

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**YOKSUNLUK SONRASI ALKOL BAĞIMLILARI,
TAM REMİSYON OLAN ALKOL BAĞIMLILARI
VE KONTROL GRUBUNUN BAŞA ÇIKMA
MEKANİZMALARI YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI**

118 306
118306

UZMANLIK TEZİ

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Dr. Ş. Özlem ERDEN AKI

TEZ DANIŞMANI : Prof.Dr. Zehra ARIKAN

ANKARA-2002

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve bu çalışmanın oluşturulması ve yürütülmesinde bana sabırla destek olan başta tez danışmanım Prof. Dr. Zehra Arıkan olmak üzere bana yol gösteren, bilgilerini ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Erdal Işık'a , Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e, Doç. Dr. Behçet Coşar'a, Doç. Dr. Selçuk Candansayar'a, Yrd. Doç. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu'na, Öğr. Görevlisi Dr. Selçuk Aslan'a, rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şahnur Şener ve Doç. Dr. Selahattin Şenol'a: Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. CeylaİRkeç'e ve bu bölümde görev yapan öğretim üyelerine, tezin istatistiklerinde yardımcı olan Psikolog Sedat Işıklı'ya, tezin yazımındaki katkılarından dolayı Gülsün Tekgül'e, değerli asistan arkadaşlarıma ve klinik çalışanlarına, aileme, eşime ve çok değerli kızım Can'a teşekkür ederim.

Özlem ERDEN AKI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
GENEL BİLGİLER	4
ARAÇLAR VE YÖNTEM	23
BULGULAR	30
TARTIŞMA	56
ÖZET	72
KAYNAKLAR	73
EKLER	83

GİRİŞ VE AMAÇLAR

Alkol bağımlılığı, eski zamanlardan beri bilinen, ancak üzerinde halen etiyojisi, tedavisi hakkında görüş birliği olmayan bir hastalıktır. Etiyojisine dair birçok farklı modeller vardır: Genetik, biyolojik, psikososyal, psikodinamik, sosyokültürel, bilişsel-davranışçı birçok açılardan ele alınmıştır. Kalıtılabilirliği hakkında (özellikle babadan erkek çocuğa geçişi konusunda) kesin veriler elde edilmiştir.

Ancak diğer yaklaşımlar halen tartışmalıdır. Etiyojik modellere göre, farklı tedavi yöntemleri ileri sürülüp geliştirilmiştir: Farmakolojik tedaviler, aileye müdahale, terapötik ortam yaklaşımı, psikodinamik yaklaşımlar, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar bunların belli başlıları arasında yer almaktadır. Yine son dönemlerde, ortak varılan sonuç, tedavinin bireyin özelliklerine ve gereksinimlerine göre planlanması, gerekirse birkaç tedavi modelinin bir arada kullanılması, ya da belli dönemlerde (hastalığın aşamalarına göre) belli tedavi yaklaşımlarının öncelikli olması gerektiğidir. Ancak bütün bu tedavi modelleri içinde son dönemde özellikle öne çıkan ve üzerinde birçok araştırmalar yapılan, bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleridir. Stresle başa çıkma, gerginliğin azaltılması amacıyla madde kullanımı, başa çıkma mekanizmalarının bağımlı bireylerdeki özellikleri, başa çıkma teknikleri eğitimi ve bunun uzun vadeli prognoza etkisi, relapslarda başa çıkma düzeneklerinin belirleyiciliği gibi konular en çok araştırılanlar arasındadır.

Bağımlı bireylerde hangi başa çıkma düzeneklerinin öncelikli olarak kullanıldığı, bunların kişilik özelliği mi olduğu, yoksa uzun süreli madde kullanımına bağlı olarak mı oluştuğu ve bu nedenle bireyin, etkili başa çıkma düzeneklerini kullanamadığı konusu halen tartışmalıdır (27,28,29,30,31,32,33,34,35,37,38,40,42,43,48,52). Bazı çalışmalarda

bağımlı bireylerin başa çıkma düzenekleri ile kontrol grupları arasında fark bulunamazken (Conte ve ark. 1991,30), diğer birçok çalışma aksi sonuçlar vermiştir. Ailesel faktörlerin, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin başa çıkma becerileri ile ilişkileri araştırılmış, Slavkin ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları bir araştırmada kişisel alkol kullanımı öyküsü ve ailede alkol kullanımı varlığının, başa çıkma becerilerini farklı yönlerde etkilediği; Wright ve Heppner'in (1991) yaptıkları bir araştırmada da alkol bağımlısı ebeveynlerin koleje giden çocuklarının başa çıkma becerilerinin, ebeveynleri alkol kullanmayan akranları ile aynı düzeyde olduğu saptanmıştır (26,44). Ancak farklı sonuçlar bulan araştırmalar da vardır (34,37,41,47,50,58).

Bilişsel-davranışçı tedavilerin etkinliğini değerlendiren çalışmalar çokça yapılmıştır, bunların çoğunluğunda bilişsel-davranışçı yaklaşım etkili bulunurken (18,19,20,23,42,45,46), bir kısmında etkinliğinin fazla olmadığı bulunmuştur. Bilişsel davranışçı yaklaşımları diğer tedavi yaklaşımları ile karşılaştıran pek az çalışma vardır. Finney ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada oniki basamak yaklaşımı ve bilişsel-davranışçı tedavi karşılaştırılmış, aralarında önemli bir fark bulunmamıştır (24).

Yine AA ile ilgili literatür oldukça zengin ancak sonuçlar çelişkilidir. Bir kısım araştırma AA'nın prognoza olumlu etkisi olduğunu söylemekte ancak nedenlerini açıklamakta yetersiz kalmaktadır.

Bütün bu bilgilerin ışığında, ülkemizde alkol bağımlılığı tedavisi ile ilgili araştırmaların da kısıtlı olduğunu düşünerek, başlangıç için kesitsel bir araştırma yapmayı planladık. Araştırma için, yoksunluk dönemini atlatmış alkol bağımlıları, en az bir yıl ayıklar ve herhangi bir psikopatolojis olmayanlar (kontrol grubu) olmak üzere 3 grup bireyi, başa çıkma becerileri ve beceri düzeylerini algılamaları açısından değerlendirdik.

Amaçlar:

1. 3 grubu başa çıkma becerileri ve primer olarak kullandıkları başa çıkma yaklaşımı açısından karşılaştırmak,
2. Başa çıkma becerilerini algılayışları açısından karşılaştırmak,
3. İlk 2 grupta eşlik eden psikopatoloji, bağımlılığın ağırlığı ve ayıklık süresinin başa çıkma becerilerini etkileyip etkilemediğini araştırmak,
4. En az bir yıldır ayık olan bireyler arasında, adsız alkolikler grubuna devam edenler ve etmeyenlerin özelliklerini karşılaştırmak,
5. Bu bilgileri, kültürümüzle ilişkisi açısından yorumlayarak, literatür bilgileri ile karşılaştırmak,

GENEL BİLGİLER

Madde bağımlılığı, özellikle alkol bağımlılığı eski çağlardan beri bilinmektedir. Tarih boyunca Hipokrat'dan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına olan zararlı etkilerinden söz etmişlerdir. Ancak diğer ruhsal rahatsızlıklar gibi, alkolizmin de ahlaki ve dinsel açıklamalardan sıyrılarak tıbbi bir sorun olarak kabul edilmesi son yüzelli yıla dayanmaktadır. Bağımlılığın yolaçtığı fiziksel hastalıklar, psikolojik sorunlar, işgücü kaybı, suç, şiddet vb. sorunlar da çağlardan beri bilinmektedir. 18. yüzyıldan sonra alkol tüketiminde hızlı bir artış olduğu görülmüş, bunun sanayi devrimi ve değişen ekonomik, kültürel, toplumsal faktörlerle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Özellikle 20. yüzyıldan itibaren, öncelikle de sanayileşmenin ileri olduğu toplumlarda, bağımlılığın yol açtığı fiziksel ve psikolojik sorunlar, işgücü kaybı, bağımlılık sonucu ortaya çıkan suç ve şiddet oranlarının yükselmesi, bağımlılık tedavisi ve ikincil fiziksel ve psikiyatrik sorunların tedavisi madde bağımlılığının topluma maliyetini git gide yükseltmektedir.

Son dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde toplum bazında yapılan çalışmalara ve bunlardan çıkarılan istatistiklere göre erişkinlerin % 13'ünün hayatlarının herhangi bir döneminde alkol kötüye kullandığı veya alkol bağımlısı oldukları sanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra üçüncü sırada gelen sağlık sorunu alkolizmdir. Alkolizme eşlik eden psikiyatrik durumlar, alkolizm sonucu ortaya çıkan diğer sağlık sorunları da düşünüldüğünde özelde alkolizm, genelde madde bağımlılığının toplum için ne kadar büyük ve öncelikli bir sorun oluşturduğu görülmektedir (1,2,5,6).

Ağır alkol sorunları erkeklerde kadınlara göre daha fazla grlmektedir. Oran, ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde erkek/kadın oranı son yıllarda 2/1 olarak saptanmıştır (1,2).

Alkol alışkanlığı eskiden beri bilinmesine rağmen, her çağda alkol alışkanlığına yaklaşım, tanım ve önerilen tedavi modelleri farklı olmuştur. Alkol bağımlılığı, bilgi birikimi açısından zengin bir alandır. Alkol bağımlılığı olan bireyler birinden diğeri klinik düzeyde zengin farklılıklar gösterir. Dolayısıyla tüm bu farklılıkları göğüsleyebilecek tek bir model yoktur ve belirli bir modeli hastaların tümüne uygulamak da çok zordur. Modellerin tanınıp bir araya getirilmeleri, klinik uygulamada kolaylık sağlayacak olan bir yaklaşımdır (1,2,5).

Alkol bağımlılığının etiyolojisi konusunda birçok çalışmalar yapılmıştır. Farklı teorik yaklaşımlar aracılığıyla etiyoloji birçok farklı düzeyde ele alınabilir. Örneğin hastalık modelini benimseyen klinisyenler, özellikle genetik ve biyolojik etkenler üzerinde duracak ve bu alanda bilgi edinmeye çalışacaklardır. Davranışçı yaklaşımı benimseyenler ise içme davranışını başlatan ve sürdüren öncül ve sonuç olayları açıklayan sistemleri araştıracaklardır. Kişilik-gelişimci teorisyenler, veya komorbid psikopatoloji ile ilgilenenler, bu sendromların son noktası (end point) olarak grlen bağımlılık sendromlarını ortaya çıkaran psikiyatrik bozukluklar veya kişilik özellikleri üzerinde duracaklardır. Sosyologlar, daha makro düzeyde inceleyecek ve bağımlılığın gelişmesi ve srdrmne yol açan arkadaş ve toplum etkileri gibi faktörler üzerinde duracaklardır (1,2,4,6).

BELLİ BAŞLI ETİYOLOJİK MODELLER

1. Genetik ve Biyolojik Modeller

Alkol kullanım bozukluğunun ailesel doğası uzun zamandır bilinmektedir ve ilgili tıbbi yazılarda belirlenmiştir. Alkolik bireylerin babaları ve erkek kardeşlerinde % 25 oranında alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı saptanmış; yatarak tedavi gören alkoliklerde yapılan çalışmalarda bu oranın % 80'lere dek çıktığı gösterilmiştir. Alkolizm öyküsü olan bireylerin birinci derece akrabalarında alkolizm geliştirme riskinin, genel toplama göre 4-5 kat fazla olduğu ortaya konulmuştur.

Ancak biyolojik (genetik) faktörleri, çevresel faktörlerden ayırmak daima zor olmuştur. Evlat edinme çalışmaları, bu faktörleri ayırmada oldukça yardımcı olmuştur. Biyolojik babası alkolik olup, doğumda evlatlık verilen çocukların, yeni ailelerindeki babaları alkolik olsun veya olmasın, alkolizm açısından genel topluma göre 4-5 kat daha fazla risk taşıdıkları gözlemlenmiştir.

Yine ikiz çalışmaları da, alkolizmin gelişmesinde, genetik faktörlerin rolünü desteklemektedir. Monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla, alkolizm konkordans hızlarında artma rapor edilmiştir. Birbirinden ayrı büyütülen ikizler için de aynı durum geçerlidir.

Genetik geçiş, erkekler için daha güçlü bulunmuştur. Alkol probleminin başlangıç yaşı ve genetik geçiş açısından da cinsiyet farklılıkları göze çarpmaktadır.

Alkol bağımlılığı gelişiminde genetik geçiş ve çevresel faktörlerin oynadığı rolü aydınlatmak için birçok çalışma yapılmıştır. Cadoret'nin yaptığı bir araştırmada, alkol bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun birbirinden ayrı özellikler olarak aktarıldığı gözlenmiştir ki, birçok çalışmada da benzer sonuçlara varılmıştır. Saldırganlık

davranışının diğer parametrelerden ayrı, tek bir faktör olarak genetik geçişi olduğuna dair kanıtların elde edildiği birçok çalışma yapılmıştır. Yani davranış bozuklukları, saldırganlık ve antisosyal kişilik, hepsi birbirinden ayrı faktörler olarak alkol/ilaç bağımlılığı riskini artırmakta ve bunu da paternal alkol/ilaç bağımlılığı riskinden bağımsız olarak yapmaktadırlar (1).

Birçok çalışma alkol ve madde kötü kullanımı ile ilişkili olabilecek santral sinir sistemi işleyişine dair kalıtılabilir fizyolojik faktörlerden bahsetmektedir. Henüz kanıtlanmamış olmasına karşın, bağımlılığa duyarlılığın nörofizyolojik göstergeleri olarak vücut hakimiyetindeki değişiklikler ve etanole artmış fizyolojik yanıtın söz edilmektedir (1,6,16).

Nörolojik fonksiyon, aktarılabilir özellik gösterir; alkolik ebeveynlerin çocuklarında görülen kimi bilişsel defisitlerin, alkolizm gelişmesinde risk yarattığından söz edilebilir. Alkoliklerle yapılan çalışmalarda hem beyin fonksiyonunda bozulma, hem de yapısal anormallikler bulunmuştur. Bozulan bilişsel fonksiyonlar arasında hafıza, dikkat aralığı, vizuospatial beceriler, özet düşünme ve sözel ifade sayılabilir. Yine alkolik bireylerde elektroensefalografik (EEG) ve olay-bağımlı potansiyel (ERP) bozuklukları da saptanmıştır. Ancak bunların, bir risk göstergesi mi olduğu, yoksa kronik ağır alkol alımının bir sonucu mu olduğu belli değildir(1).

Son çalışmalar, kronik alkol alımından bağımsız olarak, EEG ve ERP tarafından ölçülen elektrofizyolojik faktörlerin alkol bağımlılığına duyarlılığa yol açabileceği yolunda kanıtlar sunmuştur. Begleiter ve arkadaşları, alkolik babaların çocukları ile alkolik olmayan babaların çocuklarını karşılaştırdıkları bir çalışmada, ilk grupta özellikle parietal alanda azalmış P3ERP komponent amplitüdü rapor etmişlerdir. Yine Deckel ve arkadaşları babaları alkol bağımlısı olan, yüksek-risk grubunu oluşturan genç erkeklerde

frontal ve temporal neokorteks fonksiyonunu ölçen nöropsikolojik testlerin, ilk alkollü içki alımı ve içki alımı sıklığı konusunda belirleyici (prediktif) olduğunu görmüşler, sol frontal yavaş alfa EEG aktivitesinin de alkolle ilgili değişkenlerle bağlantılı olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, anterior neokorteks bozukluklarının alkolle ilgili davranışların gelişiminde bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Son dönemde P300 olay bağıntılı beyin potansiyellerinin (ERP) amplitüdündeki düşme birçok psikopatolojik durumla ilişkilendirilmekte ve bu durumlardaki beyin disfonksiyonunu gösterdiği düşünülmektedir (86). P300 ERP'lerin alkolikler ve non-alkolikler arasında farklı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Keenan ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada aile öyküsü olan ve olmayan alkoliklerde P300 ölçümlerinin düşük olduğu ve ayıklık süresiyle değişmediği gösterilmiştir (85). Costa ve arkadaşları (2000) frontal P300 ölçümleri, alkol bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ilgili çalışmalarında alkol bağımlılığı olan bireylerde yalnızca anterior elektrotlarda P300 amplitüd düşüklüğü gözlemişler, antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde de yine anterior elektrotlarda aynı sonucu bulmuşlar, ikisi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu görmüşlerdir. Bu çalışmaya göre alkol bağımlılığının nörofizyolojik işlevleri bozucu etkisi öncelikle anterior beyinde gözlenmektedir (84). Hansenne'in (1999) çalışmasında da P300 amplitüdünün yenilik arama davranışıyla pozitif korelasyon, zarardan kaçınma davranışıyla negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (87).

Benzer şekilde alkolün beyin sapı uyarılmış potansiyelleri (BAEP) üzerinde önemli etkilerinin olduğu öne sürülmüştür. Begleiter (1981) alkoliklerde BAEP dalga latanslarında ve dalgalar arası interpike latanslarında uzama olduğunu ve bu uzamanın demiyelinizasyon veya hücre zarındaki akışkanlık artışı nedeni ile gelişen ödeme bağı olabileceğini ileri sürmüştür. Spitzer, alkol bağımlılarının BAEP'lerinin kontrollere göre

daha fazla değişkenlik gösterdiğini, Chu alkol bağımlılarında % 40 oranında BAEP anormalliği olduğunu ve bu hastalarda sıklıkla beyin sapı atrofi olduğunu ileri sürer. Çalışmalarda verilen BAEP anormallikleri oranı ve öngörülen hipotetik açıklamalar farklı olmakla birlikte alkol bağımlılarında BAEP bozuklukları olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (1, 28).

2. Madde Kullanım Bozukluklarında Risk Faktörleri Olarak Psikopatoloji, Kişilik Özellikleri ve Mizaç

Patolojik alkol kullanımının gelişimini açıklayan bazı teorik formülasyonlara göre, mizaç önemli bir faktördür. Cloninger'e göre, mizaç ve kişilik özellikleri, ebeveynden çocuklarına geçiş yoluyla, alkolizmle ilgilidir. Biyolojik temelli kişilik farklılıklarının Tip I ve Tip II alkolizmi ayırt ettiğini öne sürer.

