnhibisyonu* teorisi ile açıklanabilir (127). Bu teoriye göre bağımlılığın özellikle ödül süreçleri ile davranışlar üzerinde inhibitör kontrolünü sağlayan (dorsal) prefrontal korteks (PFK) arasında bozulmuş etkileşim vardır. Bağımlılarda azalmış öz denetleme fonksiyonları aşermeyi bastırmada yetersiz kalarak, neredeyse tamamen otomatik ve uyarı kaynaklı alkol kullanma davranışına neden olur. Buna göre; PFK'den gelecek farklı bir uyarı, alkol bağımlılığının derecesine göre daha az ya da daha çok aşermeye neden olabilmektedir.

Çalışmamızda da bu iki çalışma ile uyumlu olarak dürtüsellik ile aşerme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca aşermeyi sabit değişken olarak aldığımız regresyon analizi sonucunda tüm bu aşerme üzerine etkili kavramlar arasında dürtüsellik kavramının daha belirleyici olduğu ve tek başına diğer faktörlere göre ön plana çıktığı görülmüştür. Bu bağlantının nedeni dürtüsel kişilerin daha çok alkol alması veya tam tersi alkol alımının dürtüsellik artırması ya da ikisini de etkileyen nörobiyolojik yatkınlıkların varlığı olabilir.

Bu sonuçlar göstermektedir ki: alkol bağımlılarında kişinin geçmiş yetersizlikleri ve öfke uyaran durumları hakkında uzun uzadıya kapıldığı düşünsel çabalar alkol alım isteğinin ve arama davranışının artması ile anlamlı derecede ilişkilidir. Benzer şekilde kişi alkol ile ilişkili düşünceleri zihninden atmak üzere çabalığı ölçüde madde arama davranışı paradoksal olarak artmaktadır. Bununla birlikte dürtüsellik denkleme olduğunda bilişsel etmenlerin önemini kaybettiği görülmektedir. Yani kişinin alkol arama isteği ve davranışı uzun uzadıya kişinin kapıldığı düşünsel nedenlerin etkisinden çok, nörobiyolojik duyarlılıkları ile ilişkili olması beklenen dürtüsellik eğilimi ile açıklanabilir. Yani kişinin nörobiyolojik zeminde gelişen bir uyarılmışlık durumu içerisinde oluşan davranım tarzı, alkol arama isteği ve davranışını daha ön planda yordamaktadır. Elbetteki bu süreçlerin alkol bağımlılığı bir kere geliştikten sonra işliyor olması olasıdır. Kişinin alkol bağımlılığının ilk planda gelişmesinde farklı

sebepler veya motivasyonlar rol oynuyor olabilir. Bu nedenle çalışmamızın sonuçlarını alkole başlamanın temel nedenlerini ortaya koyan sonuçlar olarak değil, alkol bağımlılığı tedavisinde arınma dönemi sonrası kişiyi tekrar alkol arama davranışına yönelten nedenlere işaret eden sonuçlar gibi yorumlanması gereklidir. Bağımlılık bir kez geliştikten sonra nörobiyolojik duyarlılık oluşturması sonucu disinhibisyon geliyor ve bu durum aşermeyi artırarak yeniden alkol alma davranışına neden oluyor olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda örneklem sayısının düşük olması ve sadece erkek alkol bağımlılarının alınmış olması çalışmanın önemli kısıtlılıklarıdır. Ayrıca verileri karşılaştırabilecek bir kontrol grubu bulunmaması da önemli bir kısıtlılıktır. Hastaların aldığı psikotrop ilaçların hedeflenen parametrelere etkisi dışlanmamıştır. Sağlıklı kişileri de içeren, farklı tedavi dönemindeki hastalarla daha geniş bir örnekleme benzer çalışmaların yapılması faydalı olabilir.

6.ÖZET

ALKOL BAĞIMLILARINDA AŞERME İLE İLİŞKİLİ ETMENLERİN ARAŞTIRILMASI

Aşerme alkol bağımlılarında relaps sıklığını artıran en önemli etmenlerden birisidir. Daha önce yapılan çalışmalarda aşerme ile ilişkili bir çok bilişsel, duygusal ve davranışsal etmen tanımlansa da bu etmenler arasındaki karmaşık ilişkiler dikkate alınmamıştır. Bu çalışmada aşerme üzerine etkili etmenlerden birbirine zıt bilişsel süreçler olarak ruminasyon ve supresyon, bilişsel ve duygusal bileşenlerin etkileşimiyle oluşan endişe ve yeterli öngörü olmaksızın hareket etme eğilimi şeklinde tanımlanan dürtüsellik aşerme üzerine etkisi araştırılmıştır. Böylece bu ön çalışma ile bilişsel, duygusal ve davranışsal etmenler arasındaki karşılıklı etkileşimlerin aşerme üzerine etkisi hakkında genel bir fikir edinmek amaçlanmıştır.

Çalışmaya AMATEM polikliniğine başvuran ve AMATEM servisinde yatarak tedavi gören, detoksifikasyon periyodunu tamamlamış 31 alkol bağımlısı hasta alınmıştır. Tüm hastalara Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği, Beyaz Ayı Supresyon Envanteri, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği olmak üzere öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır.