Tip I alkolizmin üç tane kalıtılabilir kişilik boyutuyla ilgili olduğu teorisi öne sürülmüştür: düşük yenilik arayışı, zarardan kaçınmanın yüksek oluşu ve ödüle bağımlılık. Tip II'nin ise bu kişilik özelliklerinin tersi özelliklerle bağlantılı olduğu düşünölmüştür.

Antisosyal kişilik bozukluğunun, ailedeki alkol bağımlılığı öyküsünden bağımsız olarak, alkol kullanımının gelişiminde önemli bir faktör olduğu bulunmuştur. Ayrıca, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı geliştirme riski yüksek olan erkeklerde, sözü edilen 3 kişilik özelliği ile ilişkili bulunmuştur. Bu 3 kişilik özelliğinin genetik temelli olduğu, ebeveynden çocuklara bağımsız olarak aktarıldığı, ve bunların bireyin nörolojik yapısındaki çeşitliliği yansıttığı, alkolizm gelişimini de etkilediği düşünölmüştür. Cloninger'in ortaya koyduğu bu bulguların başka çalışmacılar tarafından geçerliliği kanıtlanamamıştır (1,6).

Bu konuda birçok farklı modeller öne sürülmüştür. Ohannessian ve Hesselbrock (1995), “zor mizaç” (difficult temperament) olarak adlandırdıkları bazı mizaç özelliklerinin (yüksek aktivite düzeyi, az esneklik ve yönelim, duygudurum dengesizliği, sosyal geri çekilme), madde kullanımı ve kötü kullanımıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Mezjich ve arkadaşları (1993), madde bağımlılığı olan ergenleri içselleştirilmiş/dışsallaştırılmış davranış boyutlarına göre 2 ayrı gruba ayırmışlardır. İlk grup negatif duygulanımla karakterize iken, ikinci grup davranış problemleri, depresyon ve anksiyete semptomlarının azlığı, sosyal ilişkilerde problemler ile karakterizedir. Bu durum, Babor’un alkol bağımlısı ergenleri TipA/TipB kategorisine ayırmasını destekler görünmektedir (6).

Alkol bağımlılığı tek ve homojen bir bozukluk değildir. Yapılan birçok çalışmada, alkol bağımlılığı ile diğer psikopatolojiler arasında yüksek komorbidite olduğu tespit edilmiştir. Bunların arasında en yaygın olarak bulunanlar anksiyete bozuklukları, depresyon ve kişilik bozukluklarıdır.

Alkol bağımlılığı hem anksiyete belirtileri, hem de anksiyete bozuklukları ile yakından ilişkilidir, çünkü alkolün önde gelen etkilerinden birisi, anksiyolitik etkisidir. Araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan kişilerin alkol bağımlılığı geliştirme risklerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Aslında anksiyete ile alkol kullanımı arasındaki ilişki karmaşıktır. Kişi, anksiyeteyi kontrol etmek amacıyla alkole başlamakta, kronik alkol alımı ise sonuçta anksiyeteyi artırmaktadır (1,2,6,53).

Anksiyetelerini yatıştırmak amacıyla alkol alan ve ciddi düzeyde alkol alımı olan kişilerin alkolün anksiyolitik etkisinden, yaşamın daha olumlu algılanmasını sağlaması, toplumsal ve bedensel rahatlık, cinsel performansı artırmak, güçlü olduğunu hissetmek, toplumsal açıdan kendine daha çok güvenmek, gerginliğin azaltılması gibi beklentilerinin

olduğu saptanmıştır. Ancak bazı araştırmalarda, gerginliği azaltma amaçlı (tension-reduction) alkol alımında beklentilerin ve cinsiyetin daha önemli bir rol oynadığı saptanmış; özellikle alkolden olumlu beklentileri olan bireylerin, gerginliği azaltmak için alkol kullanımına başvurdukları, erkeklerin böyle bir davranışa daha sık başvurdukları ve dolayısıyla alkol bağımlılığı açasından daha yüksek risk grubunu oluşturdukları görölmüştür (30,33,34).

Alkol ile duygudurum arasında da benzer şekilde, karmaşık bir ilişki vardır. Alkol düşük dozlarda yüksek duyguduruma yol açarken, yüksek dozlarda disforiye neden olmaktadır. Bazı çalışmalar alkol bağımlılığı ile birlikte görölen depresyonu primer ve sekonder olarak ayırmaktadır. Depresif bir bozukluğun üzerine gelişen alkolizmde primer, önce alkolizm sonra depresyonun geliştiği durumda ise sekonder depresyondan söz edilmektedir. Aşırı alkol alımının biyolojik mekanizmalar yoluyla depresyona neden olduğunu ileri sürenler de vardır (1,6).

Kişilik bozukluklarında da, alkol bağımlılığı sık görölmektedir, bunlar arasında en sık görölen ise antisosyal kişilik bozukluğudur. Bazı çalışmalarda antisosyal kişilik bozukluğunun alkol bağımlılığı gelişimini kolaylaştırdığı, diğer bazı çalışmalarda ise hiçbir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. Rada (1880) alkolik antisosyali, antisosyal alkoliği ve birincil alkoliği birbirinden ayırarak, son iki grubun antisosyal özelliklerinin alkol bağımlılığına bağlı olduğunu ve içmenin sona ermesiyle bu özelliklerin de düzeldiğini, buna karşılık ilk grubun prognozunun kötü olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde DeJong ve arkadaşlarının (1990) yaptıkları bir araştırmada, antisosyal kişilik özelliklerinin alkolizm kullanımı sonrasında oluştuğu ve alkol kullanımının kesilmesiyle bu özelliklerin ortadan kalktığı ileri sürölmüştür (Junkie sendromu) (22). Birçok bağımlı, tedavi sürecinde gerileyen, ancak alkol alımının başlaması (relaps) ile geri dönen, kronik bir

davranış paternine sahiptir. Bağımlılığın bir sonucu veya epifenomeni olarak ortaya çıkan bir davranış paternini, kişilik özellikleri veya bağımsız kişilik bozukluklarından ayırt etmek hemen hemen imkansızdır (22,28).

Antisosyal kişilik bozukluğu dışında, alkol bağımlılığı ile en sık birarada bulunan diğer kişilik bozuklukları borderline, çekingen ve bağımlı kişilik bozukluklarıdır.

Alkolizme eşlik eden bütün bu psikopatolojileri değerlendirirken dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Alkolik birey değerlendirilirken, bağımlılığın primer bozukluk mu olduğu, diğer psikiyatrik durumlara sekonder mi olduğu, ya da diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız, aynı anda görülen bir durum mu olduğu saptanmalıdır. Bu nedenle, bu konudaki değerlendirmelerin zamanlaması ve sırası çok önemlidir. Uygun bir tedavi planı oluşturmak için değerlendirmelerin mümkün olduğunca erken yapılması gerekirken, alkolün entoksikasyon, yoksunluk veya emosyonel stres yaratıcı rezidüel etkilerinden etkilenmemesi için de son alkol alımı ile değerlendirmeler arasında belli bir zaman geçmesi gereklidir. Yüksek düzeyde bilişsel fonksiyon gerektiren testlerin daha geç, kişilik özelliklerini değerlendiren testlerin daha erken yapılması önerilir, ancak kesin bir standardı da yoktur. Genellikle son alkol almından en erken 10 gün sonrası önerilir, ancak uzun süre ve daha kronik alkol kullanımı olan bireylerin, iyileşme için daha uzun zamana ihtiyaçları olduğu da unutulmamalıdır. Brown ve arkadaşları, iyileşme ve tedavinin erken dönemlerinde anksiyete ve depresyondaki değişimlere zamanın etkisini incelemişler, henüz tedaviye gelmiş olan alkoliklerde yüksek durumluk anksiyete gözlemişler, ancak tedavinin 2. haftasından itibaren skalanın normale döndüğünü görmüşlerdir. Benzer şekilde ilk başvuru anında, hastaların yarısında klinik düzeyde anlamlı depresyon saptarken, tedavinin 4. haftasının sonunda bu kişilerden yalnızca % 6'sının anlamlı düzeyde depresyon gösterdiğini bulmuşlardır. Depresyon skorlarında en

fazla düşüş, 2. haftada gözlenmiştir. Yani deprese primer alkolikleri, primer affektif bozukluğa sahip alkoliklerden ayırt etmek için, en az 3 haftalık bir ayıklık süresi gerekmektedir. Bu durumda, sonuçtaki değişkenlerin (depresyon, anksiyete gibi) akut alkol ya da çekilmeden etkilenmeyen, stabil değişkenler olarak değerlendirilebilmesi için değerlendirmenin, son alkol alımından en az 10 gün ila 3 hafta sonra yapılması önerilmektedir (1,6).

3. Sosyokültürel Modeller

Alkolizmde sosyokültürel etmenlerin rolü, ayrıntılı biçimde ilk kez, kültürün alkol problemlerinin hem anlamını hem de görünümünü etkilediğini öne süren Jellinek tarafından yapılmıştır. Jellinek'e göre alkolizm kavramı, kültürel farklar nedeniyle dünyanın çeşitli yerlerinde değişik anlamlara sahip olarak kullanılmakta, aynı nedenle, geliştirilen belirtiler, yaşanan sonuçlar ve etiyolojiler de değişik olmaktadır.

Sosyokültürel etmenler arasında ailesel faktörler, arkadaş etkileri, alkol kullanımını destekleyen ortamlar, sosyoekonomik düzey sayılmaktadır (1,2,6).

4. Hastalık Modeli

Bu model alkol ve madde bağımlılığının bir irade sorunu olmadığını, temelinde bir fiziksel hastalık olduğunu ileri sürer. Hastalık, bir başka bozukluğun ne sonucu ne de semptomudur; primer, ilerleyici ve kronik bir hastalıktır. Jellinek, psikolojik, tinsel ve sosyal etkileri de göz önüne alarak, hastalığın geleneksel biyolojik kavramları üzerinde temellenen bir teori önermiştir. Silkworth, alkol bağımlılığını, mental bir obsesyonu tetikleyen, alkole atipik fizyolojik reaksiyonlar ile karakterize bir hastalık olarak tanımlamıştır. Bu mental obsesyon, olumsuz sonuçlarına ve kontrol çabalarına rağmen,

alkol alımı için fiziksel bir isteği ateşler. Silkworth, alkoliklerin normal alkol alımına geri dönemeyeceklerini, çünkü hastalığın kökeninde alkole fiziksel bir alerjinin bulunduğunu öne sürer.

Nöroloji alanındaki son çalışmalar, hastalık modelini desteklemektedir. Hyman (1996), kronik alkol kullanımı (kimyasal madde kullanımı) sonucu oluşan moleküler ve hücresel değişiklikleri incelediği çalışmasında, beyin hücrelerinin kronik kimyasal madde alımına adapte olduğunu bulmuş ve alkolizmin kişinin madde arama davranışı üzerindeki kontrolünü bozan bir beyin hastalığı olduğunu ileri sürmüştür

Bu model, alkol bağımlısı kişiye, tedavi edilebilir bir hastalığı olduğunu söyler. Bu bir hastalık olduğu için, kişinin suçu yoktur, bireyin herhangi bir başka hastalıkta olduğu gibi yalnızca tedaviden sorumlu olduğu söylenir (3,4,6).

5. Psikodinamik Modeller

Psikanalitik yönelimli araştırmacılar, alkol bağımlılığında ego zayıflığı ve kendine saygıyı sürdürme güçlüğü gibi birtakım yapısal defektler tanımlama yoluna gitmişlerdir. Wumser (1984), madde bağımlılarının, katı süperego şeklinde kendini gösteren intrapsişik çatışmaya sahip olduklarını, bu nedenle yoğun öfke ve korku duygularından kaçmak için alkol veya madde kullandıklarını ileri sürer. Khatzian, Haliday ve McAuliffe (1990) self-deficit yaklaşımını benimserler yani egonun yetersizlikleri madde kullanımına yol açmaktadır. Bu teoriye göre, kişinin madde seçimi, altta yatan belirli ego defisitlerini tedavi etmeye yöneliktir. Kristal'in teorisi ise madde kötüye kullanımının temeli olarak bozuk nesne ilişkilerini ve bozulmuş affektif regülasyonu ele alır. Kendilik psikolojisinin kurucusu Kohut (1977) alkol bağımlılarının uyum ve huzur sağlamadaki hata ve

defektlerini tanımlamaya çalışmıştır. McDougall (1989) bütün bağımlılık sendromlarının, psişik çatışmaya karşı psikosomatik savunmalar olduğunu öne sürer.

Alkol bağımlılarının çoğunda, içmeye başlama yıllarından önce yüksek bir işlevsellik düzeyi bulunmaktadır, bu hastaların birçoğu için neredeyse karakteristik bir görünüm olan sosyopatik, bağımlı, impulsif ve deprime özellikler, alkolün ego üzerindeki toksik etkilerine, ego işlevlerindeki atrofiye bağlı olabilir. Alkol alımı, bu regresif sürecin yadsınarak sürdürülmesine katkıda bulunmakta, süperego ve kişiler arası beceriler, uzun süre kullanılmamaya bağlı olarak yıkılıp gitmektedir (1,4,6).

6. Davranışçı, Bilişsel-Davranışçı ve Sosyal Öğrenme Teorisi Modelleri

Bilişsel-davranışçı modeller, bağımlılık alanında, son dönemde öne çıkan ve ampirik destek gören yaklaşımlardır.

Bilişsel-davranışçı modeller, davranışları ortaya çıkaran ve yöneten faktörler olarak bilişler (kognisyon) ve duygulardan (emosyon) bahseder. Sosyal öğrenme teorileri, stimulusdan madde kullanımı/bağımlılığına uzanan yolları oluşturan beklentiler, yeterlilik ve atıflar gibi yapılar üzerinde durur (1,3,34,47).

Madde kullanımının olumlu etkilere yol açması beklentileri, tekrarlanan klasik veya operan koşullanmayla oluşur. Madde kullanımı ile ortaya çıkan olumlu sonuçlar (anksiyetenin azaltılması, rahatlama, çekilme belirtilerinin ortadan kalkması gibi) pekiştirici rolü oynayarak bağımlılığın gelişimine yol açar.

Sosyal öğrenme teorilerine göre yeterlilik, kişinin, belli durumlarda, belli başa çıkma mekanizmalarını kullanabilme yetisine olan güveni, veya bunların etkili olacağına dair beklentisidir. Bu durumda alkol veya madde alımı olmaksızın başa çıkma mekanizmalarının yeterli olduğu duygusu, aktif kullanıcılar arasında düşüktür, dolayısıyla

bu teori, madde kullanım bozukluklarını, başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğiyle açıklar.

Başa çıkma mekanizmaları, bilinçdışı savunma mekanizmalarından farklı olarak, bilinçlidir. Strese yol açan tehditleri kontrol etme, azaltma veya tolere etme çabalarına, başa çıkma (coping) mekanizmaları adı verilir. Savunma mekanizmaları ve kişilik özellikleri sabittir, değiştirilemez, ancak başa çıkma mekanizmaları değiştirilebilir (1,13,15,20,30,32). Başa çıkma mekanizmaları, genel olarak 2 kategoriye ayrılır:

1. Duygu-Odaklı başa Çıkma (Emotion-Focused Coping)

Duyguların bilinçli regülasyonunu içerir; durumun iyi tarafına bakmak, diğerlerinden yardım istemek gibi. Genellikle değiştirilemeyen, kontrol dışı stresörlerle başa çıkmada kullanılır.

2. Sorun Odaklı Başa Çıkma (Problem-Focused Coping)

Davranışı değiştirme veya durumla başa çıkabilme için çeşitli planlar yapmayı içerir. Göreceli olarak değiştirilebilir durumlarda kullanılır.

Bu 2 kategoriye, 3. bir kategori ekleyenler de vardır, bu da stresin hoş olmayan emosyonel sonuçlarını değiştirme çabalarını içerir; anksiyeteyi düzenleme için gülümsemek gibi. Alkol ve madde kullanımı, bu kategoriye konulmuş ve emosyonel rahatsızlıktan kaçma yolları için sık kullanılan mekanizmalar olarak görülmüştür (13,15,17).

Yapılan çeşitli araştırmalarda, başa çıkma mekanizmaları daha ayrıntılı olarak da kategorilendirilebilmektedir; aktif-pasif, davranışsal-bilişsel, yaklaşma-kaçınmaya yönelik vb. (32,33,34,35,37).

Bu mekanizmalar, kültürle de yakın ilişkiler içindedir. Farklı kültürlerde, farklı başa çıkma mekanizmaları adaptif olabilmektedir. Teknik gelişmenin-rekabetin ön planda

olduğu toplumlarda aktif başa çıkma mekanizmaları daha sağlıklı iken, doğa-insan ilişkisini vurgulayan diğer kültürlerde pasif başa çıkma mekanizmaları (diğerlerinden destek alma, yardım arama gibi) daha sağlıklı olarak kabul edilebilir. Dolayısıyla bir kültürde adaptif kabul edilen başa çıkma mekanizmaları, diğerlerinde tam tersine strese yol açabilir (13,15).

Bilişsel-davranışçı teoriye göre, başlangıçtaki ağır madde kullanımı birçok faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar; bireyin genetik yapısı (madde kullanımının pekiştirici mi cezalandırıcı mı olacağını belirler), sosyal çevre (kullanımı kolaylaştırır veya engeller), operan koşullama prensipleri (ödüllendirici ve madde alımının devam etmesini sağlayıcıdır) gibi faktörler bunlar arasındadır (6,13).

Birey maddeyi kullandıkça, diğer başa çıkma mekanizmalarını giderek daha az kullanır ve yeterlilik duygusu azalır, maddeden pozitif beklentiler artar, sonuçta madde kullanımı artar ve böylece bir kısır döngü gelişir. Kişilerin gerçek problem çözme becerilerinin yanısıra, kendilerinin problem-çözme becerilerini algılayışları da alkol alım paterninde önemlidir. Başa çıkma becerilerini daha düşük algılayan bireylerin, sorunlu durumlar karşısında, maladaptif alkol kullanımına yönlenecekleri beklenebilir. Bu varsayımları destekleyen birçok araştırma vardır (30,33,34,35,37,38,39).