Bağıntı analizleri sonucunda aşerme toplam puanları ile dürtüsellik ($r=0.72$, $p<0.01$), ruminasyon ($r=0.64$, $p<0.01$), öfke ruminasyonu ($r=0.54$, $p<0.01$), endişe ($r=0.59$, $p<0.01$) ve supresyon ($r=0.49$, $p<0.01$) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aşerme bağımlı değişken olmak üzere yapılan regresyon analizinde ise ($B=0.602$, $SH=0.154$, $Beta=0.607$, $t=3.909$, $p<0.01$) dürtüsellik tek anlamlı etmen olarak aşermeyi yordadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda önceki çalışmalarla uyumlu olarak tüm etmenler birbirlerinden bağımsız olarak aşerme üzerinde etkili bulunmuştur. Farklı bilişsel, duygusal ve davranışsal etmenlerin etkileşimini mümkün kılan bir modelde, aşerme üzerinde tek belirleyici etmenin dürtüsellik olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar zihin işleyişinde aşağıdan yukarı süreçler üzerinden etki götüren nörobiyolojik faktörlerden

kaynaklanan dürtüselliğin, yukarıdan aşağı süreçler üzerinden etki gösteren yanlı bilişsel iŐlelemeye kıyasla aşerme davranışını öngörmeye daha eğilimli olduğunu öne sürmektedir. Bununla birlikte nörobiyolojik yatkınlıklardan kaynaklanan dürtüselliğin aşerme üzerinde sadece öngördürücü öncül bir etmen olmayıp, alkol alımı sonucunda oluşan, duygusal ve davranışsal etmenlerin organizasyonundan sorumlu bilişsel yetilerin kaybı ile oluşan bir durum olması da olasıdır.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, AŞerme, Ruminasyon, Dürtüsellik

7. ABSTRACT

THE FACTORS RELATED TO CRAVING IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Craving is one of the most important factors which increases relapse rates in alcohol dependence. Many cognitive, affective and behavioral factors were found as related with craving by previous researches without taking the complex relationships between different parameters into attention. In this study, the predictive role of rumination and thought suppression as reverse cognitive processes, worry arising from the interaction of emotional and cognitive factors and impulsivity as the tendency to act prematurely without foresight on craving has been investigated. Thereby, we aimed to have a general idea about the effect of reciprocal interactions between different cognitive, emotional and behavioral factors on craving in a preliminary study.

Thirty one patients with alcohol dependence in detoxification period were included in the study. All participants were investigated with self-reported scales of Obsessive-Compulsive Drinking Scale, Ruminative Thought Style Questionnaire, White Bear Suppression Inventory, Anger Rumination Scale, Penn State Worry Questionnaire and Barratt Impulsivity Scale.

The correlational analyses revealed that significant relationships between craving total scores and impulsivity ($r=0.72$, $p<0.01$), rumination ($r=0.64$, $p<0.01$), anger rumination ($r=0.54$, $p<0.01$), worry ($r=0.59$, $p<0.01$) and thought suppression ($r=0.49$, $p<0.01$). In a regression model, impulsivity was the only factor significantly predicting craving ($B=0.602$, $SH=0.154$, $Beta=0.607$, $t=3.909$, $p<0.01$) when craving scores were held as dependent variable.

Consistent with previous findings, all factors were found to be related with craving independently. Impulsivity was the only factor predicting craving in a model allowed the interactions of different cognitive, emotional and behavioral factors. Results suggest that alcohol seeking behaviour is more likely related to impulsivity as a bottom-up process arising from neurobiological factors compared to top-down

biased cognitive processing. However, impulsivity may not only be an antecedent factor predicting craving due to neurobiological vulnerabilities but it may be a result of the negative influence of alcohol consumption on cognitive capabilities organizing emotional and behavioral factors.

Keywords: Alcohol dependence, Craving, Rumination, Impulsivity

8.KAYNAKLAR

- 1.Öztürk M.O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13.baskı 2015 s:530 534.
- 2.Anton RF (2001) Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 62 (suppl 20): 11-17.
- 3.Ingram RE. Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin* 1990;107:156–176.
- 4.Nolen-Hoeksema S. Harrell Z. A. Rumination, depression, and alcohol use: tests of gender differences. *J Cogn Psychother* 2002; 16: 391–403 19.
- 5.Caselli, G., Ferretti, C., Leoni, M., Rebecchi, D., Rovetto, F., & Spada, M. M. (2010). Rumination as a predictor of drinking behaviour in alcohol abusers: A prospective study. *Addiction*, 105(6), 1041–1048.
- 6.Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1783-1793.
- 7.Kollins SH. Delay discounting is associated with substance use in college students. *Addict Behav* 2002,28:1167-1173.
- 8.Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001;21:193-198.
- 9.Adams RD, Victor M 1990 Alcohol and Alcoholism In: Adams RD, Victor M (eds) *Principles of Neurology* 4 th ed. New-York Graw Hill 870-882.
- 10.Uludag Univ. J. Fac. Vet. Med. 28 (2009), 1: 25-32 Dinler ve Gıda İlkelden Semaviye

11. Işık E, Taner E, Işık U, Güncel Klinik Psikiyatri 2008 s: 319.
12. Yapıcı A, Alkol bağımlılarında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiştirilmesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi 11. Psikiyatri Kliniği 2006 İstanbul.
13. Çakmak D, Evren C, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları 2006 s: 33.
14. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry Türkçe çeviri, Çeviri ed. Aydın H, Bozkurt A, Güneş kitapevi 2005 s: 80-92.
15. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Third Ed. 2008. S:970.
16. Bağımlılık Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 3, 2002 / Journal of Dependence, Vol: 3, N.: 3, 2002
17. Ceylan ME, Göka E. Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, Ceylan M.E. (ed), 1. baskı, cilt 2, İstanbul, 1998; s: 1-85.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition, revised. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin(DSM-IV-TR) Amerikan Psikiyatri Birliği Washington DC 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği 2007.