ALKOL BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Alkol bağımlılığının farklı teorik modellerine göre farklı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Katı bir biçimde, tek tedavi yöntemini benimseyen görüşler, günümüzde kliniklerde ve klinik-dışı tedavilerde pek yer tutmamaktadır. Önerilen, alkol bağımlısı bireyin özelliklerine göre bir tedavi yaklaşımı benimsenmesidir. Bunun için, öncelikle

birey ayrıntılı olarak değerlendirilir ve hangi tedavi yaklaşımından en çok yararlanabileceğine karar verilir. Terapistin tutumu, hastanın motivasyonu gibi etkenler de bu kararı verme sürecinde etkilidir. Bazen birkaç tedavi yöntemi bir arada uygulanabilir (1).

En eski model “hastalık modeli”dir. Bu modelde alkol bağımlısı bireyler, yalnızca tedavi süresince değil, daha uzun zaman boyunca bir destek grubunun üyesi olurlar. Destek grubunun üyeleri olan iyileşme sürecindeki bağımlılar, rol modeli olarak işlev görürler. Metodolojik açıdan bakıldığında, hastalık modeli iyileşmeye daha bütüncül bir açıdan yaklaşır, biyopsikososyal ve tinsel temeller üzerine oturur. Farklı tedavi yöntemlerini altında toplayan bir şemsiye işlevi görür, böylece etkili tedavi için fırsatlar artar. Temel vurgusu “inkar” (denial) üzerindedir. Alkolik bireyin içmenin ağırlığı ve olumsuz sonuçlarına karşı savunmalar geliştiren bir kişilik sistemi içinde olduğunu ve inkarın, kişinin motivasyonunu gerektiren değişimi güçleştirdiğini savunur. Tedavinin amacı, inkar ve değişime direnci azaltmaktır. Etkinliğine dair araştırmalar kısıtlı olmasına karşın günümüzde tedavi ortamlarında en sık kullanılan yaklaşımdır.

Artan destek grupları içinde en çok bilineni ve en eskisi Adsız Alkolikler’dir (AA). Dünyanın birçok yerinde AA grupları oluşmuş ve aktif olarak çalışmaktadır. AA grubunun işleyişi ve kuralları ünlü “Oniki Gelenek” ile , iyileşme için önerileri de “Oniki Basamak” ile özetlenmektedir. Yeni katılan kişinin, alkol bağımlısı olduğunu kabul etmesini gerektirir. Yeni katılımcı, kendine deneyimli üyelerden bir rehber seçer, gereksinim duyduğunda onun yardımına başvurur. AA katılımcısının diğer tedavi yöntemlerinden faydalanmasında sakınca yoktur. Yapılan araştırmalarda, AA’nın içmemeyi sağlama hedefine varmada oldukça başarılı olduğu bulunmuş, ancak bu etkiyi nasıl yaptığı açıklığa kavuşmamıştır (63,65,66,67,70,73,74). AA anlayışına göre alkol

bağımlılığı, tamamen tedavisi olanaksız, ama ilerlemesi durdurulabilen bir hastalıktır. Bağımlılığın tedavisinde AA'nın hedefi alkolizmin kabulü, ayıklığın sağlanması ve alkolizme yol açan kişilik kusurlarından arınmadır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet, yaş, eğitim, zeka, medeni durum, iş durumu ve diğer sosyoekonomik değişkenlerin AA'ya katılımı fazla etkilemediği bulunmuş; ancak bunun yanısıra esnek düşünce yapısına sahip olmayan, psikososyal uyumu zayıf, iç denetimleri daha az olan, içme sırasında denetimin yitilmesi, aşırı alkol tüketiminin ve kompulsif içmenin olması, içme ile ilgili yüksek kaygı düzeyi ve aşırı zihinsel uğraş bulunması, alkol kullanımının zihinsel işlevleri etkilemesi gibi daha ağır alkol sorunu yaşayan bağımlıların AA'ya daha fazla oranda devam ettikleri saptanmıştır (6).

Aile modelleri, temelde 3 ana model etrafında toplanır. "Aile hastalığı modeli"nde, madde bağımlılığı, tüm aile bireyleri tarafından yaşanan bir hastalık olarak görülür. Bu model, karşılıklı bağımlılığı vurgular, bu modelde aile bireyleri, bağımlı bireylerden ayrı bir birim olarak tedaviye alınır, kendi problemlerinin çözümü üzerinde durulur. "Aile sistemleri modeli"nde ailenin işlev görmesi ile madde kullanımı arasında karşılıklı bir ilişki olduğu varsayılır. Madde kullanımı, ailenin, diğer problemleriyle yüzleşmesini engelleyici bir işlev görür. Bu modelde de aile bir birim olarak ele alınır ve ailenin işlev görmesi ile madde kullanımı arasındaki ilişki incelenirken, aile bireylerinin rolleri ve kişisel sorunlar yeniden tanımlanır. "Davranışçı modeller", bu 3 modelin içinde en çok araştırılmış olanıdır. Öğrenme teorisinin kavramlarını kullanırlar. Aile ilişkilerinin madde kullanımında olumlu ve olumsuz pekiştirici özellikleri olduğuna inanılır. İçme davranışına, içme davranışına verilen cevaplara ve daha etkili iletişim biçimleri bulmaya, ya da içme davranışını pekiştiren stimulusları değiştirmeye yönelik amaçlar belirleme

üzerinde durulur. Son dönemde bu modeller ve etkinlikleri ile ilgili yapılan birçok çalışma vardır (26,41,44,47).

Son dönemde en çok öne çıkan ve üzerinde en çok araştırma yapılan tedavi modeli ise bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleridir; yapılan araştırmalarda ampirik düzeyde en çok desteklenen modellerdir. Bu yöntemlerin arasında katı davranışçı yöntemler, relaps önleme gibi bilişsel-davranışçı yöntemler, başa çıkma mekanizmaları eğitimi, topluluk pekiştirme yaklaşımları gibi birçok farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu modellerin hepsinin temelinde öğrenme prensipleri yatar; insan davranışı önemli ölçüde, öğrenilen bir davranıştır ve temel öğrenme prensipleri kullanılarak insan davranışları değiştirilebilir. Temel kabullenimler şunlardır.

1. İnsan davranışı, genetik faktörler tarafından belirlenmekten çok, öğrenilen davranışlardan oluşur.
2. Sorunlu davranışı yaratan öğrenme süreçleri, bu sorunlu davranışı düzeltmek-değiştirmek için kullanılabilir.
3. Davranış büyük oranda yapısal ve çevresel faktörler tarafından belirlenir.
4. Düşünceler ve duygular gibi örtük davranışlar, öğrenme prensiplerinin uygulanmasıyla değiştirilebilir.
5. Belli durumlarda kullanılacak yeni davranışların kazanımı, davranış değişiminin kritik bir parçasıdır.
6. Her birey tek ve özeldir ve kendi başına değerlendirilmelidir.
7. Yeterli tedavinin temel taşı, iyi bir davranışçı değerlendirmedir.

Bilişsel-davranışçı tedaviler, psikiyatrik bozukluklarda geniş bir uygulama alanı bulmaktadır. Bireylere uyumu bozucu bilişlerinin farkında olmalarına yardımcı olan stratejiler öğretilir. Bireyler, bilişsel-affektif-davranışsal zincirleri fark etmeyi, yakalamayı

ve izlemeyi ve yerine daha adaptif başa çıkma mekanizmaları kullanmayı öğrenirler. Bu strateji, madde kullanım bozukluklarına yaklaşımın da temelidir. Marlatt ve arkadaşlarının relaps önleme üzerindeki çalışmalarında, bu ilkelerin madde kullanım bozukluklarına nasıl uygulandığı gösterilmektedir. Teknikler, relap için yüksek riskli durumları tanıma, bu durumlarla baş etmede kullanılacak stratejileri belirleme ve kazanma, madde kullanımının davranışsal analizi, madde arama davranışını (craving) tanıma ve başetme mekanizmaları, acil durumlar için planlama ve kaymalarla başa çıkma, problem-çözme stratejilerini öğrenme ve yaşam stilini dengeleme gibi stratejileri içerir (1).

Davranışçı-bilişsel yaklaşımlar, madde kullanımını, gelişiminde birçok etiyolojik faktörlerin rol oynadığı, karmaşık, çoklu belirlenimin olduğu bir davranış olarak betimler. Bu faktörler arasında aile öyküsü, genetik faktörler, komorbid psikopatoloji, yenilik arayışı ve sosyopati gibi kişilik özellikleri, maddeye ulaşımın kolaylığı ve kullanımını azaltan etkenlerin azlığı, ödüllerin yüksekliği gibi çevresel faktörler bulunmaktadır. Fakat tüm bunların ötesinde, bu yaklaşımlar, madde kullanımı ve bağımlılığının kazanılmasında en önemli rolün maddelerin pekiştirici özellikleri olduğunu vurgular. Madde kullanımının sürdürülmesinde de operan koşullanma faktörleri merkezi bir rol oynarlar. Bunu yalnızca maddenin olumlu pekiştirici özellikleri yoluyla değil, çekilme semptomlarından kaçınılması yoluyla da yaparlar. Bilişsel süreçler özellikle de maddenin etkisine yönelik beklentiler, madde kullanımının sürmesinde önemlidir. Daha da ötesi, birey çevresel, kişiler arası (interpersonal) ve kendi içinde (intrapersonal) birçok duruma, madde kullanımı ile yanıt verdiği için süregiden madde kullanımı ve bağımlılığı, fazla kullanılan, fazla genelleştirilmiş ve uyumu bozucu bir başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıkar. Maddenin olumsuz sonuçları, olumlu etkilerinden baskın çıkmaya başlayıp, kişi tedaviye başvurduğunda da, repertuarında pek az başa çıkma stratejisi kalmıştır (13,15,42,43,46).

Madde bağımlılığında belli başlı bilişsel davranışçı teknikler arasında ipucuna maruz bırakma (cue exposure), olasılık yönetimi (contingency management) ve başa çıkma mekanizmaları eğitimi bulunur.

Başta çıkma mekanizmaları yaklaşımı, üzerinde epey çalışılmış ve ampirik destek görmüş bir tekniktir. Tedavi uygulanmayan kontrol durumları ile karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalarda etkili olduğu görülmüş, ancak diğer tedavi modelleri ile karşılaştırmalı çalışmalarda çelişkili sonuçlar çıkmıştır. Bu modelin özellikle relapsların ağırlığını azaltma, etkililiğın uzun sürmesi ve bağımlılığın ağırlılığın yüksek olduğu bireylerde daha etkili olması gibi umut verici tarafları vardır.

Alkoliklerde başta çıkma mekanizmaları, başta çıkma becerilerini algılayış, ebeveynin madde bağımlılığının çocukların başta çıkma mekanizmalarını etkileyişi ile ilgili birçok çalışma vardır. Yine başta çıkma mekanizmaları ve relaps arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, son dönemde ön plana çıkmıştır. Genellikle, çok sayıda başta çıkma mekanizması kullanımının, ya da problem odaklı başta çıkma mekanizmalarının kullanımının, relapsı azalttığı, veya relapsın süresini kısalttığı bulunmuştur (18,20,37,39). Yine, başta çıkma mekanizmaları eğitiminin verildiği hastalarda, prognozu değerlendiren çalışmalar yapılmış, ancak çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Intagliata ve arkadaşlarının (1973) yaptığı bir çalışmada, hastanede yatarak tedavi gören hastalara kişilerarası problem çözme becerileri konusunda verilen eğitimin, prognoza önemli bir katkısı olmadığı gösterilmiştir (46). Ancak birçok çalışmada da, tersi sonuçlar ortaya çıkmıştır.

ARAÇLAR VE YÖNTEM

Bu çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı Ünitesi'nde yapılmıştır. Çalışmaya toplam 3 grup alınmıştır:

Birinci grup, Ocak-Şubat 2002 tarihlerinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol Tedavi Ünitesi yataklı biriminde yatarak tedavi gören 33 hastadan oluşmaktadır. Hastalar, iki ayrı psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş ve DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış bireylerden oluşmuştur. 65 yaş üstünde olma, sigara hariç başka bir madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olma, anti-alkol ilaç alma, antidepresan kullanıyor olma, alkole bağlı bilişsel işlevlerinde ileri derecede bozulma olma, ağır fiziksel hastalığı olma, 3 haftadan erken dönemde tedaviyi bırakma, dışlama kriterleri olarak alınmıştır. Tüm hastalar 3 haftalık yoksunluk dönemini geçirdikten sonra çalışmaya alınmışlardır.

İkinci grup, daha önce Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Alkol Tedavi Ünitesi'nde yatarak tedavi görmüş ve en az bir yıl süre ile ayık olan 32 hastayı kapsamaktadır. Aynı dışlama kriterleri geçerlidir.

Üçüncü grup, alkol bağımlılığı olmayan ve herhangi bir psikopatolojisi olmayan, sağlıklı 24 kişiden oluşmaktadır.

Bir psikiyatrist tarafından her bir denek ile görüşme yapılarak, demografik bilgi formu doldurulmuş ve Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulanmıştır. Her bir deneğe Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBCE), Problem Çözme Envanteri (PÇE), Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ), Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Sürekli

Kaygı Envanteri (SKE), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) uygulanmıştır. Bir klinik psikolog tarafından tüm deneklerle görüşülerek hepsine MMPI uygulanmış ve profilleri çıkarılmıştır.

Deneklere uygulanan psikolojik testler, uygulama şekilleri ve değerlendirilmeleri aşağıda anlatılmıştır.

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HDÖ)

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek ve tedavi sırasında izlemi kolaylaştırmak için M. Hamilton, ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren B.W. Williams tarafından geliştirilmiştir. 17 soru içerir, klinisyen tarafından uygulanır. 0-3 arasında puanlanır. 0-7 puan arası depresyon yok. 8-16 puan arası hafif depresyon. 16 ve üstü puan major depresyon olarak değerlendirilir. Testin geçerlik ve güvenilirliği A. Akdemir, S. Örsel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Alınan puanların yüksekliği, bireydeki depresyonun yüksekliğini gösterir.

STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (SBCÖ)

Başa çıkma stratejilerinin kullanımını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 1-5 arası likert tipi puanlanır. Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. 3 alt faktörü vardır; Problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma, ve dolaylı başa çıkma. Alınan puanların yüksekliği, o faktöre ait başa çıkma mekanizmalarının daha fazla kullanıldığını gösterir. Geçerliliği ve güvenilirliği T. Gençöz tarafından yapılmıştır.

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)

Bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini algılayışını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 35 maddeden oluşur, 1-6 arası Likert tipi puanlanır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir. P.P. Heppner ve C.H. Petersen tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, “problem çözme yeteneğine güven”, “yaklaşma-kaçınma” ve “kişisel kontrol” olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği N.Şahin, N.H. Şahin ve P. Heppner tarafından yapılmıştır.

ROSENBAUM’UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ve kendini denetleme becerilerini ölçen, kendini değerlendirme tipi bir ölçektir. 36 maddeden oluşur, 5’li Likert tipi puanlanır. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine, bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir. M.A. Rosenbaum tarafından geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği A. Siva ve I. Dağ tarafından yapılmıştır. 12 alt faktörden oluşur:

Planlı davranma, ruh hali denetimi, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi ve planlı davranma, yeterli olma ve kendini yatıştırma, ağrı denetimi, erteleme, yardım arama, iyiye yorma, dikkati yönlendirme, esnek planlama, ve denetleyici arama.

ROTTER'İN İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ (RİDKOÖ)

Bireylerin, genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu, pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans veya kader) kontrolünde olduğuna dair sahip olduğu beklenti ya da inançlarını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 29 maddeden oluşur. 0-1 arası puanlanır. Yükselen puanlar, dış kontrol odağı inancında artışı gösterir. J.B. Rotter tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği İ.Dağ tarafından yapılmıştır.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemeye yarayan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 21 maddeden oluşur, 0-3 arası puanlanır. 21 belirti kategorisini içerir: Duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı.

Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. A.T. Beck, C.H. Ward, M.Mendelson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği B. Tegin tarafından yapılmıştır.

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendiren, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 20 maddeden oluşur. 0-1 arası puanlanır. 3 alt faktörden

oluşur: Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut. Alınan puanlar yüksek olduğunda, bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. A.T. Beck, D. Lester, ve L. Trexler tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenirliği G. Seber ve A. Durak tarafından yapılmıştır.

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (DKE-SKE)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Envanterin her biri 20 maddeden oluşan 2 ayrı ölçeği vardır:

- 1. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKE):** Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
- 2. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKE):** Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.

Toplam 40 maddeden oluşur, 1-4 arası puanlanır. Yüksek puan, yüksek kaygı düzeyini gösterir. Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması, geçerliği ve güvenirliği N. Öner ve A. Le Compte tarafından yapılmıştır.

MINNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ (MMPI)

Kişilik ve kişilik niteliklerini ölçen kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 566 sorudan oluşur. 10 klinik ve 3 geçerlik alt testi vardır. Klinik alt testleri:

1. Hipokondri (Hs),
2. Depresyon (D),
3. Histeri (Hy),
4. Psikopatik Sapma (Pd),
5. Maskülinite-Feminite (Mf),

6. Paranoya (Pa),
7. Psikasteni (Pt),
8. Şizofreni (Sc),
9. Hipomani (Ma),
10. Sosyal İçe Dönüklük (Si).

Bütün alt testler için ayrı puanlama anahtarları bulunur. Özel eğitimden geçmiş uygulamacılar tarafından puanlar yorumlanır. Hathaway ve McKinley tarafından geliştirilmiştir. Türkiye için geçerlik ve güvenirliği I. Savaşır ve A. Turgay tarafından yapılmıştır.

İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences for Window Release 10.0) paket programı kullanıldı.