- 21.APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub Incorporated.
- 22.Köroğlu E (2013) Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 237-238
- 23.Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992.
- 24.World Health Organization. Global Status Report. Alcohol Policy. Geneva, World Health Organization 2004.
- 25.Akvardar Y, Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, Psikiyatri Alkol Madde Bağımlılığı Özel sayısı 2005; 5-9.
- 26.Ünüvar N, Mollahaliloğlu s, Yardım N. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004 Ankara, Türkiye RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü 2008.
- 27.Kessler RC, McGonagje KA, Zhao S, Nelson CB et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
- 28.Svikis DS, Zarin DA, Tanielian T, Pincus HA. Alcohol abuse and dependence in a national sample of psychiatric patients. *J Stud Alcohol*. 2000; 61: 427-430.
- 29.Winick C, Norman RL, (2005) Epidemiyology. Substance abuse: A comprehensive Textbook 4. Baskı Ed. Lowinson JH, Ruiz P, Milman RB, Langrod JG, Philadelphia Lipincott Williams and Wilkins S: 15-21.

- 30.Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye ruh sağlığı profili. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.
- 31.Akvardar Y. Alkol bağımlılığında kişilik özellikleri. *Bağımlılık dergisi*. 2003; 4: 2630.
- 32.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.
- 33.Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(4):310-318.
- 34.Öztürk M.O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları cilt 2, 11.baskı 2008 s:688-726.
- 35.Köroğlu E, Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı 2007 Ankara S: 161-17.
- 36.Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*. 1987; 236:410-416.
- 37.Babor TF, Hofmann M, Del Boca FK, Hesselbrock V et al. Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 599-608.
- 38.Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area study *JAMA* 1990;264:2511-2518.
- 39.Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK, Işcan ND, Göka E, Özbay MH, Yatarak tedavi gören bir grub alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi* 1997; 5: 29-34.

- 40.Öner H, Tamam L, Levent BA, Öner S. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen-1 ve eksen-2 eştanılarının değerlendirilmesi: *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 14-22.
- 41.Coşkunol H. Alkol kullanım bozuklukları. Çelikkol A (eds.) Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi İzmir: Ege üniversitesi basımevi, Bornova İzmir 1996:141-156.
- 42.Leshner A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997; 278: 45-47.
- 43.Saunders JB Delirium tremens: İt etiology natural history and treatment. *Cur. Op. Psysc.* (2000) 13: 629-633.
- 44.Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review *Addictive Behaviors* 30 (2005) 1209–1224.
- 45.WHO Export Committee on Mental Health and on Alcohol (1955). The craving for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, 33–66.
- 46.Cibin, M. (1993). Craving: Physiopathology and clinical aspects. *Alcologia, European Journal of Alcohol Studies*, 5, 257–260.
- 47.Geerlings, P., & Lesch, O. M. (1999). Introduction: Craving and relapse in alcoholism: Neurobio-psychosocial understanding. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 195–196.
- 48.Anton, R. F. (1996). Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: Current and future directions. *Alcohol and Alcoholism*, 31(Suppl. 1), 43–53.

49. Anton RF (2001) Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 62 (suppl 20): 11-17.
50. Koob, G. F. (1992). Drugs of abuse: Anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 177–184.
51. Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastral, V. J., Miller et al. (2000). Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(Suppl. i–iv), 1–112.
52. Blum, K., Noble, E. P., Sheridan, P. J., Montgomery, A., Ritchie, E. T., Jagadeeswaran, P., et al. (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 263, 2055–2067.
53. Irwin, M., Schuckit, M., & Smith, T. L. (1990). Clinical importance of age at onset in type I and type II primary alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 47, 320–333.
54. Hertling, I., Ramskogler, K., Riegler, A., Walter, H., Mader, R., & Lesch, O. M. (2001). Craving for alcohol and prevention of relapse. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113, 717–726.
55. Walter, H., Ramskogler, K., Semler, B., Lesch, O. M., & Platz, W. (2001). Dopamine and alcohol relapse: D1 and D2 antagonists increase relapse rates in animal studies and clinical trials. *Journal of Biomedical Science*, 8, 83–88.
56. Verheul, R., Van Den Brink, W., & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 197–222.

57. Merriam-Webster online dictionary website [cited 2010 May 19].
58. Online Etymology Dictionary website [cited 2010 May 19]
59. Abramowitz JS, McKay D, Taylor S. Obsessive-compulsive disorder: subtypes and spectrum conditions. second edition. Michigan: Elsevier, 2008, 55.
60. Clark DA, Rhyno S. Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals: Implications for Clinical Disorders: In Clark DA. (ed.) Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment. New York: Guilford Publications Inc, 2005, 1-30.
61. Rippere V. "What's the thing to do when you're feeling depressed?": A pilot study. Behavior Research and Therapy 1977; 15: 185–191.
62. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry tenth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007, 282.
63. Rachman SJ. Obsessional ruminations. Behaviour Research and Therapy 1971; 9: 225-238.
64. Brinker JK, Dozois JA. Ruminative Thought Style and Depressed Mood. Journal of Clinical Psychology. 2009; 65(1);1-19.
65. Papageorgio C, Wells A. Nature, functions and beliefs about depressive rumination: In Papageorgio, C, Wells A (editors). Depressive Rumination nature, theory and treatment. West Sussex: John Wiley and sons Ltd., 2004, 4-17.
66. Nolen-Hoeksema, S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of Abnormal Psychology 1991; 100; 569–582.

67. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review* 2009; 29; 116- 128.
68. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Sciences* 2008; 3: 400–424.
69. Harrington J., Blankenship V. Ruminative Thoughts and Their Relation to Depression and Anxiety. *Journal of Applied Social Psychology* 2002: 32; 465-485.
70. Martin LL, Tesser A. Some ruminative thoughts. In: R. S. Wyer (ed.), *Advances in Social Cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 1996, Vol. 9, p. 1–47.
71. Conway M, Csank PAR, Holm, SL, et al. On assessing individual differences in rumination on Sadness, *Journal of Personality Assessment*, 2000: 75 (3); 404-425.
72. Watkins R. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin* 2008: 134(2); 163–206.
73. Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198–207
74. Caselli, G., Bortolai, C., Leoni, M., Rovetto, F., & Spada, M. M. (2008). Rumination in problem drinkers. *Addiction Research and Theory*, 16(6), 564–571.
75. Gabriele Caselli, Antonella Gemelli, Sara Querci, Anna Maria Lugli, Flaviano Canfora, Claudio Annovi, Daniela Rebecchi, Giovanni M. Ruggiero (2013), The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour: *Addictive Behaviors* 38 (2013) 2879–2883

76. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality*. 1994; 62:616–40. [PubMed: 7861307]
77. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 53:5–13. [PubMed: 3612492]
78. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annual Review of Psychology*. 2000; 51:59–91.
79. Insel TR (1990) Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl. 2) 4-8.
80. Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H ve ark. (2001) Thought-action fusion and thought suppression in obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 39:757-764.
81. Rassin E, Diepstraten P (2003) How to suppress obsessive thoughts. *Behav Res Ther*, 41: 97-103.
82. Toll BA, Sobell MB, Wagner EF ve ark. (2001) The relationship between thought suppression and smoking cessation. *Addict Behav*, 26:509-515.
83. Palfai TP, Monti PM, Colby SM ve ark. (1997) Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. *Behav Res Ther*, 35:59-65.
84. Eric Garland, Ph.D., Amelia Roberts-Lewis, Ph.D. Differential Roles of Thought Suppression and Dispositional Mindfulness in Posttraumatic Stress Symptoms and Craving, *Addict Behav*. Author manuscript; available in PMC 2014 February 01.

85. Brown TA. The Nature of Generalized Anxiety Disorder and Pathological Worry: Current Evidence and Conceptual Models. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 817-825
86. Mathews A. Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behav Res Ther* 1990; 28: 455-468
87. Davey G. A comparison of three worry questionnaires. *Behav Res Ther* 1993; 31: 51-56
88. Davey G, Hampton J, Farrell J, Davidson S. Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Pers Individ Dif* 1992; 13: 133-147
89. Zebb B, Beck J. Worry versus anxiety: Is there really a difference? *Behav Modif* 1998; 22: 45-61
90. Borkovec T, Robinson E, Pruzinsky T, Depree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther* 1983; 21: 9-16
91. Holaway RM, Rodebaugh TL, Heimberg RG. The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In: Davey GCL, Wells A (editors). *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. Atrium: John Wiley & Sons, 2006: 3-20
92. Borkovec T, Ray W, Stober J. Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognit Ther Res* 1998; 22: 561-576
93. Brown TA, Antony MM, Barlow DH (1992) Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behav Res Ther* 30:33-7.

- 94.Goring HJ, Papageorgiou C (2008) Rumination and worry: factor analysis of self report measures of depressed participants. *Cognitive Ther Res* 32:554-66.
- 95.Watkins ER (2008) Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 134:163-206.
- 96.Borkovec TD, Roemer L (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav The Exp Psy* 26:25-30.
- 97.Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S (1993) Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol* 65:339-49.
- 98.Papageorgiou C, Wells A (2001) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 32:13-26.
- 99.Watkins E, Moulds M, Mackintosh B (2005) Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behav Res Ther* 43:1577-85.
- 100.Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York, International Universities Press.
- 101.Papageorgiou C, Wells A (1999) Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychol Psychother* 6:156-62.
- 102.Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001;21:193-198.

103. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995;51:768-774.
104. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977;16:57-68.
105. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2011;15:93-112.
106. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:777-810.
107. Hur YM, Bouchard TJ. The genetic correlation between impulsivity and sensation seeking traits. *Behav Genet* 1997;27:455-463.
108. Seroczynski AD, Bergeman CS, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* 1999;86:41-57.
109. Robbins TW. Chemistry of the mind: neurochemical modulation of prefrontal cortical function. *J Comp Neurol* 2005;493:140-146.
110. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2011;15:93-112.
111. Boettiger C, Mitchell J, Tavares V, Robertson M, Joslyn G, D'Esposito M, Fields H (2007) Immediate reward bias in humans: fronto-parietal networks and a role for the catechol-O-methyltransferase 158(Val/Val) genotype. *J Neurosci*, 27:14383-14391.

112. Finn P, Justus A, Mazas C, Steinmetz J (1999) Working memory, executive processes and the effects of alcohol on Go/No-Go learning: testing a model of behavioral regulation and impulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*, 146:465-472.
113. Dom G, Hulstijn W, Sabbe B (2006) Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. *Addict Behav*, 31:298-308.
114. Dawe S, Gullo M, Loxton N (2004) Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addict Behav*, 29:1389-1405.
115. Atbaşoğlu C, Doğan YB (1996) Alkol Bağımlılığında Detoksifikasyonun Önemi ve Detoks Birimlerinin İşlevleri. *Kriz Dergisi*, 4:71-75.
116. Aydın H, Bozkurt H (2007) Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığın Nöronal Temeli. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry*, s. 308-319.
117. Koob G, Volkow N (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35:217- 238.
118. Papachristou H, Nederkoorn C, Havermans R, van der Horst M, Jansen A (2012) Can't stop the craving: the effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology (Berl)*, 219:511-518.
119. De Wit H, Crean J, Richards JB. Effects of D-amphetamine and ethanol on a measure of behavioral inhibition in humans. *Behav Neurosci* 2000;114:830-837.
120. Acheson A, Reynolds B, Richards JB, de Wit H. Diazepam impairs behavioral inhibition but not delay discounting or risk taking in healthy adults. *Exp Clin Psychopharmacol* 2006;14:190-198.

121. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159:1642-1652.
122. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:777-810.
123. Tziortzis D, Mahoney JJ III, Kalechstein AD, Newton TF, De La Garza R II (2011) The relationship between impulsivity and craving in cocaine- and methamphetamine dependent volunteers. *Pharmacol Biochem Behav* 98:196–202
124. Roozen HG, van der Kroft P, van Marle HJ, Franken IHA (2011) The impact of craving and impulsivity on aggression in detoxified cocaine-dependent patients. *J Subst Abuse Treat* 40:414–418
125. Doran N, Cook J, McChargue D, Spring B (2009) Impulsivity and cigarette craving: differences across subtypes. *Psychopharmacology* 207:365–373
126. Evren C, Durkaya M, Evren B, Dalbudak E, Cetin R (2012) Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug Alcohol Rev* 31:81–90
127. Goldstein RZ, Volkow ND (2002) Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 159:1642–1652
128. Anton RF, Moak DH, Latham PK. The Obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:225-231.

- 129.Evren C, Çelik S, Evren B, Aksoy R. Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği'nin Türkçe şeklinin yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:1-12.
- 130.Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL ve ark. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 28:487-95.
- 131.Yılmaz AE, Gencoz T, Wells A (2008) Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Meta-Cognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish Sample. *Clin Psychol Psychother* 15:424-39.
- 132.Brinker JK, Dozois JA. Ruminative Thought Style and Depressed Mood. *J of Clinical Psychology* 2009; 65(1):1-19.
- 133.Karatepe HT. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2013; 23(3): 231-241.
- 134.Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the anger rumination scale. *Pers Individ Differ* 2001; 31:689-700.
- 135.Seydi Ahmet SATICI, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği Türkçe formunun psikometrik özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15:328-334.
- 136.Wegner DM, Zanakos S (1994) Chronic thought suppression. *J Pers*, 62: 615–640.
- 137.Dr. Mehmet Yücel Ağargün, Dr. Lütfullah Beşiroğlu, Dr. Ümit Kemal Kıran, Dr. Hayrettin Kara, Dr. Ömer Akil Özer, Beyaz Ayı Supresyon Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenilirliğine İlişkin Bir Ön Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4):282-290.
- 138.Patton J, Stanford M, Barratt E (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 51:768-774.

- 139.Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS (2008) Psychometric properties of the Turkish Version Of Barrat Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 18:251-258.
- 140.Sutton S. Is wearing clothes a high risk situation for relapse? The base rate problem in relapse research. Addiction 1993; 88:725-727.

9. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL 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)

Uzm. Dr. Nabi ZORLU
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Karar No: 145
Tarih : 13.08.2015

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniği hekimlerinden Uzm. Dr. Nabi ZORLU sorumluluğunda yapılması planlanan "Alkol bağımlılarında aşırma ve ruminatif düşünce ilişkisinin değerlendirilmesi" 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: Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Ek madde (son 6 aydır) ve psikiyatrik bozukluk:

Son 1 ay içinde düzenli psikotrop kullanımı:

Ciddi Tıbbi Rahatsızlık:

Görme Bozukluğu:

Yaş:

Eğitim Yılı:

Alkole Başladığı Yaş:

Düzenli Kullanımın Başladığı Yaş:

Ayıklık Süresi:

Son 1 ay içinde alkol kullanım miktarı:

Ailede madde-alkol bağımlılığı öyküsü:

Sigara: var yok

Ek 3 : Bilgilendirilmiş 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 bağımlılarında aşerme ve ruminatif düşünce ilişkisinin değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: Alkol bağımlılarında aşerme ve ruminatif düşünce(bazı düşünce ya da soruların, zihinde devamlı dönüp durması) ilişkisinin değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada alkol bağımlılığı tanısı almış hastalarda dürtüsellik, ruminatif düşünce düzeyleri ve aşerme şiddeti arasındaki ilişki değerlendirilecektir

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 2 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 30