Demografik verilere ilişkin karşılaştırmalar, çapraz tablolar halinde verildi. Deneklerin yaşları arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek için yaş değişkenine tek yönlü varyans analizi uygulandı. Alkol kullanımına ilişkin verilerde birinci ve ikinci grup arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için, bu değişkenlere bağımsız gruplar için T-testi analizi uygulandı, ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Bağımlı değişkenler açısından denek grupları arasında ölçümler ortalamaları bazında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) kullanıldı. Olası anlamlı farkların hangi iki grup arasından kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi post-hoc olarak uygulandı. Alkol almaya ilişkin değişkenlerle, ilk iki grubun yapılan tüm ölçümleri arasındaki ilişkilerin doğasını ve anlamlılık katsayılarını belirlemek amacıyla, ilgili değişkenler arasında Pearson momentler

arpımı korelasyon katsayıları hesaplandı. En az bir yıl ayık olan gruptaki bireylerin ay bazında ölçülen ayık kalma süreleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları hesaplanarak bakıldı. Yine aynı gruptaki bireylerden Adsız Alkolikler Derneği'ne devam edenlerle etmeyenler arasında bağımsız değişken ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olup olmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi yapıldı.



BULGULAR

Analizlerden önce, bireylerin tüm ölçek maddelerine verdikleri cevaplar, bilgilerin bilgisayara doğru girilip girilmediği, kayıp değerlerin olup olmadığı ve normal dağılım sayılısının karşılanıp karşılanmadığı analiz programının çeşitli alt programları ile gözden geçirilmiştir. Herhangi bir ölçek ya da ölçek maddesinde kayıp değer olan bireyler ilgili ölçeğin puanları ile yapılan analizlere dahil edilmedi. Tüm ölçeklerden elde edilen dağılımların normal dağılım sayılısını karşıladığı görülmüş ve puanlara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Son analizler için toplam 89 kişi kullanılmıştır. Bu kişilere ait özellikler aşağıdaki çapraz tablolarda (bkz. Tablo 1-Tablo 23) verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma ve kontrol gruplarına düşen kişi sayısı

Denek grubu	n	%
Yeni ayıklar	33	37
En az bir yıl ayıklar	32	36
Kontrol	24	27
Toplam	89	100,0

Tablo 2. Deneklerin yaş ortalamaları

Denek grubu	N	Yaş ortalaması	Ss	F _{2,86}	p
Yeni ayıklar	33	44,9 _{ab}	7,5	3,7	0,03
En az bir yıl ayıklar	32	45,6 _a	7,2		
Kontrol	24	40,1 _b	9,5		

Farklı harfler anlamlı farkın olduğunu gösterir

Deneklerin yaşları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını tespit etmek amacıyla yaş değişkenine tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve aralarında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($F_{2,86} = 3,7, p < 0,05$). Buna göre en az bir yıl ayık olan

gruptaki deneklerin yaş ortalaması ($X=45,6$) ile kontrol grubunun yaş ortalaması ($X=40,1$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Deneklerin depresyon düzeyleri Hamilton Depresyon Ölçeği kesme noktaları referans alınarak bakılmıştır. Buna göre, yeni ayık grubundaki 12 kişide (%36) belirgin bir depresif durum saptanmamıştır. Bunun yanısıra, bu gruptaki 17 kişide (%51) hafif düzeyde; 4 kişide de (%12) klinik düzeyde depresyon olduğu gözlenmiştir. En az bir yıldır ayık olan grupta ise 22 kişide (%68) depresyona rastlanmamıştır. Bu gruptaki 10 kişide (%31,3) hafif düzeyde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Son olarak kontrol grubunda sadece 1 kişide (%4) hafif düzeyde depresyon olduğu, grubun geri kalan kısmında ise depresif bulguların olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Denek grubu ve eğitim düzeyine göre çapraz tablo

		Denek eğitimi				Toplam
		İlk-orta	Lise	Üniversite		
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	12	13	8	33
		%	13,5%	14,6%	9,0%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	13	10	9	32
		%	14,6%	11,2%	10,1%	36,0%
	Kontrol	n	7	10	7	24
		%	7,9%	11,2%	7,9%	27,0%
	Toplam	n	32	33	24	89
		%	36,0%	37,1%	27,0%	100,0%

Tablo 4. Denek grubu ve medeni duruma göre çapraz tablo

		Medeni durumu			
		Evli	Bekar	Boşanmış	Toplam
	Yeni ayıklar	n	31	2	33
		%	34,8%	2,2%	37,1%
Denek grubu	En az bir yıl ayıklar	n	28	4	32
		%	31,5%	4,5%	36,0%
	Kontrol	n	23	1	24
		%	25,8%	1,1%	27,0%
Toplam		n	82	1	89
		%	92,1%	1,1%	100,0%

Tablo 5. Denek grubu ve ailede kaçınıcı çocuk olduğuna göre çapraz tablo

		Kaçınıcı çocuk olduğu				
		Birinci	Ortanca	Sonuncu	Toplam	
	Yeni ayıklar	n	11	11	11	33
		%	12,4%	12,4%	12,4%	37,1%
Denek grubu	En az bir yıl ayıklar	n	6	15	11	32
		%	6,7%	16,9%	12,4%	36,0%
	Kontrol	n	6	11	7	24
		%	6,7%	12,4%	7,9%	27,0%
Toplam		n	23	37	29	89
		%	25,8%	41,6%	32,6%	100,0%

Tablo 6. Denek grubu ve ekonomik duruma göre çapraz tablo

		Ekonomik durumu					Toplam	
		Asgari ücret altı	Asgari ücret-2kat	Asgari ücret 2-3 kat	Asgari ücret 3-4 kat	Asgari ücret 4 katı ve daha fazla		
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	1	6	12	6	8	33
		%	1,1%	6,8%	13,6%	6,8%	9,1%	37,5%
	En az bir yıl ayıklar	n	2	7	11	5	6	31
		%	2,3%	8,0%	12,5%	5,7%	6,8%	35,2%
	Kontrol	n	1	12	4	3	4	24
		%	1,1%	13,6%	4,5%	3,4%	4,5%	27,3%
Toplam		n	4	25	27	14	18	88
		%	4,5%	28,4%	30,7%	15,9%	20,5%	100,0%

Tablo 7. Denek grubu ve kökene göre çapraz tablo

		Köken		Toplam	
		Kent	Kırdan kente göç		
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	24	9	33
		%	27,0%	10,1%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	22	10	32
		%	24,7%	11,2%	36,0%
	Kontrol	n	13	11	24
		%	14,6%	12,4%	27,0%
Toplam		n	59	30	89
		%	66,3%	33,7%	100,0%

Tablo 8. Denek grubu ve şimdiki evlilik sorununa göre çapraz tablo

		Şimdiki evlilik sorunu			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	26	7	33
		%	29,2%	7,9%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	5	27	32
		%	5,6%	30,3%	36,0%
	Kontrol	n	1	23	24
		%	1,1%	25,8%	27,0%
Toplam		n	32	57	89
		%	36,0%	64,0%	100,0%

Tablo 9. Denek grubu ve geçmiş evlilik sorununa göre çapraz tablo

		Geçmiş evlilik sorunu			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	26	7	33
		%	29,5%	8,0%	37,5%
	En az bir yıl ayıklar	n	27	4	31
		%	30,7%	4,5%	35,2%
	Kontrol	n	1	23	24
		%	1,1%	26,1%	27,3%
Toplam		n	54	34	88
		%	61,4%	38,6%	100,0%

Tablo 10. Denek grubu ve şimdiki ekonomik sorununa göre çapraz tablo

		Şimdiki ekonomik sorun			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	25	8	33
		%	28,1%	9,0%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	5	27	32
		%	5,6%	30,3%	36,0%
	Kontrol	n	2	22	24
		%	2,2%	24,7%	27,0%
Toplam		n	32	57	89
		%	36,0%	64,0%	100,0%

Tablo 11. Denek grubu ve geçmiş ekonomik sorununa göre çapraz tablo

		Geçmiş ekonomik sorunlar			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	25	8	33
		%	39,7%	12,7%	52,4%
	En az bir yıl ayıklar	n	22	8	30
		%	34,9%	12,7%	47,6%
Toplam		n	47	16	63
		%	74,6%	25,4%	100,0%

Tablo 12. Denek grubu ve yasalarla sorununa göre çapraz tablo

		Yasalarla sorun			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	7	26	33
		%	7,9%	29,2%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	10	22	32
		%	11,2%	24,7%	36,0%
Kontrol		n	1	23	24
		%	1,1%	25,8%	27,0%
Toplam		n	18	71	89
		%	20,2%	79,8%	100,0%

Tablo 13. Denek grubu ve okul sorununa göre çapraz tablo

		Okul sorunu			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	5	28	33
		%	5,6%	31,5%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	2	30	32
		%	2,2%	33,7%	36,0%
Kontrol		n		24	24
		%		27,0%	27,0%
Toplam		n	7	82	89
		%	7,9%	92,1%	100,0%

Tablo 14. Denek grubu ve askerlik sorununa göre çapraz tablo

		Askerlik sorunu			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	6	27	33
		%	6,7%	30,3%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	5	27	32
		%	5,6%	30,3%	36,0%
	Kontrol	n	1	23	24
		%	1,1%	25,8%	27,0%
Toplam		n	12	77	89
		%	13,5%	86,5%	100,0%

Tablo 15. Denek grubu ve psikiyatrik tanıya göre çapraz tablo

		Psikiyatrik tanı			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	8	25	33
		%	9,0%	28,1%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	2	30	32
		%	2,2%	33,7%	36,0%
	Kontrol	n	1	23	24
		%	1,1%	25,8%	27,0%
Toplam		n	11	78	89
		%	12,4%	87,6%	100,0%

Tablo 16. Denek grubu ve cinsel işlev bozukluğuna göre çapraz tablo

		Cinsel işlev bozukluğu			
			Var	Yok	Toplam
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	11	22	33
		%	12,4%	24,7%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	5	27	32
		%	5,6%	30,3%	36,0%
	Kontrol	n		24	24
		%		27,0%	27,0%
Toplam		n	16	73	89
		%	18,0%	82,0%	100,0%

Tablo 17. Denek grubu ve uyku bozukluğu sorununa göre çapraz tablo

		Uyku bozukluğu			
			Var	Yok	Toplam
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	19	14	33
		%	21,3%	15,7%	37,1%
	En az bir yıl ayıklar	n	12	20	32
		%	13,5%	22,5%	36,0%
	Kontrol	n	3	21	24
		%	3,4%	23,6%	27,0%
Toplam		n	34	55	89
		%	38,2%	61,8%	100,0%

Tablo 18. Denek grubu ve önceki delirium öyküsüne göre çapraz tablo

		Önceki delirium öyküsü			
			Var	Yok	Toplam
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	6	25	31
		%	9,7%	40,3%	50,0%
	En az bir yıl ayıklar	n	10	21	31
		%	16,1%	33,9%	50,0%
Toplam		n	16	46	62
		%	25,8%	74,2%	100,0%

Tablo 19. Denek grubu ve birinci derece akrabada alkol sorununa göre çapraz tablo

		Birinci derece akrabada alkol kullanımı			
			Var	Yok	Toplam
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	15	18	33
		%	23,1%	27,7%	50,8%
	En az bir yıl ayıklar	n	17	15	32
		%	26,2%	23,1%	49,2%
Toplam		n	32	33	65
		%	49,2%	50,8%	100,0%

Tablo 20. Denek grubu ve ikinci derece akrabada alkol sorununa göre çapraz tablo

		İkinci derece akrabada alkol kullanımı			
			Var	Yok	Toplam
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	17	16	33
		%	26,2%	24,6%	50,8%
	En az bir yıl ayıklar	n	8	24	32
		%	12,3%	36,9%	49,2%
Toplam		n	25	40	65
		%	38,5%	61,5%	100,0%

Tablo 21. Denek grubu ve alkol yoksunluk deliriuma göre çapraz tablo

		Alkol yoksunluk delirium			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	3	30	33
		%	4,6%	46,2%	50,8%
	En az bir yıl ayıklar	n	9	23	32
		%	13,8%	35,4%	49,2%
Toplam		n	12	53	65
		%	18,5%	81,5%	100,0%

Tablo 22. Denek grubu ve alkol yoksunluğuna göre çapraz tablo

		Alkol yoksunluğu			
		Var	Yok	Toplam	
Denek grubu	Yeni ayıklar	n	28	5	33
		%	43,1%	7,7%	50,8%
	En az bir yıl ayıklar	n	29	3	32
		%	44,6%	4,6%	49,2%
Toplam		n	57	8	65
		%	87,7%	12,3%	100,0%

Tablo 23. Araştırma grubunda gündüz alkol alma

		n	%
Yeni ayıklar	Hayır	8	24,2
	Evet	25	75,8
	Toplam	33	100,0
En az bir yıl ayıklar	Hayır	3	9,4
	Evet	29	90,6
	Toplam	32	100,0

Betimleyici İstatistikler

Alkol kullanımına ilişkin toplanan verilerin yeni ayık ve en az bir yıl ayıklık grubu için betimleyici istatistiklerinin tespiti yapıldı (bkz. Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma grubunun alkol kullanımına ilişkin ölçümler açısından tanımlayıcı istatistikleri ve bağımsız gruplar için T-testi analizi sonuçları

Değişken	Yeni ayık (N=33)	sd	En az bir yıl ayık (N=32)	sd	t
Kaç yıl kullandığı	25,6	7,9	22,4	6,7	1,8
Günlük alkol miktarı (standart içki)	10,2	3,8	12,9	6,1	-2,2**
Gündüz alkol alma süresi (ay)	38,5	52,8	78,8	71,4	-2,6**
Yatış sayısı	1,9	1,4	1,9	1,6	0,08
Alkol bırakma girişim sayısı	2,5	4,2	1,8	3,6	0,7
Alkole başlama yaşı	18,4	5,3	16,2	3,0	2,04**
Ayıklık süresi (ay)*			76,9	50,0	

*sadece en az bir yıl ayıklık grubu için **p<0.05

Araştırma grubunda olan deneklerin alkol kullanımına ilişkin bazı değişkenlerinin ortalamalarının birbirinden anlamlı farklılık yaratıp yaratmadıklarını tespit etmek amacıyla bu değişkenlere bağımsız gruplar için T-testi analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre yeni ayık grubu ile en az bir yıl ayık grubunun günlük alkol alım miktarı, gündüz alkol alım süresi ve alkole başlama yaşı değişkenleri açısından birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmiştir. İlgili istatistik sonuçları ve grup ortalamaları Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 25. Yeni ayık grubu için tüm ölçümlerin tanımlayıcı istatistikleri

	n	Ortalama	sd
Hamilton Depresyon Ölçeği	31	9,1935	6,0190
Beck Depresyon Ölçeği	32	17,2812	10,7860
MMPI Alt Ölçekleri			
Hipokondria	16	18,5625	4,5014
Depresyon	16	26,0625	6,9902
Histeri	16	24,3750	4,1130
Psikopatik sapma	16	26,0625	5,2086
Maskulin-feminen	16	24,2500	4,0249
Paranoya	14	14,7143	5,1355
Psikasteni	16	34,0625	8,6600
Şizofreni	16	38,1250	11,1108
Mani	16	23,8125	4,9561
Sosyal içe dönüklük	16	32,9375	8,8880
Stresle Başa Çıkma Ölçeği			
Problem odaklı başa çıkma	24	88,6667	11,9661
Duygu odaklı başa çıkma	25	49,8400	8,1990
Dolaylı başa çıkma	25	35,2800	4,5964
Problem Çözme Envanteri			
Problem çözme yeteneğine güven	26	30,5385	6,9180
Yaklaşma-kaçınma	28	50,0714	11,0250
Kişisel kontrol	25	19,8000	6,8007
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği			
Planlı davranma	31	9,4516	3,5948
Ruh hali denetimi	29	11,6552	4,0994
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	30	13,9667	3,5280
Dürtü denetimi ve planlı davranma	27	20,3704	5,6374
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	30	13,6667	3,0887
Ağrı denetimi	32	5,1250	2,0596
Erteleme	32	12,3437	2,6349
Yardım arama	30	8,0667	2,1485
İyiye yorma	30	8,8333	2,1348
Dikkati yönlendirme	31	9,8387	2,7820
Esnek planlama	32	6,4375	1,7586
Denetleyici arama	31	11,0968	2,4813
Beck Umutsuzluk Ölçeği			
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	31	1,2581	1,2374
Motivasyon kaybı	28	3,2500	1,8384
Umut	32	1,8125	1,8039
Sürekli Kaygı Envanteri	28	44,2857	4,8979
Durumluk Kaygı Envanteri	23	45,0000	4,0339
Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	33	11,5758	4,6505

Tablo 26. En az bir yıl aylık grubu için tüm ölçümlerin tanımlayıcı istatistikleri

	n	Ortalama	sd
Hamilton Depresyon Ölçeği	31	4,7742	4,2795
Beck Depresyon Ölçeği	29	13,8621	10,4120
MMPI Alt Ölçekleri			
Hipokondria	26	16,3077	4,3797
Depresyon	26	23,6923	6,5163
Histeri	26	21,4615	5,1321
Psikopatik sapma	27	25,4074	6,0464
Maskulin-feminen	27	24,2222	4,6685
Paranoya	24	13,4583	5,5402
Psikasteni	27	31,4444	6,2839
Şizofreni	27	34,0741	8,6065
Mani	27	21,9630	4,6779
Sosyal içe dönüklük	27	31,5926	9,3119
Stresle Başa Çıkma Ölçeği			
Problem odaklı başa çıkma	29	92,0345	10,1576
Duygu odaklı başa çıkma	25	54,9600	6,8768
Dolaylı başa çıkma	29	34,8276	5,0361
Problem Çözme Envanteri			
Problem çözme yeteneğine güven	29	30,5862	7,2285
Yaklaşma-kaçınma	28	55,2500	7,3516
Kişisel kontrol	32	18,0938	6,2132
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği			
Planlı davranma	30	8,6000	3,6065
Ruh hali denetimi	30	11,3667	3,2956
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	29	14,0000	4,1490
Dürtü denetimi ve planlı davranma	28	17,6786	5,9756
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	30	13,6333	2,9535
Ağrı denetimi	30	5,9667	2,0924
Erteleme	28	12,6429	2,7381
Yardım arama	29	8,8276	2,8669
İyiye yorma	31	8,5161	2,3075
Dikkati yönlendirme	30	8,3333	2,3684
Esnek planlama	29	6,3103	2,1893
Denetleyici arama	29	10,2759	2,6172
Beck Umutsuzluk Ölçeği			
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	31	,9355	1,5261
Motivasyon kaybı	29	3,5172	2,2618
Umut	29	1,7241	2,4333
Sürekli Kaygı Envanteri			
Durumluk Kaygı Envanteri	27	44,0370	5,9451
Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	27	43,7407	5,5094
	31	9,4516	3,3351