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Bu katıldığınız çalışmada bilimsel bir araştırma olup Alkol bağımlılarında aşerme(yoğun alkol alma isteği), ruminatif düşünce(bazı düşünce ya da soruların, zihinde devamlı dönüp durması) ve dürtüsellik (ani, ve plansız karar verme ve hareket etme) ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. Anketleri doldurmanızdan sonra normal tedavi süreciniz, normal şartlarda olduğu gibi devam edecektir ve normal başvurularınızda uygulanan tedavi yöntemleri dışında bir tedavi uygulanmayacak, sizin üzerinizde bir deneme yapılmayacaktır. Sadece daha önce uygulanan, etkinliği bilinen ve Sağlık Bakanlığı'nın kullanımına onay verdiği tedaviler verilecektir. Bu çalışmaya katılmamış olsanız da verilecek tedaviler aynı olacaktır. **Sadece her zaman yapılan olağan tedaviniz öncesinde sizden bazı anketleri doldurmanız istenecektir.**

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARARLAR:

Hastalığınız üzerinde etkili olan faktörlerin daha iyi anlaşılması ve hastalığınızla birlikte görülebilen olası durumlardan haberdar olmaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Sadece sizden istenen anket formlarını doldurmanız için ayırmanız gereken bir süre olacaktır (45-60 dk)

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Bu araştırmada uygulanan anketler ile hastalığınız üzerinde etkili faktörler anlaşılabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığınızın tanısının daha doğru konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu araştırmaya sadece erkek katılımcılar dâhil edilecektir.

5.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu çalışma sizin üzerinizde herhangi bir ilacın denendiği bir çalışma değildir. İlaç alıp almamanıza göre değerlendirme yapılan bir çalışma değildir.

6.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Çalışma bir anket çalışması olup araştırmanın masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

7.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

9.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

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

Uzm.Dr.Nabi Zorlu 1.Telefon: 05327317305 2.Telefon:2444444-2620

10.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığınız için zarar görme durumunuz mevcut değildir.

11.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.

12.GİZLİLİK:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri kliniğimiz yetkilileri dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

13.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 sorularıma 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:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 4: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

WBSI

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek zaman zaman sahip olduğunuz düşüncelerle ilgilidir. Cevaplar doğru ya da yanlış şeklinde değildir. Bu bakımdan lütfen her bir soruyu kendinize uygun bir şekilde cevaplandırmaya özen gösteriniz.

A	B	C	D	E
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Nötr ya da bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum.

- Hakkında asla düşünmek istemediğim bazı şeyler var. A B C D E
- Bazen yaptıklarımı neden yaptığımı merak ederim. A B C D E
- Bir türlü durduramadığım düşüncelerim olur. A B C D E
- Aklıma gelip de bir türlü zihnimden atamadığım hayaller olur. A B C D E
- Düşüncelerim sıklıkla bir fikre dönüşür. A B C D E
- Belli şeyler konusunda düşünmeyi durdurabilmeyi çok isterdim. A B C D E
- Bazen zihnim o kadar hızlı çalışır ki durdurabilmeyi çok isterdim. A B C D E
- Sorunları daima zihnimin dışında tutmaya çalışırım. A B C D E
- Aklıma durmadan zorla gelip giren düşünceler olur. A B C D E
- Hakkında düşünmemeye kendimi zorladığım düşünceler olur. A B C D E
- Bazen düşünmeyi durdurabilmeyi gerçekten çok istediğim olur. A B C D E
- Kendimi düşüncelerden uzaklaştırmak için bir şeyler yaparım. A B C D E
- Kaçınmaya çalıştığım düşüncelerim olur. A B C D E
- Hiç kimseye söylemediğim çok sayıda düşüncem var. A B C D E
- Zaman zaman aklıma zorla gelen düşüncelere karşı koymakla A B C D E

Ek 5: Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği

Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği

Aşağıdaki sorularda alkol içmeniz ve içmenizi kontrol etme girişimleriniz hakkında bilgiler sorulmaktadır. Lütfen size uygun olan cevabı daire içine alın.

- İçmediğinizde, zamanınızın ne kadarı içmeyle ilişkili fikirler, düşünceler, dürtüler ya da hayaller ile meşgul olur?
 - Hiç.
 - Günde 1 saatten az.
 - Günde 1-3 saat.
 - Günde 4-8 saat.
 - Günde 8 saatten daha fazla.
- Bu düşünceler ne sıklıkta oluşur?
 - Hiç bir zaman.
 - Günde 8 kereden fazla değil.
 - Günde 8 kereden fazla, fakat günün çoğu saatinde bu düşüncelerden uzağım.
 - Günde 8 kereden fazla ve günün çoğu saatinde.
 - Düşünceler sayamayacak kadar fazla ve bu tür birkaç düşünce olmadan bir saat nadiren geçer.

1. ya da 2. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____
- İçmeyle ilgili bu fikir, düşünce, dürtü ya da hayaller sosyal ya da iş (ya da rol) işlevselliğinize ne kadar engel oluyor? Onlar yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey var mı? [Eğer şu anda çalışmıyorsanız, çalışıyor olsaydınız, performansınız ne kadar etkilenirdi?]
 - İçme düşünceleri, hiç bir zaman engel olmaz. İşlevselliğim normal.
 - İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki aktiviteleri az etkiler, fakat genel performansım bozulmaz.
 - İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki performansımı kesinlikle engeller, fakat yine de baş ediyorum.
 - İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.
 - İçme düşünceleri, sosyal veya iş performansımı tamamen engeller.
- İçmediğiniz sırada içmeyle ilgili fikir, düşünce, dürtü veya hayaller ne kadar sıkıntı ya da rahatsızlığa neden oluyor?
 - Hiç.
 - Hafif, sık değil ve fazla rahatsızlık verici değil.
 - Orta, sık ve rahatsızlık verici, fakat yinede baş edilebilir.
 - Şiddetli, çok şiddetli ve çok rahatsız edici.
 - Aşın, neredeyse sabit devamlı ve yetersiz kılan sıkıntı.
- İçmediğiniz sırada bu düşüncelere direnmek ya da görmezlikten gelmek veya aklınıza girdikleri zaman dikkatinizi bu düşüncelerden uzaklaştırmak için ne kadar gayret sarf ediyorsunuz? (Bu düşüncelere direnmek için gösterdiğiniz gayreti değerlendirin, onları kontrol etmekteki başarı ya da başarısızlığınızı değil).
 - Düşüncelerim o kadar az ki, aktif bir direnç göstermeme gerek yok. Eğer düşüncelerim olursa, direnebileceğim gayreti her zaman gösteririm.
 - Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
 - Direnme için bir kısım direnç gösteriyorum
 - Bu tür düşüncelerin hepsine, onları kontrol etmeyi denemeden teslim oluyorum. Fakat bunu gönülsüz yapıyorum.
 - Tamamen ve isteyerek bu tür düşüncelerin hepsine teslim oluyorum.

6. İçmediğiniz sırada bu düşünceleri durdurma ya da değiştirmekte ne kadar başarılısınız?
- 0.) Bu tür düşünceleri durdurma ya da değiştirmekte tamamen başarılıyım.
 - 1.) Genellikle bu tür düşünceleri bir kısım gayret ve yoğunlaşma ile durdurabiliyor ya da değiştirebiliyorum.
 - 2.) Bazen bu tür düşünceleri durdurabiliyor ya da değiştirebiliyorum.
 - 3.) Nadiren bu tür düşünceleri durdurabiliyor ve sadece zorlukla bu tür düşünceleri değiştirebiliyorum.
 - 4.) Bu tür düşünceleri anlık bile nadiren değiştirebiliyorum.
7. Her gün ne kadar içki içiyorsunuz?
- 0.) Hiç
 - 1.) Günde 1 içkiden az
 - 2.) Günde 1-2 içki
 - 3.) Günde 3-7 içki
 - 4.) Günde 8 ya da daha fazla içki
8. Haftada kaç gün içiyorsunuz?
- 0.) Hiç
 - 1.) Haftada 1 günden fazla değil
 - 2.) Haftada 2-3 gün
 - 3.) Haftada 4-5 gün
 - 4.) Haftada 6-7 gün
9. İçmeniz mesleki işlevselliğinize ne kadar mani oluyor? İçmeniz yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey var mı? [Eğer şu anda çalışmıyorsanız, çalışıyor olsaydınız performansınız ne kadar etkilenirdi?]
- 0.) İçmek hiç bir zaman engellemez—İşlevselliğim normal.
 - 1.) İçmek mesleki aktivitelerimi az engeller, fakat genel performansım bozulmaz.
 - 2.) İçmek mesleki performansıma kesinlikle engel, fakat yine de baş ediyorum.
 - 3.) İçmek mesleki performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.
 - 4.) İçmek sorunları iş performansıma tamamen engel oluyor.
10. İçmeniz sosyal işlevselliğinize ne kadar engel oluyor? İçmeniz yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey var mı?
- 0.) İçmek hiç bir zaman engellemez—İşlevselliğim normal.
 - 1.) İçmek sosyal aktiviteleri az engeller, fakat genel performansım bozulmaz.
 - 2.) İçmek sosyal performansıma kesinlikle engel, fakat yinede baş ediyorum.
 - 3.) İçmek sosyal performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.
 - 4.) İçmek sorunları sosyal performansıma tamamen engel oluyor.
9. ya da 10. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____
11. İşme arzunuz olduğu zaman içmeniz engellense, ne kadar sıkıntılı ya da üzgün olursunuz?
- 0.) Herhangi bir sıkıntı ya da sinirlilik yaşamam.
 - 1.) Sadece az sıkıntılı ya da sinirli olurum.
 - 2.) Sıkıntı ya da sinirlilik büyür, fakat baş edilebilir haldedir.
 - 3.) Sıkıntı ya da sinirlilik kalıcı ve çok rahatsız edici bir artış yaşarım.
 - 4.) Yetersizlik doğuran sıkıntı ya da sinirlilik yaşarım.

12. Alkollü içecekleri içmeye direnmek için ne kadar gayret harcıyorsunuz? (Sadece içmeye direnmek için gösterdiği gayreti değerlendirin, onları kontrol etmekteki başarı ya da başarısızlığınızı değil).

- 0.) İçmem o kadar az ki, aktif bir direnç göstermeme gerek yok. Eğer içersen, direnebileceğim gayreti her zaman gösteririm.
- 1.) Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
- 2.) Direnmek için bir kısım direnç gösteriyorum
- 3.) Her içme arzuma, onları kontrol etmeyi denemeden teslim oluyorum, fakat bunu gönülsüz olarak yapıyorum
- 4.) Tamamen ve isteyerek içme arzularımın hepsine teslim oluyorum.