Tablo 27. Kontrol grubu için tüm ölçümlerin tanımlayıcı istatistikleri

	N	Ortalama	sd
Hamilton Depresyon Ölçeği	24	1,1667	1,9262
Beck Depresyon Ölçeği	22	8,0000	8,0119
MMPI Alt Ölçekleri			
Hipokondria	21	14,0000	3,3912
Depresyon	20	20,0000	5,8038
Histeri	22	20,5000	5,6463
Psikopatik sapma	22	22,6818	5,3040
Maskulin-feminen	22	25,5455	4,6366
Paranoya	19	12,3158	4,8196
Psikasteni	22	26,0909	4,2416
Şizofreni	22	27,5455	7,3337
Mani	22	21,5909	5,0110
Sosyal içe dönüklük	22	25,0000	6,7893
Stresle Başa Çıkma Ölçeği			
Problem odaklı başa çıkma	20	91,9000	10,5227
Duygu odaklı başa çıkma	22	54,3636	9,8636
Dolaylı başa çıkma	22	35,4545	5,1891
Problem Çözme Envanteri			
Problem çözme yeteneğine güven	21	26,2381	6,6174
Yaklaşma-kaçınma	23	49,4348	10,4047
Kişisel kontrol	21	23,4762	5,0953
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği			
Planlı davranma	23	11,7391	3,4406
Ruh hali denetimi	23	14,3478	4,2917
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	23	11,3043	3,9363
Dürtü denetimi ve planlı davranma	23	23,6957	4,6752
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	24	14,2500	2,2312
Ağrı denetimi	21	5,4286	2,9761
Erteleme	21	13,0000	3,2558
Yardım arama	23	8,2174	2,5753
İyiye yorma	24	9,1667	3,0169
Dikkati yönlendirme	24	11,2083	2,5018
Esnek planlama	23	5,6957	2,4203
Denetleyici arama	23	10,3478	2,9015
Beck Umutsuzluk Ölçeği			
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	23	,6957	,8757
Motivasyon kaybı	22	3,2273	1,9007
Umut	23	1,6522	1,8490
Sürekli Kaygı Envanteri			
Durumluk Kaygı Envanteri	18	43,1667	4,7682
Rotter İç- Dış Kontrol Odağı Ölçeği	19	42,5263	4,6829
	24	11,2083	3,5993

Tablo 28. Tek Yönlü Varyans Analizi (one-way ANOVA) sonuçları

Değişkenler	Grup Ortalamaları (X)			sd	Ortalama Kare	F
	Yeni ayıklar	En az bir yıl ayık	Kontrol			
Hamilton Depresyon Ölçeği	9,2 _a	4,8 _b	1,2 _c	2,83	444,1	21,4**
Beck Depresyon Ölçeği	17,3 _a	13,9 _{ab}	8,0 _b	2,80	562,8	5,6**
MMPI Alt Ölçekleri						
Hipokondria	18,6 _a	16,3 _{ab}	14,0 _b	2,60	95,4	5,6**
Depresyon	26,1 _a	23,7 _{ab}	20,0 _b	2,59	170,9	4,1*
Histeri	24,4 _a	21,5 _{ab}	20,5 _b	2,61	73,0	2,8
Psikopatik sapma	26,1	25,4	22,7	2,62	66,3	2,1
Maskulin-feminen	24,3	24,2	25,5	2,62	12,5	0,6
Paranoya	14,7	13,5	12,3	2,54	23,3	0,85
Psikasteni	34,1 _a	31,4 _a	26,1 _b	2,62	352,8	7,9**
Şizofreni	38,1 _a	34,1 _{ab}	27,5 _b	2,62	552,3	6,9**
Mani	23,8	21,9	21,6	2,62	25,4	1,1
Sosyal içe dönüklük	32,9 _a	31,6 _a	25,0 _b	2,62	375,2	5,3**
Stresle Başa Çıkma Ölçeği						
Problem odaklı başa çıkma	88,7	92,0	91,9	2,70	88,5	0,75
Duygu odaklı başa çıkma	49,8	54,9	54,4	2,69	193,3	2,8
Dolaylı başa çıkma	35,3	34,8	35,5	2,73	2,7	0,1
Problem Çözme Envanteri						
Problem çözme yeteneğine güven	30,5	30,5	26,2	2,73	142,2	2,9
Yaklaşma-kaçınma	50,1	55,3	49,4	2,76	272,6	2,9
Kişisel kontrol	19,8 _{ab}	18,1 _a	23,5 _b	2,75	185,2	4,9*
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği						
Planlı davranma	9,5 _{ab}	8,6 _a	11,7 _b	2,81	66,7	5,3**
Ruh hali denetimi	11,7 _a	11,4 _a	14,3 _b	2,79	67,3	4,5*
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	14,0 _a	14,0 _a	11,3 _b	2,79	59,4	3,9*
Dürtü denetimi ve planlı davranma	20,4 _{ab}	17,7 _a	23,7 _b	2,75	228,6	7,5**
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	13,7	13,6	14,3	2,81	3,1	0,4
Ağrı denetimi	5,1	6,0	5,4	2,80	5,6	1,0
Erteleme	12,3	12,6	13,0	2,78	2,7	0,3
Yardım arama	8,1	8,8	8,2	2,79	4,7	0,7
İyiye yorma	8,8	8,5	9,2	2,82	2,9	0,5
Dikkati yönlendirme	9,8 _{ab}	8,3 _a	11,2 _b	2,82	55,6	8,5**
Esnek planlama	6,4	6,3	5,7	2,81	4,0	0,9
Denetleyici arama	11,1	10,3	10,3	2,80	6,1	0,9
Beck Umutsuzluk Ölçeği						
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	1,3	0,9	0,7	2,82	2,2	1,3
Motivasyon kaybı	3,3	3,5	3,2	2,76	0,7	0,2
Umut	1,8	1,7	1,6	2,81	0,2	0,1
Sürekli Kaygı Envanteri	44,3	44,0	43,2	2,70	7,2	0,3
Durumluk Kaygı Envanteri	45,0	43,7	42,5	2,66	32,0	1,4
Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği	11,6	9,5	11,2	2,85	39,9	2,6

*p<0.05

**p<0.01

Farklı harfler anlamlı fark olduğunu göstermektedir.

Çeşitli ölçümler açısından gruplar arası anlamlı farkları tespit etmek amacıyla yapılan bir dizi tek tönü varyans analizi sonuçları Tablo 28'de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda üç grup arasında stresle başa çıkma tarzları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öte taraftan, gruplardan üç ayrı ölçekten elde edilen depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu sonuçlar yukarıdaki tabloda özetlenmiştir. Depresyon açısından en çarpıcı fark Hamilton Depresyon Ölçeği ile elde edilen puanlarda gözlenmiştir ($F_{2,83}=21,4$, $p<0,01$). Bu farkın hangi iki grup arasından kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Buna göre, depresyon düzeyi açısından yeni ayık grubu ($X=9,2$), en az bir yıl aylık grubu ($X=4,8$) ve kontroller ($X=1,2$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Depresyon düzeyi açısından en yüksek grubun yeni ayıklar olduğu gözlenmiştir. Diğer tüm sonuçlar Tablo 28'de özetlenmiştir.

Alkol almaya ilişkin değişkenlerle bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler

Araştırma grubuna dahil olan deneklerin alkol almaya ilişkin değişkenleri ile sahip oldukları tüm ölçümler arasındaki ilişkilerin doğasını ve anlamlılık katsayılarını belirlemek amacıyla ilgili değişkenler arasında Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları (r) hesaplanmıştır. Analizler her iki grup için ayrı ayrı yapılmış ve Tablo 29 ve 30'da verilmiştir.

Tablo 29. Yeni ayık grubuna ait bağımlı değişkenlerin alkol kullanımına ilişkin verilerle sahip oldukları ilişkilerin katsayıları (r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişkenler	Başlangıç yaşı	Kaç yıl kullandığı	Günlük alkol miktarı	Gündüz alkol alma süresi
HDÖ	-,546*	-,100	,300	,036
BDÖ	-,374*	-,100	,465*	,007
MMPI				
Hs	-,090	,031	-,319	,053
D	-,445*	-,074	,134	,287
Hy	,090	-,191	-,266	-,194
Pd	-,192	-,259	-,048	,110
Mf	-,207	-,266	-,079	-,084
Pa	-,209	-,259	-,027	,305
Pt	-,217	-,211	-,266	,176
Sc	-,376	-,254	-,197	,232
Ma	-,270	-,304	-,060	,162
Si	-,235	-,030	,131	,358
SBCÖ				
Problem Odaklı	,535*	-,255	-,350*	-,169
Duygu Odaklı	,207	-,152	,272	-,047
Dolaylı	,127	-,296	-,282	-,090
Problem Çözme Envanteri				
Güven	-,327	-,193	,256	,063
Yaklaşma-kaçınma	-,430*	-,226	,433*	,093
Kişisel kontrol	-,351*	-,375*	,321	-,179
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği				
Planlı davran.	,307*	,144	-,385*	-,012
Ruhsal denet.	-,100	,165	-,235	-,085
İstenmeyen D. D.	,331*	-,133	-,132	-,162
Dürtü Den.	,420*	,082	-,260	-,152
Yeterli Olm.	,380*	,064	-,340*	,108
Ağrı D.	,421*	-,031	-,302*	-,084
Erteleme	,185	,083	-,262	,054
Yardım Ar.	,207	,077	-,147	-,218
İyiye yorma	,138	,040	-,321*	-,040
Dikkati Y	,184	,053	-,120	,004
Esnek pl.	,336*	-,228	-,292	-,291
Denetleyici A.	,425*	,101	,054	,162
Sürekli Kaygı E.	,135	-,073	-,082	-,258
Durumluk K. E.	-,256	-,007	-,018	,277
RİDKOÖ	,184	-,096	,107	-,104
Beck Umutsuzluk Ölçeği				
Gelecek	-,282	-,121	,224	-,029
Motivasyon kaybı	-,241	-,323*	,177	-,330*
Umut	-,100	-,093	,346*	,034

*p<0,05

Tablo 30. En az bir yıl ayıklık grubuna ait bağımlı değişkenlerin alkol kullanımına ilişkin verilerle sahip oldukları ilişkilerin katsayıları (r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişkenler	Başlangıç yaşı	Kaç yıl kullandığı	Günlük alkol miktarı	Gündüz alkol alma süresi
HDÖ	-,235	,083	-,044	,064
BDÖ	-,086	-,101	-,174	-,073
MMPI				
Hs	-,195	-,057	,141	,128
D	,034	-,165	-,218	-,214
Hy	-,315	-,049	-,017	-,010
Pd	-,421*	,177	,120	-,134
Mf	-,100	,156	-,075	-,057
Pa	-,203	,159	,288	-,149
Pt	-,111	,136	-,041	-,134
Sc	-,038	-,105	-,009	-,228
Ma	-,307	,204	,221	,145
Si	,163	-,345*	-,304	-,124
SBCÖ				
Problem Odaklı	,000	-,230	,059	-,009
Duygu Odaklı	-,372	-,010	-,022	,104
Dolaylı	,143	,039	,200	-,123
Problem Çözme				
Envanteri				
Güven	,208	-,124	-,381*	,016
Yaklaşma-	-,074	-,031	-,202	,071
Kişisel kontrol	-,164	,004	-,261	-,044
Rosenbaum Öğrenilmiş				
Güçlülük Ölçeği				
Planlı davran.	,146	-,181	-,095	-,241
Ruhsal denet.	,053	-,167	,058	,071
İstenmeyen D.	-,168	-,136	-,009	,238
Dürtü Den.	,147	-,013	,313	,154
Yeterli Olm.	,190	,045	,154	-,132
Ağrı D.	,040	-,082	,201	-,153
Erteleme	-,052	-,001	,056	-,048
Yardım Ar.	-,231	,282	,454*	,126
İyiye yorma	-,053	-,277	-,023	,027
Dikkati Y	,068	,081	,355*	,294
Esnek pl.	-,033	-,268	-,112	-,037
Denetleyici A.	,229	,065	,289	,306
Sürekli Kaygı	-,004	,149	,029	-,155
Durumluk K.	-,003	,120	,091	-,310
RİDKOÖ	,047	-,109	-,399*	-,108
Beck Umutsuzluk Ölçeği				
Gelecek	-,068	-,039	-,235	-,211
Motivasyon	-,091	,019	-,049	-,126
Umut	,027	-,110	-,142	-,195

*p<0,05

Yeni ayık grubuna ait katsayılara bakıldığında başlangıç yaşı ile depresyon düzeyleri (HDÖ, BDÖ ve MMPI-D) arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla; $r = -0,55$, $p < 0,01$; $r = -0,37$, $p < 0,05$; ve $r = -0,45$, $p < 0,01$). Buna göre, başlangıç yaşı azaldıkça depresyon düzeylerinde yükselme eğilimi olduğu söylenebilir. Yine bu grupta, günlük alkol alma miktarı arttıkça depresyon düzeylerinde bir artış olduğu tespit edilmiştir ($r = 0,447$, $p < 0,01$). Öte taraftan, benzer bir ilişki en az bir yıl ayık olan grup için gözlenememiştir. Yeni ayık olan grubun alkole ilişkin ölçümleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında başlangıç yaşı arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzında da bir artış olduğu ($r = 0,54$, $p < 0,01$); günlük tüketilen alkol miktarı arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzında azalma olduğu gözlenmiştir ($r = -0,35$, $p < 0,05$). En az bir yıl ayık olan grup için stresle başa çıkma tarzları ile alkol kullanımına ilişkin değişkenler arasında anlamlı olabilecek ilişki katsayıları tespit edilememiştir. Yeni ayık grubunun problem çözme envanteri (PÇE)'nden elde ettikleri puanlar açısından bakıldığında başlangıç yaşı ve alkol kullanma sürelerinin kişisel kontrol ile anlamlı negatif bir ilişki gösterdiği gözlenmiştir (sırasıyla; $r = -0,35$, $p < 0,05$; $r = -0,38$, $p < 0,05$). Yine bu gruba ait çarpıcı sonuçlardan biri de günlük alkol alma miktarı ile umutsuzluk düzeyleri arasında tespit edilmiştir ($r = 0,35$, $p < 0,05$). Buna göre, günlük alkol alma miktarı arttıkça umutsuzluk puanları da artış eğilimi göstermektedir. En az bir yıldır ayık olan gruba ait az sayıdaki anlamlı ilişkilerden biri de iç-dış kontrol odağı ile günlük alkol alma miktarları arasında tespit edilmiştir ($r = -0,40$, $p < 0,05$). Buna göre, bu grupta alkol alma miktarı arttıkça iç kontrol odağı kullanma eğilimi de artmaktadır. Diğer anlamlı ilişkiler ve katsayıları yukarıdaki tabloda özetlenmiştir.

En az bir yıl ayık olan gruptaki bireylerin ay bazında ölçülen ayık kalma süreleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları (r) hesaplanarak bakılmıştır. Sonuçlar Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31. En az bir yıl ayık olan gruba ait ayıklık süresi ve diğer bağımlı değişkenler arasındaki ilişki katsayıları (r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişken	Ayıklık süresi (ay)
HDÖ	-,534*
BDÖ	-,375*
MMPI	
Hs	-,158
D	-,324
Hy	-,271
Pd	-,380*
Mf	-,319
Pa	-,497*
Pt	-,284
Sc	-,466*
Ma	-,281
Si	-,327
SBCÖ	
Problem Odaklı	,400*
Duygu Odaklı	,295
Dolaylı	,034
Problem Çözme Envanteri	
Güven	-,221
Yaklaşma-kaçınma	-,301

Kişisel kontrol	-,525*
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği	
Planlı davran.	,298
Ruhsal denet.	,500*
İstenmeyen D. D.	,418*
Dürtü Den.	,407*
Yeterli Olm.	,090
Ağrı D.	,278
Erteleme	-,013
Yardım Ar.	-,040
İyiye yorma	,423*
Dikkati Y	,124
Esnek pl.	,165
Denetleyici A.	,159
Sürekli Kaygı Envanteri	-,335*
Durumluk Kaygı Envanteri	-,571*
RİDKOÖ	-,185
Beck Umutsuzluk Ölçeği	
Gelecek	-,034
Motivasyon kaybı	-,265
Umut	,049

*p<0,05

Bu sonuçlara göre, en az bir yıldır ayık olan gruptaki bireylerin ayık kalma süreleri ile depresyon puanları (HDÖ ve BDÖ) arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla; $r = -0,53$, $p < 0,01$; $r = -0,38$, $p < 0,01$). Kısaca, ayık kalma süreleri

artıkça depresyon düzeylerinde belirgin bir azalma olduğu söylenebilir. Benzer bir biçimde ayık kalma süreleri ile MMPI'nın alt ölçekleri olan psikopatik sapma ($r = -0,38$, $p < 0,05$), paranoya ($r = -0,50$, $p < 0,01$) ve şizofreni ölçekleri ($r = -0,47$, $p < 0,05$) arasında anlamlı negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Yani, ayık kalma süreleri arttıkça bu alt ölçeklere ait puanlarda belirgin bir azalma olduğu söylenebilir. Bu gruba ait en çarpıcı sonuçlardan biri ayık kalma süreleri ile problem odaklı başa çıkma tarzı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğudur ($r = 0,40$, $p < 0,05$). Buna göre, ayık kalma süresi arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzını kullanma eğilimi anlamlı bir biçimde artmaktadır. Ayık kalma süreleri ile problem çözme tarzları arasındaki ilişkilere bakıldığında bu değişkenin ruhsal denetimle ($r = 0,50$, $p < 0,05$), istenmeyen düşünce denetimiyle ($r = 0,42$, $p < 0,05$) ve dürtü denetimiyle ($r = 0,41$, $p < 0,05$) anlamlı pozitif ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Benzer bir biçimde ayık kalma sürelerinin kaygı puanları ile (sürekli kaygı düzeyi ve durumluk kaygı düzeyi) anlamlı negatif ilişki gösterdiği gözlenmiştir (sırasıyla; $r = -0,34$, $p < 0,05$; $r = -0,57$, $p < 0,01$). Kısaca, ayık kalma süreleri arttıkça kaygı puanları belirgin bir biçimde azalma eğilimi göstermektedir. Diğer katsayılar ve anlamlılık düzeyleri yukarıdaki tabloda özetlenmiştir.