13. Alkollü içecek içme dürtüsü ne kadar güçlü?

- 0.) Dürtü yok
- 1.) İçmek için kısmi baskı
- 2.) İçmek için güçlü baskı
- 3.) İçmek için çok güçlü baskı
- 4.) İçme dürtüsü tamamen istem dışı ve aşırı güçlü.

14. İçmeniz üzerine ne kadar kontrol sahibisiniz?

- 0.) Tamamen kontrol sahibiyim.
- 1.) Genellikle istemli kontrol gösterebiliyorum.
- 2.) Sadece zorlukla kontrol ediyorum.
- 3.) İçmeliyim ve sadece zorlukla içmemi erteleyebilirim.
- 4.) İçmeyi bir an bile nadiren erteleyebiliyorum.

13. ya da 14. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____

Ek 6: Ruminatif Düşünme Biçimleri Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini puanlayarak cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

1 2 3 4 5 6 7
(Hiç) (çok iyi)

1. Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.
3. Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.
4. Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.
5. Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.
6. Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınım.
7. Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.
9. Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.
11. İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.
13. Hakkında ne kadar düşünürsem düşünüyüm, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.
15. Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.
16. Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.
18. Bazen, bir konuşma sırasında bile, alâkasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.

Ek 7 Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği

Bölüm:		Yaş:	Cinsiyet:		Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız. Her bir cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz. Her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.								
1	Geçmiş yaşamımda beni öfkeleniren yaşantıları derin biçimde düşünürüm.	1	2	3	4			
2	Bana yapılan haksızlıkları tüm detaylarıyla ölçüp biçerim.	1	2	3	4			
3	Beni uzun süre kızdıran olayları uzun süre düşünürüm.	1	2	3	4			
4	Bir tartışmadan sonra uzun süre intikam hayalim devam eder.	1	2	3	4			
5	Uzun zaman önce başıma gelen bazı olayları düşündükçe öfkelenirim.	1	2	3	4			
6	Bana zarar veren insanları affetmekte zorlanırım.	1	2	3	4			
7	Bir tartışma bittikten sonra, o kişiyle hayalimde tartışmaya devam ederim	1	2	3	4			
8	Uykuya dalmadan önce beni gerginleştiren ve kızdıran anılar aniden zihnimde canlanır.	1	2	3	4			
9	Öfkelendiğimde, zihnim bir süreliğine o öfkeyle meşgul olur.	1	2	3	4			
10	Bazen zihnim belirli bir problemle meşgul olmasını önleyemem.	1	2	3	4			
11	Beni öfkeleniren olayları incelerim.	1	2	3	4			
12	İnsanların bana neden kötü davrandıklarını düşünürüm.	1	2	3	4			
13	Hayal ve rüyalarım şiddet içerir.	1	2	3	4			
14	Yaşamımdaki belli şeyler için öfkelenirim.	1	2	3	4			
15	Birisi beni sinirlendirdiğinde, ondan nasıl intikam alacağımı düşünmeden duramam.	1	2	3	4			
16	Birileri beni tahrik ettiğinde, bunun neden benim başıma geldiğini merak ederim.	1	2	3	4			
17	Küçük tatsız anıları hatırlamak bir süreliğine canımı sıkır.	1	2	3	4			
18	Bir şey beni öfkelenirdiğinde bu konuyu zihnimde tekrar tekrar düşünürüm.	1	2	3	4			
19	Beni öfkeleniren bir olaydan sonra, zihnimde o olayı tekrar canlandırırım.	1	2	3	4			

Ek 8: Penn State Endişe Ölçeği

Penn State Endişe Ölçeği

Her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını, aşağıda verilen ölçekten yararlanarak değerlendiriniz. Sizin için uygun olan rakamı ilgili maddenin yanındaki boşluğa yazınız.

1	2	3	4	5
Benim için hiçbir zaman doğru değil		Benim için bazen doğru		Benim için her zaman doğru

- ___ 1. Her şeye yetişebilecek kadar zamanım olmasa bile bunun için endişelenmem. (T)
- ___ 2. Endişelerim beni bunaltır.
- ___ 3. Bir şeyler hakkında endişelenmeye eğilimli değilim. (T)
- ___ 4. Pek çok durum beni endişelendirir.
- ___ 5. Bir şeyler hakkında endişelenmemem gerektiğini biliyorum; ancak kendime engel olamıyorum.
- ___ 6. Baskı altında olduğumda çok fazla endişelenirim.
- ___ 7. Her zaman bir şeyler hakkında endişeleniyorum.
- ___ 8. Endişe veren düşünceleri aklımdan uzaklaştırmayı kolay bulurum. (T)
- ___ 9. Bir işi bitirir bitirmez, yapmak zorunda olduğum her şey için endişelenmeye başlarım.
- ___ 10. Hiçbir şey için asla endişelenmem. (T)
- ___ 11. Bir sorun hakkında yapabileceğim daha fazla bir şey olmadığında o konu hakkında daha fazla endişelenmem. (T)
- ___ 12. Hayatım boyunca endişeli birisi oldum.
- ___ 13. Birden bir şeylere endişelenmekte olduğumu fark ederim.
- ___ 14. Bir kere endişelenmeye başladığımda durduramam.
- ___ 15. Her zaman endişelenirim.
- ___ 16. Tümüyle yapılp bitirilinceye kadar planladığım işler hakkında endişelenmeye devam ederim.

T = Tersine çevrilerek kodlanacak.

Ek 9: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

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				
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				