T-testi analiz sonuçları

En az bir yıl önce alkol kullanmayı bırakan gruptaki bireylerden Adsız Alkolikler Derneği'ne devam eden ve etmeyenler arasında bağımlı değişken ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olup olmadığı bağımsız gruplar için t-testi analizi yapılarak bakılmıştır. Sonuçlar Tablo 32'de verilmiştir. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre Adsız Alkolikler Derneği'ne giden ve gitmeyen gruplar arasında depresyon düzeyi ($t = 2,12$, $sd = 27$, $p < 0,05$), sosyal içe dönüklük düzeyi ($t = 2,71$, $sd = 27$, $p < 0,05$), dolaylı yardım arama

düzeyi ($t=-2,3$, $sd=27$, $p<0,05$), dürtü denetim düzeyi ($t= -2,2$, $sd=27$, $p<0,05$), iç-dış kontrol odağı düzeyi ($t=2,2$, $sd=29$, $p<0,05$) ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir. Adsız Alkolikler Derneği'ne gitmeyen grubun depresyon düzeyinin ($X=26,2$) gidenlere ($X=21,1$) oranla anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde, AA'ya gidenlerin ($X=27,07$) gitmeyenlere ($X=35,7$) oranla daha az sosyal içe dönük oldukları tespit edilmiştir. Diğer sonuçlar Tablo 32'de özetlenmiştir.

Tablo 32. Adsız alkolikler derneğine devam eden ve etmeyen bireylerin bağımlı

değişken ölçümlerine ait t-testi analizi sonuçları

Değişkenler	Adsız Alkolikler Derneği	N	Ortalama	sd	t
HDÖ	Gitmeyen (1)	18	5,2778	4,6375	0,76
	Giden (2)	13	4,0769	3,7961	
BDÖ	1	16	16,3125	10,5686	1,43
	2	13	10,8462	9,7711	
MMPI					
Hs	1	13	17,1538	5,4749	0,98
	2	13	15,4615	2,9045	
D	1	13	26,2308	7,1081	2,12*
	2	13	21,1538	4,8964	
Hy	1	13	22,7692	5,7613	1,3
	2	13	20,1538	4,2396	
Pd	1	14	25,2857	6,3902	-0,16
	2	13	25,5385	5,9107	
Mf	1	14	24,0000	5,0230	-0,25
	2	13	24,4615	4,4463	
Pa	1	12	13,9167	6,2298	0,39
	2	12	13,0000	4,9909	
Pt	1	14	31,9286	5,5811	0,49
	2	13	30,9231	7,1585	
Sc	1	14	33,7857	9,9706	-0,17
	2	13	34,3846	7,2519	
Ma	1	14	20,7857	4,5940	-1,3
	2	13	23,2308	4,6035	
Si	1	14	35,7857	7,0839	2,71*
	2	13	27,0769	9,5347	
SBCÖ					
Problem odaklı	1	17	94,2353	14,0113	-0,2
	2	12	95,4167	8,6283	
Duygu odaklı	1	16	54,3750	7,7190	-0,55
	2	9	56,0000	5,3151	
Dolaylı	1	17	34,9412	6,1894	-2,3*
	2	12	39,3333	2,7080	
Problem Çözme Envanteri					
Güven	1	17	32,5882	11,3526	1,9
	2	12	25,6667	6,1840	
Yaklaşma- Kaçınma	1	16	56,5625	16,3787	2,06
	2	12	45,6667	9,3062	
Kişisel Kontrol	1	18	17,3333	4,1016	1,09
	2	14	15,7857	3,7453	

Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği					
Planlı davranma	1	16	7,8125	3,8853	-1,2
	2	14	9,5000	3,1562	
Ruhsal denetim	1	16	11,5625	3,9492	0,34
	2	14	11,1429	2,4763	
İstenmeyen d.d.	1	16	15,3125	4,7289	-0,6
	2	13	16,3846	3,4770	
Dürtü d	1	16	15,5625	6,6830	-2,2*
	2	12	20,2500	3,3878	
Yeterli o.	1	16	13,1250	3,6674	-1,7
	2	14	15,2143	2,6364	
Ağrı d.	1	16	6,5000	2,2804	1,5
	2	14	5,3571	1,7368	
Erteleme	1	16	12,1875	3,3310	0,1
	2	12	12,0833	3,5022	
Yardım a.	1	16	9,5000	2,9212	0,35
	2	13	9,1538	2,2674	
İyiye yorma	1	17	9,4706	3,1843	0,8
	2	14	8,6429	1,7368	
Dikkati y.	1	16	8,2500	2,7447	-0,2
	2	14	8,4286	1,9499	
Esnek p.	1	15	6,9333	1,5796	1,9
	2	14	5,7857	1,6723	
Denetleyici a.	1	16	13,2500	3,9749	-0,5
	2	13	14,0000	2,9439	
Sürekli Kaygı E.	1	14	44,6429	6,3076	0,5
	2	13	43,3846	5,7087	
Durumluk Kaygı	1	15	43,4667	6,1629	-0,2
E.	2	12	44,0833	4,8140	
RİDKOÖ	1	18	45,3333	2,5896	2,2*
	2	13	43,3077	2,3232	
Beck Umutsuzluk Ölçeği					
Gelecek	1	17	1,5294	1,8068	2,6*
	2	14	,2143	,5789	
Motivasyon kaybı	1	17	3,7059	2,3918	0,5
	2	12	3,2500	2,1373	
Umut	1	16	2,3750	3,0083	1,6
	2	13	,9231	1,1152	

TARTIŞMA

Sosyodemografik Veriler

Yatarak tedavi görmekte olan, 3 haftalık yoksunluk dönemini geçirmiş hastalar (yeni ayık grubu, 1. grup) 33 kişiden oluşmaktadır. En az 1 yıl ayıklığı olan bireyler (2. grup) 32 kişiden, kontrol grubu ise 24 kişiden oluşmaktadır. (Tablo I)

1. grubun yaş ortalaması 44.9, ikinci grubun yaş ortalaması 45.6, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 40.1'dir. En az bir yıl ayık olan grupla, kontrol grubunun yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)

Her 3 grubun eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. İlk-orta, lise ve üniversite düzeyinde eğitimi olanlar her 3 grupta yaklaşık eşit dağılımdadır. (Tablo 3)

Kontrol grubunda boşanmış birey yokken, en az 1 yıl ayıklığı olanlar arasında boşanma oranı en yüksektir (% 12). Yeni ayıklar grubunda ise boşanmış bireylerin oranı % 6'dır. Ancak yeni ayık grupta (1. grupta) halen yaşanmakta olan evlilik sorunları çok yüksek oranda bulunmuştur (%80). 2. grupta ise halen evlilik sorunları yaşamakta olanlar yalnızca grubun % 16'sını oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise en düşük oranda evlilik sorunları bildirmektedir (% 3). En az bir yıl ayıkların, aktif alkol kullanıcısı oldukları dönemde evlilik sorunları yaşama oranları, yeni ayık grubun şimdiki evlilik sorun oranları ile benzerlik göstermektedir (%90). (Tablo 8)

Gruplardaki bireylerin ailelerin kaçınıcı çocuğu oldukları ile ilgili verilere bakıldığında, ilk-ortanca ve son çocuk olma oranları grup içinde ve gruplar arasında yaklaşık eşit olarak dağılmaktadır. Bireyler, kökenlerine göre de sorgulanmışlar, her 3 grubun da yaklaşık 2/3'ünü kent kökenlilerin, 1/3'ünü ise kırdan kente göç etmiş bireylerin oluşturduğu görülmüş, halen kırsal alanda yaşayan birey saptanmamıştır. (Tablo 5)

Ekonomik gelir düzeyleri 5 alt gruba ayrılmıştır.

1. Asgari ücret altı gelir,
2. Asgari ücret 2 katı arası gelir,
3. Asgari ücretin 2-3 katı arası gelir,
4. Asgari ücretin 3-4 katı arası gelir,
5. Asgari ücretin 4 katından daha fazla geliri olanlar olmak üzere.

Asgari ücretin altında geliri olan bireylerin yüzdesi çok azdır, diğer 4 gelir grubu arasındaki dağılım yaklaşık olarak eşit düzeydedir. (Tablo 6)

Gelir durumları yaklaşık olarak eşit dağılmasına rağmen, 1. gruptaki hastaların % 75'i halen ekonomik sorun yaşarken, 2. gruptaki bireylerin yalnızca % 15'i ekonomik sorun yaşadıklarını, kontrol grubundaki bireylerin de yalnızca % 8'i ekonomik sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aradaki farkın, 1. gruptaki hastaların halen alkol kullanımına bağlı ekonomik sorunlar yaşamasından kaynaklandığı öne sürülebilir. Yine 2. gruba baktığımızda, aktif alkol kullandıkları dönemde yaşadıkları ekonomik sorun oranını % 70 olarak bildirmeleride, bu çıkarımı destekler görülmektedir. (Tablo 10)

Yasalarla sorun yaşama oranlarına bakıldığında, en yüksek oranı bildiren grubun 2. grup yani en az bir yıl ayık olan grup olduğu görülmektedir. Bu durumun bağımlı olduğunu kabul etmede ve alkölü bırakmada motivasyonel bir etkisi olduğu öne sürülebilir. (Tablo 12)

Kontrol grubunda okul sorunları yaşayan birey bulunmazken, diğer 2 gruptaki bireylerde geçmişte yaşanmış okul sorunları bildirilmiştir. Ancak büyük çoğunluğun ilköğretim ve lise eğitim düzeyinde olduğu göz önüne alındığında, o çağlarda henüz alkol kullanımının sorun yaratan bir boyuta ulaşmamış olduğu düşünüldüğünde, bu düşük oranlar kabul edilebilir. (Tablo 13)

Askerlik döneminde yaşanan sorunlar, okul döneminde yaşanan sorunlara göre nisbeten daha yüksek düzeydedir. Yine aynı şekilde, bu yaşlarda alkol kullanımının sorun oluşturmaya başlaması ihtimali, okul dönemine göre daha yüksek olduğundan, böyle bir sonuç beklenebilir. (Tablo 14)

Geçmişte yaşanmış ve/veya halen yaşanmakta olan psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirilen her 3 grupta da psikotik bir bozukluk saptanmamıştır. Anksiyete ve depresyon açısından bakıldığında 1. gruptaki hastaların % 25'inde geçmişte ve/veya halen yaşanmış psikiyatrik hastalık öyküsü alınırken, diğer iki grupta bu oran sırasıyla % 6 ve % 3 bulunmuştur. İlk gruptaki hastaların halen aylık yaşamamış ve aktif alkol kullanımına sahip olmaları, eşlik eden psikopatoloji ile açıklanabilir. Nitekim literatürde, ikili tanı almış (psikiyatrik hastalık ve madde bağımlılığı) bireylerin, uzun dönem aylık konusunda prognozlarının daha kötü olduğu gösterilmiştir (1,23). (Tablo 15).

Cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar incelendiğinde, ilk gruptaki hastalarda cinsel işlev bozukluğu oranı % 34, ikinci grupta % 14 bulunmuş, kontrol grubunda cinsel işlev bozukluğu saptanmamıştır. Alkolün fizyolojik etkileri göz önüne alındığında bu sonuçlar beklenen sonuçlardır. En az bir yıl ayık olan grupta da, alkolün etkilerine bağlı cinsel işlev bozukluğunun, azalarak da olsa, halen devam ettiği söylenebilir. (Tablo 16)

Halen yaşanmakta olan uyku bozukluğu sorunlarına bakıldığında, beklendiği gibi birinci grupta uyku bozukluğu tanımlayanların oranı yüksektir (% 56). (Tablo 17)

Yaşanmış deliryum açısından ilk iki grup karşılaştırıldığında ilk grupta oran % 19 iken, en az bir yıl ayıklığı olan bireylerde oran % 32 bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, deliryum geçirmiş olmanın yine, alkol bağımlılığını kabullenmede ve ayık kalma motivasyonunda etkili olduğu ileri sürülebilir. (Tablo 18)

Birinci derece akrabalarda alkol kullanımı sorunları olması açısından, birinci ve ikinci grubun oranları birbirine yakın görünmektedir (sırasıyla % 46 ve % 52), ancak ikinci derece akrabalarındaki alkol kullanım sorunları oranına bakıldığında, iki gruptaki değerlerin farklı olduğu göze çarpmaktadır (sırasıyla % 52 ve % 24). Alkol yoksunluğu yaşamış olma açısından her iki grup benzeşmektedir. (Tablo 19, 20, 21, 22)

İlk grupta gündüz alkol alımı, hastaların % 75'inde izlenirken, ikinci grupta gündüz alkol alımı olan bireylerin oranı % 90 bulunmuştur. Benzer şekilde, gündüz alımının olması, alkol bağımlılığını kabullenme ve tedavi motivasyonunda etkili olmuş olabilir. (Tablo 23).

Alkol kullanımına ilişkin ölçümler açısından her iki grup incelendiğinde, aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

İlk grup ortalama 25.6 yıl (sd 7.9), ikinci grup ortalama 22.4 yıl (sd 6.7) aktif alkol kullanmıştır. Aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak grupların yaş ortalamalarının eşit, ikinci grubun üyelerinin de ortalama 76.9 aydır (sd 50) ayık olduğu göz önüne alındığında, ilk grubun alkol kullanım süresinin daha uzun olacağı düşünülebilir (Tablo 24).

Günlük alkol alım miktarına bakıldığında, ilk ve ikinci grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yine gündüz alkol kullanma süresine bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki değişken açısından, ikinci grubun ortalamaları (sırasıyla günlük alkol alımı birinci grup için günde 10.2 standart içki (sd 3.8), ikinci grup için günde 12.9 standart içki (sd 6.1), gündüz alkol kullanma süresi ilk grup için ortalama 38.5 ay (sd 52.8), ikinci grup için ortalama 78.8 ay (sd 71.4), birinci gruba göre daha yüksektir. Bağımlılığın ağırlığı, hem sorunun kabulünde, hem de motivasyonda önemli bir rol oynamaktadır (Tablo 24).

Yatış sayısı ve alkol bırakma girişim sayısı açısından 2 grup arasında anlamlı bir fark bulunamazken, alkole başlangıç yaşı açısından iki grup arasında önemli farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). 2. grubun alkole başlama yaşı ortalama 16.2 (sd 3.0) iken, 1. grubun alkole başlama yaşı ortalama 18.4 (sd 5.3) bulunmuştur; ikinci gruptaki bireyler, alkole daha erken yaşlarda başlamışlardır (Tablo 24).

Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Her üç grup, bağımlı değişkenler açısından karşılaştırıldığında çıkan sonuçlar aşağıda anlatıldığı gibidir:

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulanması sonucu alınan puanlar açısından, her 3 grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.01$). İlk grubun HDÖ puanı ortalaması 9.2 (sd 6.0), ikinci grubun HDÖ puanı ortalaması 4.8 (sd 4.3), kontrol grubunun HDÖ puanı ortalaması 1.2 (sd 1.9) bulunmuştur.

Grupların kendi içlerinde HDÖ puanlarına göre sınıflama yapıldığında (0-7: depresyon yok, 8-17: orta derecede depresyon, 18 ve üstü: ağır depresyon); ilk gruptaki bireylerin % 12'sinde klinik düzeyde depresyon olduğu saptanmış, % 36'sında depresyon görülmemiştir. Bu sonuçlar, klasik bilgiler ve literatür bilgileriyle uyumludur (6,14).

En az bir yıllık ayıklığı olan bireylerde ağır depresyona rastlanmamış, % 32'sinde orta düzeyde depresyon saptanmış, % 68'inde depresyon görülmemiştir. Kontrol grubunda ise 1 kişide (% 4) orta derecede depresyon saptanmıştır.

Her 3 grup için tüm bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 25,26 ve 27'de verilmiştir.

MMPI alt ölçekleri açısından 3 grup karşılaştırıldığında, histeri, psikopatik sapma, masküinite-femininite, paranoya, mani alt ölçeklerinde farklılık görülmemiş, ancak

hipokondri, psikasteni, şizofreni ($p<0.01$) ve depresyon alt ölçeği ($p<0.05$) açısından birinci grup ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. İlk iki grup ile kontrol grubu arasında ise sosyal içe dönüklük açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). Son bulgu, her iki grupta sosyal içe dönüklüğün, kontrol grubuna kıyasla önemli derecede artmış olduğunu göstermesi açısından dikkate değerdir. Bu durum, alkole yatkınlığı olan kişilik özellikleri hakkında fikir verici olabileceği gibi, tersine alkol kullanımı başlamadan önce işlevselliği iyi düzeyde olan kişilerin, uzun yıllar alkol kullanımı sonrasında, sosyal açıdan geri çekilmiş, dolayısıyla başa çıkma becerileri azalmış bireyler haline gelebildiğini de gösteriyor olabilir (1,6,22,33,34,35,37,57) (Tablo 28).

3 grup, stresle başa çıkma ölçeğinin alt faktörleri açısından karşılaştırıldığında (problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve dolaylı başa çıkma), aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 28)

3 grup arasında problem çözme envanterinin alt ölçeklerine göre yapılan karşılaştırmada, problem çözme yeteneğine güven ve yaklaşma-kaçınma yaklaşımları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Larson ve arkadaşlarının (1989) alkolik bir popülasyonda problem çözme becerileri algısını inceledikleri bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (43). Ancak kişisel kontrol ölçeğinde en az bir yıl ayık olan (2. grup) ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), en az bir yıl ayıkların kişisel kontrol düzeylerini daha düşük algıladıkları görülmüştür. Bu durum, uzun süredir ayık olan bireylerin, tedavi süresince vurgulanan, alkol üzerindeki kontrollerinin yetersiz olduğu bilgisini özümsemeleri ile ilgili olabilir. Dolayısıyla, bu bireylerin artmış farkındalıklarını yansıtır olabilir. Nitekim, alkole karşı zayıf olma, alerjik olma, alkol alımı üzerindeki kontrolün olmaması gibi vurgular, hastalık modelinde önde gelen vurgulardır (1,6) (Tablo 28).

Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük örneğine göre (RÖGÖ) yapılan karşılaştırmalarda, yeterli olma ve kendini yatıştırma, ağrı denetimi, erteleme, yardım arama, iyiye yorma, esnek planlama ve denetleyici arama ölçekleri açısından her 3 grup arasında fark bulunamamıştır. Planlı davranma ölçeğinde en az bir yıl ayık olan bireyler (2. grup), yeni ayıklar ve kontrollere oranla anlamlı derecede düşük puan almışlardır ($p<0.01$). Yine dürtü denetimi ve planlı davranmada 2. grup, diğer iki gruba oranla anlamlı derecede düşük puan almıştır ($p<0.01$). Benzer şekilde, dikkati yönlendirme alt ölçeğinde 2. grup, diğer iki gruba oranla anlamlı derecede düşük puan almıştır ($p<0.01$). Bu bulgular, beklentilerimizle uyumlu değildir, bunda birinci gruptaki bireylerin, kendilerini olduklarından daha iyi gösterme çabaları rol oynamış olabilir. Ruh hali denetimi alt ölçeğinde, 1. ve 2. grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$), 1. ve 2. grup bu ölçekten daha düşük puanlar almışlardır. Bu bulgu, hepsi de tedavi deneyimi olan bu hastaların, alkol bağımlılığında kendini denetleme mekanizmalarında bir yetersizlik olduğu bilgisini kazanmış olmaları ve bunun farkındalıkları ile açıklanabilir. İstenmeyen düşüncelerin denetimi alt ölçeğinde, yine ilk iki grup ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$), ilk iki grubun daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bu bulgu da geçmişte alkol bağımlılığı olan ve halen alkol kullanımı olan bireylerin, ayık kalma çabalarını ve bunun için sağlamaya çalıştıkları denetimi yansıtır olabilir (Tablo 28)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BDÖ), sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKE) ve Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ) puanları açısından, her 3 grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 28).

Alkol Almaya İlişkin Değişkenlerle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiler:

Birinci grupta (yeni ayıklar) bağımlı değişkenlerin alkol kullanımına ilişkin verilerle sahip oldukları ilişkiler incelendiğinde alkole başlama yaşı yükseldikçe (geç yaşlarda alkol alımının başlaması), Hamilton ve Beck depresyon puanlarının azaldığı görülmüştür (Tablo 29). Bireyler ne kadar erken yaşta alkol almaya başarlarsa, depresyon görülme oranı da o kadar artmaktadır. Kısmen, alkolün etkilerine bağlı, sekonder depresyon gelişimi ile ilgili olabilir gibi görünse de, değerlendirmelerin yoksunluk dönemi geçtikten, dolayısıyla alkol kullanımına bağlı depresif duygudurum olasılığı dışlandıktan sonra yapıldığı göz önüne alındığında, bu durumda başka faktörlerin rol oynadığı söylenebilir. Her ne kadar değerlendirmeler, yoksunluk dönemi geçtikten ve fiziksel durum stabilize olduktan sonra yapıldı ise de uzamış yoksunluğu da göz önünde bulundurmak gerekir. Erken yaşta alkol kullanımının başlaması, kişinin başa çıkma mekanizmalarını kullanmasını, daha adaptif başa çıkma yolları geliştirmesini engeller, alkol kullanımı başa çıkma yolu olarak kullanılmaya başlayıp, olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaya başladığında, depresyona da uygun bir zemin oluşmaya başlar. Yukarıdaki bulgular da, böyle bir durumu yansıtıyor olabilir (1,2).

Günlük alkol kullanma miktarı ile depresyon puanları arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Bu bulgu da alkolün başlıca başa çıkma yolu olarak kullanıldıkça, kullanımının ve dolayısı ile miktarının arttığını, ve yukarıda açıklanan biçimde depresyona uygun bir zemin hazırladığını gösterebilir (Tablo 29).

Başlangıç yaşı arttıkça, daha adaptif bir mekanizma olan problem odaklı başa çıkmanın da arttığı gözlenmiştir. Literatürde, Cloninger'in Tip I - Tip II alkolizm sınıflamasında, temel belirleyici olarak alkole başlama yaşının en önemli gösterge olduğuna dair veriler vardır. Tip II alkolizm tanımına uyan bireyler daha geç yaşlarda

alkole başlayan, genetik yüklülüğü daha az olan, eşlik eden kişilik patolojisinin daha nadir görüldüğü bireylerdir, dolayısıyla bu tür bireylerde daha adaptif başa çıkma mekanizmalarının kullanıldığı, prognozun daha olumlu olduğu bildirilmektedir. Bizim bulgularımız da, literatürdeki bu bilgiyi destekler yönde, alkole daha geç başlayan bireylerin, daha adaptif bir mekanizma olan problem odaklı başa çıkmayı öncelikli kullandıklarını düşündürmektedir (Tablo 29).

Başlangıç yaşı arttıkça, problem çözme envanterinin yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol alt ölçeklerinden alınan puanlar düşmektedir, dolayısıyla daha geç alkol alımına başlayan bireylerin, kişisel kontrollerini daha az sağlayabildiklerini düşündürmektedir. Eşlik eden kişilik patolojisinin az olması, farkındalığın daha yüksek olması bu bulguyu açıklayabilir (Tablo 29).

Başlangıç yaşı arttıkça, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Örneği'nin planlı davranma, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi, yeterli olma, ağrı denetimi, esnek planlama ve denetleyici arama alt ölçeklerinden alınan puanlar artmaktadır (Tablo 29).

Dolayısıyla daha geç yaşta alkol kullanımına başlayan, yani Tip II alkolizme yakın duran bireylerin kendilerini kontrol etme, planlı davranabilme yetilerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu bulgular, birçok araştırma tarafından da desteklenmektedir (20,24,37).

Alkol kullanım süresi arttıkça, kişisel kontrole olan inanç azalmaktadır, alkol alımı üzerindeki kontrolün giderek daha da zorlaşması, böyle bir inanç yitimini de beraber getirmektedir. Ancak alkol kullanım süresi arttıkça, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin motivasyon kaybı puanı azalmaktadır, yani süre arttıkça, kişinin motivasyonu da

artmaktadır. Alkol bağımlılığının kabulü, süre uzadıkça olumsuz sonuçların artması, bireyin farkındalığının artması, böyle bir motivasyon artışını açıklayabilir (Tablo 29).

Günlük kullanılan alkol miktarı arttıkça, depresyon artmaktadır, problem odaklı başa çıkma yönelimi azalmakta, planlı davranma, yeterli olma, ağrı denetimi, iyiye yorma ölçeklerinden alınan puanlar azalmaktadır. Problem çözme envanterinin yaklaşma-kaçınma alt ölçeğinden alınan puanlar ise artmaktadır. Dolayısıyla alkol tüketim miktarı arttıkça, adaptif başa çıkma mekanizmaları giderek daha az kullanılmaktadır (Tablo 29).

Alkol miktarı arttıkça, BUÖ'nin "umut" alt ölçeğinden alınan puanlar artmakta, yani bireylerin umutsuzlukları artmaktadır. Gündüz alkol alma süresi ile BUÖ'nün motivasyon kaybı alt ölçeği arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır. Gündüz alkol alım süresi arttıkça, motivasyon da artmaktadır. Bu da benzer şekilde, olumsuz sonuçların ve farkındalığın artması ile ilgili olabilir (Tablo 29).

İlk grupta, alkol kullanımına ilişkin verilerle Rotter'in İç-Dış kontrol Odağı Ölçeği puanları arasında ise, anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Tablo 29).

En Az Bir Yıl Ayık Olan Grupta (2. Grup) Alkol Kullanımına İlişkin Verilerle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Bu grupta başlangıç yaşı ile, yalnızca MMPI'nin psikopatik sapma ölçeği (Pd) arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Kişinin alkole başlama yaşı arttıkça, psikopatik sapma ölçeği puanları (antisosyal davranışı gösterir) azalmaktadır (Tablo 30). Bu bulgu, Cloninger'in Tip I - Tip II ayrımı ile uyumludur. Tip II alkolizm tanısı alan bireylerde, başlangıç yaşı daha geç ve eşlik eden antisosyal kişilik özellikleri daha azdır.

Toplam alkol kullanım süresi ile MMPI'nin sosyal içe dönüklük alt ölçeği arasında anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$), kullanım süresi arttıkça sosyal içe

dönüklüğün azaldığı gözlenmiştir (Tablo 30). Ancak bu gruptaki bireylerin ayakta tedavi deneyimlerinin uzunluğu göz önüne alındığında, bu dönemdeki deneyimlerinin ve hem tedavi ekibi, hem de birbirleriyle etkileşimlerinin sosyal içe dönüklüğü azaltmada rolü olduğu öne sürülebilir.

Aynı grupta günlük alkol alım miktarı ile Problem Çözme Envanterinin (PÇE), problem çözme yeteneğine olan güven alt ölçeğinden alınan puanları arasında anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Alkol alım miktarı arttıkça, bireyin problem çözme yeteneğine olan güveninin azaldığı bulunmuştur (Tablo 30). Alkol bağımlılığının bilişsel davranışçı teorilerine göre, alkol alımı bir başa çıkma mekanizması olarak ne kadar sık ve yoğun kullanılıyorsa, kişinin adaptif başa çıkma mekanizmaları da o kadar geriler. En az bir yıllık ayıklığı olan bireylerde, uzun süre tedavi süreci boyunca, bu bilginin ham bir şekilde edinildiği, dolayısıyla başa çıkma yollarının yetersizliği konusunda bir içgörü geliştiği öne sürülebilir. Nitekim yeni ayık gruptaki bireylerde, yukarıdaki gibi bir korelasyonun olmayışı da, bu içgörü eksikliği ile açıklanabilir.

Bu grupta, RÖGÖ'nün yardım arama ve dikkati yönlendirme alt ölçeklerinin puanları ile günlük alkol alım miktarı arasında anlamlı pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Dolayısıyla bağımlılığın şiddeti arttıkça, yardım arama davranışı ve dikkati belli bir konuya yönlendirme artmaktadır. Ancak bu durum, bu bireylerin uzun dönem tedavi sürecinde olmaları ve yardım aramayı öğrenmiş olmaları ile de açıklanabilir (Tablo 30).

Bu gruptaki önemli bir ilişki de günlük alkol alım miktarı ile Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği arasındaki anlamlı negatif korelasyondur ($p<0.05$). Alkol alım miktarı arttıkça, iç kontrol odağını kullanma eğilimi de artmaktadır (Tablo 30). Bireyin, alkol alımı arttıkça, alkol alımı üzerindeki kontrolünü kaybettiğinin farkına varması, alkol

alımının kontrolünün dış faktörlerce (şans, kader, olumsuz koşullar) değil de kendisi tarafından belirlendiğini fark etmesine yol açıyor olabilir.

Tablo 31’de en az bir yıl ayıklığı olan grubun (2. grup) ayıklık süresi ile diğer bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bu grupta ayıklık süresi ile , Hamilton Depresyon Ölçeğinden (HDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği’nden (BDÖ) alınan puanlar arasında anlamlı negatif bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$). Ayıklık süresi arttıkça, depresyon da azalmaktadır. Alkol alımı primer başa çıkma mekanizması olmaktan çıkıp, yerine diğer adaptif mekanizmalar konmaya başladıkça, ve alkol alımının getirdiği olumsuz sonuçlar azalmaya başladıkça, depresyonun düzelmesi beklenen bir durumdur.

Ayıklık süresi arttıkça, MMPI alt ölçeklerinden psikopatik sapmada alınan puanlar da anlamlı bir şekilde düşmektedir. Bu bulgu, antisosyal kişilik bozukluğu ile alkol bağımlılığı arasındaki ilişki tartışmasına önemli bir yaklaşım getirmektedir. Eskiden beri, antisosyal bireylerin mi alkol alımına yatkın olduğu, yoksa alkol alımının mı antisosyal kişilik özelliklerine yol açtığı tartışma konusudur. DeJong ve arkadaşları (1993) yaptıkları bir araştırmada, birçok bağımlının tedavi sürecinde gerileyen, ancak madde kullanımına dönüş olduğunda tekrarlayan kronik bir davranışsal patern sergilediklerini gözlemlemişler ve bu davranışsal paterni “Junkie Sendromu” olarak tanımlamışlardır. Bu patern yalan söyleme, suça yönelik davranışlar, manipülasyon, sorumluluğun azalması, ben-merkezcilik, grandiyosite (üstünlük duygusu), abartılı duygu dışavurumu, gerçek duygusal paylaşımın azlığı, ve duygusal durumlar arasında hızlı kaymalar gibi özelliklerle tanımlıdır. Bağımlılığın sonucu veya epifenomeni olan bu durumu, önceden varolan kişilik patolojisinin özelliklerinden ayırmak hemen hemen imkansızdır. Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğunun

birbirlerini etkileyerek, içiçe girmiş durumlar olduğu da öne sürülmüştür. Bizim araştırmamızdaki bulgu, “Junkie Sendromu” varlığını desteklemektedir (22,28)

Ayıklık süresi arttıkça, problem odaklı başa çıkma mekanizmalarının kullanımının da anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir ($p<0.05$). Bu da hem klasik kitaplarda, hem de birçok araştırmada dile getirilen, alkol kullanımı azaldıkça veya ayıklık sağlandığında, adaptif başa çıkma mekanizmalarının kullanımının arttığını bildiren bulgularla uyumludur (24,33,35,37,39,42).

Ayıklık süresi arttıkça, kişisel kontrole olan güvenin anlamlı bir şekilde azaldığı görülmektedir ($p<0.05$) bu durum, bu gruptaki bireylerin uzun süre tedavide kalmalarının alkol kullanımı üzerindeki kontrollerinin azlığını kabul etmeleri ve farkındalık düzeylerinin artması ile açıklanabilir.

Yine bir önceki bulguyla uyumlu olarak, ayıklık süresi arttıkça, Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği’nin (RÖGÖ) ruhsal denetim, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi ve iyiye yorma alt ölçeklerinin puanlarının arttığı görülmektedir ($p<0.5$), bu da adaptif mekanizmaların, özellikle kişinin kendi davranışı üzerindeki kontrole ait mekanizmaların kullanımının arttığını gösterir.

Aynı grupta, ayıklık süresi ile Sürekli ve Durumluk Kaygı Envanteri puanları arasında anlamlı negatif bir korelasyon gözlenmiştir ($p<0.05$). Ayıklık süresi arttıkça, hem durumluk hem de sürekli kaygı azalmaktadır (50).

Son olarak, 2. gruptaki bireylerde, Adsız Alkolikler (AA) grubuna devam etme ve etmemenin yarattığı farklılıklara bakılmıştır (Tablo 32).

AA grubuna devam eden bireylerde MMPI depresyon alt ölçeği puanları anlamlı derecede düşük bulunmuş, yine MMPI sosyal içe dönüklük alt ölçeği puanlarının da anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, AA’ya devam edenlerin,

daha dışa dönük ve yardım aramaya yatkın bireyler olduklarını gösterebileceği gibi, AA'ya devam etmenin sonucunda, sosyal içe dönüklüğün azaldığını da gösteriyor olabilir. Ya da tam tersine, AA'ya devam etmeyen bireylerin, sosyal içe dönüklükleri daha fazla olduğu için böyle bir gruba katılmadıklarını, veya AA ortamında bulunmadıkları için, daha dışa dönük bir davranış paterni göstermeyi öğrenmediklerini de sergiliyor olabilir.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin (SBCÖ) dolaylı başa çıkma alt ölçeğinden, AA'ya devam etmeyen bireyler anlamlı derecede daha düşük puanlar almışlardır ($p<0.05$). Dolayısıyla bu sonuç, yardım arama, destek arama gibi, bizim kültürümüzde adaptif kabul edilebilecek bir başa çıkma mekanizmasını daha az kullandıklarını göstermektedir. Bu bulguyla, biraz önceki varsayımlar desteklenmektedir (80).

AA'ya devam etmeyen bireylerde dürtü denetiminin daha az kullanıldığı ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Bu durum adaptif mekanizmayı, AA yoluyla öğrenmekten mahrum kalmaları ile açıklanabilir.

Önemli bulgulardan birisi de, daha önceki karşılaştırmalarda diğer değişkenlerle pek az ilişkisi saptanmış iç-dış kontrol odağı inancı ile ilgilidir. AA'ya devam etmeyen bireylerde, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği'nden (RİDKOÖ) alınan puanlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da, AA'ya devam etmeyen bireylerde, dış kontrol odağına inancın daha yüksek olmasıyla ilgilidir. Dolayısıyla bu gruptaki bireyler, şans, kader, olumsuz faktörler gibi dış faktörlere daha çok inanmaktadırlar. Oysa AA'ya devam eden bireylerde, AA'da kişinin kendi kontrol ve denetiminin, yaşananlardan kendisinin sorumlu olduğu öğretisinin işlenmesine bağlı olarak, iç kontrol odağına inancın arttığı görülmektedir. AA'nın "üstün güç" inancına ve tinsel vurgularına bakıldığında, çelişkili gibi görünmekte, ancak AA'daki paylaşımların, geri bildirimlerin, kişinin istencinin önemli olduğu ve kontrolünü sağlayabileceği

vurgularının, tinsel vurgularından önde geldiğini, bu sonuç bize göstermektedir. Literatürdeki birçok çalışma da, bizim sonucumuza benzer biçimde, AA'ya devam eden bireylerde iç kontrol odağına inancın arttığını ortaya koymaktadır (67,70,71,72,74,81).

Son olarak, AA'ya devam etmeyen bireylerde, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin (BUÖ) geleceğe dair umutsuzluk alt ölçeğinden alınan puanların anlamlı derecede yüksek olması ($p<0.05$), bu bireylerde umutsuzluğun artmış olduğunu göstermektedir. Literatürde AA'ya veya benzeri kendine-yardım gruplarına devam eden bireylerde prognozun daha olumlu olduğuna dair bulgulara bakıldığında, AA'nın umut aşılacağı rolünün bu bireylerdeki tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir (1,63,64,65,66,67,70,73,74,81).

SONUÇ

Alkol bağımlılığında bilişsel-davranışçı tedavi modelleri yaygın olarak kullanılmakla birlikte, etkinliklerine ve prognozu etkileme güçlerine yönelik literatürde çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Son dönemde öne çıkan başa çıkma becerileri terapileri ise, üzerinde çalışma yapılmamış bir alandır.

Biz araştırmamızda yoksunluk dönemini yeni atlatmış alkol bağımlıları, en az bir yıldır ayık olan alkol bağımlıları ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu olmak üzere 3 grup arasında kesitsel bir değerlendirme yaparak başa çıkma becerileri arasında bir fark olup olmadığını saptamayı amaçladı. Bulgular uyuma yönelik olmayan başa çıkma mekanizmalarının alkol bağımlısı grupta kontrol grubuna göre daha yoğun olarak kullanıldığını, ancak ayıklık süresi arttıkça bunların uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarıyla yer değiştirdiğini göstermiştir. En az bir yıl ayık olan grupta kişisel kontrole olan güvenin azlığı, ancak ayıklık süresi uzadıkça, bu güvenin artış gösterdiği

bulgusu çarpıcıdır. Yine bu grupta ayıklık süresi arttıkça daha uyuma yönelik bir mekanizma olarak kabul edilen problem odaklı başa çıkmanın arttığı gözlenmiştir. Özellikle Adsız Alkolikler grubuna devam eden bireylerde depresyonun düşük olması, sosyal içe dönüklüğün azalması, yardım arama davranışında ve dürtü denetiminde artış olması, iç kontrol odağına yönelik inancın artması ve umudun artması, AA'nın bağımlı bireylerin tedavisinde önemli bir rol üstlendiğini göstermesi açısından çarpıcıdır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Seçilmiş bir grup üzerinde yapılmıştır (hastalar üniversite hastanesine başvuran, dolayısıyla halen çalışmakta olan, belli bir sosyokültürel ve ekonomik düzeye sahip, sosyal güvencesi olan bireylerden oluşmuştur). Denek sayısı kısıtlıdır. Cinsiyet farklılığına bakılmamıştır (başvuran kadın hasta sayısının az olması nedeni ile çalışma yalnızca erkek hastalarda yapılmıştır). Kesitsel bir değerlendirme yapılmış ve alkol bağımlılığı olan kişilerin longitudinal bir değerlendirmeye alınmamış olması ise çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır. İleride yapılacak çalışmalarda, bağımlılık ve remisyon dönemindeki bireyler değerlendirilirken daha sağlıklı bir sonuca ulaşılabilmesi için, aynı bireylerin uzun dönem izlenerek ölçümlerin aynı bireyler üzerinde yapılması önerilmektedir.

Bu bulgulardan yola çıkılarak hastalık modelini temel alan tedavi yöntemlerine, bilişsel-davranışçı tedavilerin özellikle de başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik tedavilerin eklenmesi umut verici görünmektedir.

ÖZET

Bu çalışmada alkol bağımlılığı olan bireylerde başa çıkma mekanizmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla Ocak-Şubat 2001 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Tedavi Ünitesi Biriminde tedavi gören 33 hasta, en az bir yıldır ayık olan ve ayaktan tedavilere devam etmekte olan 32 hasta ile kontrol grubu olarak sağlıklı gönüllülerden oluşan 24 denek araştırmaya alınmıştır. İlk gruptaki hastaların en az 3 haftalık yoksunluk dönemini atlatmaları beklenmiş ve tüm hastalar ve deneklere Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Folkman ve Lazarus'un Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmış, her denekle bir psikiyatrist tarafından demografik bilgileri almaya yönelik görüşme yapılmıştır. 3 grup arasında ve alkolle bağımlı verilerle bağımlı değişkenler arasında korelasyon analizleri yapılmış, kontrol grubu ve en az bir yıldır ayık olan grubun daha uyuma yönelik başa çıkma mekanizmaları kullandığı sonucuna varılmıştır. Alkole başlama yaşı, günlük alkol kullanım miktarı, toplam alkol kullanım süresi ve gündüz alkol alım süresinin, ilk 2 grupta, başa çıkma mekanizmalarını ve başa çıkma becerilerini algılamayı etkilediği gözlenmiştir. AA'ya devam eden bireylerde bizim kültürümüzde adaptif bir mekanizma olan, dolaylı başa çıkmanın (yardım arama) daha çok kullanıldığı ve umudun arttığı ortaya konulmuştur.

Bu bulgulardan yola çıkılarak alkol bağımlılarında başa çıkma becerileri eğitiminin varolan tedavi yöntemlerine ek olarak uzun vadeli sonuçları olumlu etkileyebileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. McCrady B S Epstein E E (1999) Addictions : A Comprehensive Guidebook. New York, Oxford Universty Press.
2. Friedman L S, Fleming N F, Roberts D H, Hyman S E (Ed) (1996) Source Book of Substance Abuse and Addiction. Williams & Wilkins, Maryland.
3. Milkman H B Sederer LI (1990) Alkolizm ve Madde Bağımlılığında Tedavi Seçenekleri (Çev. Y Doğan, A Özden, M İzmir) Lexington Books, New York.
4. Doğan YB Değişik Modeller Çerçevesinde Alkol Bağımlılığı.
5. Schivelbusch W (2000) Keyif Verici Maddelerin Tarihi (Çev. Z A Yilmazer) Dost Kitabevi Yayınları, Ankara.
6. Ceylan M E, Göka E (1999) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 2. Cilt. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (1994). Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C. (Çev E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
8. Boyacıoğlu G (1998) Bilişsel-Kişilerarası Yaklaşım, Değerlendirme ve Tedavi. 2. Baskı. I Savaşır, G. Boyacıoğlu, E. Kabakçı (Ed). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
9. Savaşır I, Şahin NH (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
10. Aydemir Ö, Köroğlu E (2000) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
11. Öner N (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

12. Güneş H (2000) Gender Differences in Distress Levels, Coping Strategies, Stress Related Growth and Factors Associated With Psychological Distress and Perceived Growth Following The 1999 Marmara Earthquake. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
13. Feldman R S (1996) Understanding Psychology. Fourth Edition. Mc Graw-Hill Inc. New York.
14. Schuckit M A (1990) Drug and Alcohol Abuse, 3. Baskı. Plenum Publishing Corporation, New York.
15. Westen D (1996) Psychology: Mind, Brain and Culture. John Wiley & Sons Inc. New York.
16. Miller N S, Gold M S (1991) Alcohol. Plenum Publishing Corporation, New York.
17. Gençöz T, Hierarchical Dimensions of Coping Styles.
18. Moser E, Arris M (1996) The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91 (8): 1101-1113.
19. Monti M ve ark. (1993) Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6): 1011-1019.
20. Sjöberg L, Samsonowitz V (1985). Coping strategies and relapse in alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 15: 283-301.
21. Williams G, Kleinfelter J (1989) Perceived problem solving skills and drinking patterns among college students psychological reports, 65: 1235-1244.
22. DeJong Cor A J ve ark. (1993) Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *comprehensive psychiatry*, 34 (2): 87-94.

23. Herrick M, Elliott R (2000) Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (1): 75-92.
24. Finney W, Moss H, Humptreys K (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: II. Linking proximal outcomes of 12-Step and cognitive behavioral treatment to substance use outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (3): 537-544.
25. Neff J A, Hoppe S K (1992) Acculturation and drinking patterns among U.S. Anglos, Blacks and Mexican Americans *Alcohol and Alcoholism*, 27 (3): 293-308.
26. Slawkin S L, Heimberg R G, Winning C d ve ark. (1992) Personal and parental problem drinking effects on problem-solving performance and self-appraisal. *Addictive Behaviors*, 17: 191-199.
27. Beatty W W, Katzung V W, Nixon S J ve ark. (1992). Problem-solving deficits in alcoholics evidence from the California Card Sorting Test. *Journal of Studies on Alcohol*, 54: 687-692.
28. Kuruoğlu A Ç, Arıkan Z, Vural G ve ark. (1996) Single photon emission computerised tomography in chronic alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 169: 348-354.
29. Roy A, Lamparski D, DeJong J ve ark. (1990) Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147: 761-765.
30. Conte H R, Plutchik R, Picard S ve ark. (1991) Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics *Journal of Studies on Alcohol*, 52: 26-32.

31. Ojehagen A, Smith G J W (1993) Defense mechanisms in alcoholics attending outpatient treatment: Results from the MCT-test (Meta-Contrast Technique). *Scandinavian Journal of Psychology*, 34: 282-288.
32. Endler N S, Parker J D A (1990) Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 844-854.
33. Holahan C J, Moos R H, Holahan C K ve ark. (2001) Drinking to cope, Emotional Distress and Alcohol Use and Abuse: A Ten-Year Model *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 190-198.
34. Cooper M L, Russell M, Skinner J B ve ark. (1992) Stress and alcohol use : Moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 139-152.
35. Watten R G (1996) Coping styles in abstainers from alcohol *Psychopathology*, 29: 340-346.
36. Tapert S F; Brown S A, Myers M G ve ark. (1999) The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 500-508.
37. Johnson V, Pandina R J (1993). A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3): 696-702.
38. Slavkin S L, Heimberg R G, Winning C D ve ark. (1992). Personal and parental problem drinking: Effects on problem-solving performance and self-appraisal. *Addictive Behaviors*, 17: 191-199.
39. Noone M, Dua J, Markham R (1999). Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24 (5): 687-693.

40. Russell D W, Booth B, Reed D ve ark. (1997). Personality, social networks, and perceived social support among lcoholics: A structural equation analysis. *Journal of Personalty* 65 (3): 649-692.
41. Hops H, Tildesley E, Lichtenstein E ve ark. (1990). Parent-adolescent problem-solving interactions and drug-use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16 (384): 239-258.
42. Litman G K, Stapleton J, Oppenheim A N ve ark. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78: 269-276.
43. Larson L M, Heppner P P (1989). Problem solving appraisal in an alcoholic population. *Journal of Courseing Psychology*, 36 (1): 73-78.
44. Wright D M, Heppner P P (1991). coping among nonclinical college-age children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (4): 465-472.
45. Neidigh L W, Gesten E L (1988). Coping with the temptation to drink. *Addictive Behaviors*, 13 (1): 1-9.
46. Intagliate J C (1978). Increeing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (3): 489-498.
47. Finn P R, Sharkansky E J , Brandt K M ve ark. (2002). The effects of familial risk, personality and expectancies on alcohol use and abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 109 (1): 122-133.
48. Marchiori E, Loschi S, Marconi P L ve ark. (1999). Dependence, locus of control, parental bonding and personality disorders: A study in alcoholics and controls. *Alcohol and Alcoholism*, 34 (3): 396-401.

49. Endler N S, Parker J D A, Butcher J N (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (4): 523-527.
50. Wiers R W, Sergeant J A, Qunning W B (1994). Psychological mechanisms of enhanced risk of addiction in children of alcoholics: A dual pathway. *Acta Paediatrica Suppl.*, 404: 9-13.
51. Rohsenow D J, Monti P M, Zwick W R ve ark. (1989). Irrational beliefs, urges to drink and drinking among alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 50: 461-464.
52. Conte H R, plutchik R, Picard S ve ark. (1991). Sex difference personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52: 26-32.
53. Schuckit M A, Irwin M, Brown S A (1990). The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51: 34-41.
54. Duffy J D (1995) The neurology of alcoholic denial: Implications for assessment and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40: 257-263.
55. DeCourville N H, Sadava S W (1997). The structure of problem drinking in adulthood: A confirmatory approach. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 146-154.
56. McGue M, Slutske W, Taylor J ve ark. (1997). Personality and substance use disorders: I. Effects of gender and alcoholism subtype. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21: 513-520.
57. Neve R J M, Lemmens P H, Drop M J (1997). Drinking careers of older male alcoholics in treatment as compared to younger alcoholics and to older social drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 303-311.
58. Hussong A M, Chassin L (1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: Testing protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 272-279.

59. Monti P M, Binkoff J A, Abrams D B ve ark. (1987). Reactivity of alcoholics and nonalcoholics to drinking cues. *Journal of Abnormal Psychology*, 96: 122-126.
60. Dhee-Perot P, Loas G, Fremaux Due ve ark. (1996) Locus of control in alcoholics: comparative study of 64 alcoholics vs 50 hospitalized patients and 50 normal controls. *Encephale* 22: 443-9.
61. Noone M, Dua J, Markham R (1999) Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors* 24: 687-93.
62. Waisberg J L, Porter J E (1994) Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology* 33: 49-63.
63. Timko C, Moos R H, Finney J W ve ark. (2000) Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies In Alcohol*, 61: 529-40.
64. Humphreys K, Moos R (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health-care ? A quasi-experimental study. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 25: 711-6.
65. Watson C G, Hancock M, Gearhart L P ve ark. (1997). A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nonattenders of Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 53: 209-14.
66. Tonigan J S, Toscova R, Miller W R (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57: 65-72.
67. Morgenstern J, Labouvie E, McCrady B S ve ark. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 768-77.

68. Morgenstern J, Frey R M, McCrady B S ve ark (1996). Examining mediators of change in traditional chemical dependency treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 57: 53-64.
69. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clinical and Experimental Research* 1993; 17: 1130-45.
70. Godlaski T M, Leukefeld C, Cloud R (1997). Recovery: with and without self-help. *Substance Use and Misuse*, 32: 621-7.
71. Rohsenow D J, O'Leary M R (1978). Locus of control research on alcoholic populations: A review. I. Development, scales and treatment. *International Journal of Addiction*, 13: 55-78.
72. Weissbach T A, Vogler R E, Compton J V (1976) Comments on the relationship between locus of control and alcohol abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 32: 484-6.
73. Beckman L J (1980). An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41: 714-26.
74. Giannetti V J (1981). Alcoholics Anonymous and the recovering alcoholic: an exploratory study 8: 363-70.
75. Huckstadt A (1987) Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics. *Research on Nursing Health*, 10: 23-8.
76. Obitz F W, Oziel L J (1978). Change in general and specific perceived locus of control in alcoholics as a function of treatment exposure. *International Journal of Addiction*, 13: 995-1001.

77. Oziel L J , Obitz F W (1975). Control orientation in alcoholics related to extent of treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36: 158-61.
78. Kivlahan D R, Donovan d M, Walker R D (1983). Predictors of relapse: ýnteraction of drinking-related locus of control and reasons for drinking. *Addictive Behaviors*, 8: 273-6.
79. Conton G, Giannini L, Magni G ve ark. (1988). Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 78: 18-23.
80. Mariano A J, Donovan D M, Walker P S ve ark. (1989). Drinking-related locus of control and the drinking status of urban native Americans. *Journal of Studies on Alcohol*, 50: 331-8.
81. Christo G, Franey C (1995) Drug users spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 38: 51-6.
82. Johnson E E, Nora R M, Tan B ve ark. (1991). Comparison of two locus of control scales in predicting relapse in an alcoholic population. *Perceptual and Motivational Skills*, 72: 43-50.
83. McNeill V N, Gilbert BO (1991). External locus of control in children of alcoholics. *Psychological Reports*, 68: 528-30.
84. Costa L, Bauer L, Kuperman S ve ark. (2000). Frontal P300 decrements, alcohol dependence, and antisocial personality disorder. *Biological Psychiatry*, 47 (12): 1064-71.

85. Keenan JP, Freeman PR, Harrell R (1997). The effects of family history, sobriety length, and drinking history in younger alcoholics on P300 auditory-evoked potentials. *Alcohol and Alcohol* 32 (3): 233-9.
86. Vedeniapin AB, Anokhin AP, Sirevaag E ve ark. (2001). Visual P300 and the self-directedness scale of the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research* (2001) 101 (2): 145-56.
87. Hansenne M (1999). P300 and personality: an investigation with the Cloninger's model. *Biological Psychology* 50 (2):143-55.



EK 1

HASTA BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Doğum yeri
4. Yaşadığı yer: a. Kır b. Kent
5. Eğitimi: a. İlk-orta b. Lise c. Üniversite
6. İşi
7. Medeni durumu: a. Evli b. Boşanmış c. Ayrı yaşıyor d. Bekar
8. Çocuk sayısı
9. Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu: a. İlk b. Ortanca c. Son
10. Toplam kardeş sayısı
11. Ekonomik durum
 - a. Asgari ücretin altında
 - b. Asgari ücret-asgari ücretin iki katına dek
 - c. Asgari ücretin iki katı-asgari ücretin üç katına dek,
 - d. Asgari ücretin üç katı-asgari ücretin dört katına dek,
 - e. Asgari ücretin dört katı veya daha fazla
12. Köken: a. Kır b. Kent c. Kırdan kente göç
13. Aile yapısı: a. Çekirdek b. Kalabalık

ALKOL ALMA ÖYKÜSÜ

1. Başlangıç yaşı: a. 18 yaşın altı b. 18 yaş ve üstü
2. Alkol alma süresi (yıl)
3. Günlük alkol alım miktarı (standart içki)
4. Gündüz alkol alma süresi (ay)
5. Yatış sayısı
6. Alkol bırakma girişim sayısı
7. Önceki deliryum öyküsü

8. En son alkol aldığı tarih

AİLE ÖYKÜSÜ

1. Birinci derece akrabalarda alkol bağımlılığı: a. Var b.Yok
2. İkinci derece akrabalarda alkol bağımlılığı: a. Var b.Yok

BİYOLOJİK SORUNLAR

SOSYAL SORUNLAR

1. Evlilik sorunları: a. Geçmişte yaşanan b. Şimdi
2. Ekonomik ve iş sorunları: a. Geçmişte yaşanan b. Şimdi
3. Yasalarla yaşanan sorunlar
4. Okul sorunları
5. Askerlik sorunları

PSİKİYATRİK SORUNLAR

1. Madde kullanım bozukluğu
2. Anksiyete bozuklukları
3. Duygulanım bozuklukları
4. Psikotik bozukluklar
5. Kişilik bozuklukları
6. Cinsel işlev bozukluğu
7. Uyku bozukluğu
8. Alkol yoksunluk deliryum
9. Kalıcı demans
10. Kalıcı amnestik bozukluk
11. Alkol entoksikasyonu
12. Alkol yoksunluğu
13. Entoksikasyon deliryum
14. Diğerleri

EK 2

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok
1. Sadece soruları yanıtlarken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor.
3. Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama)
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

0. Yok.
1. Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.
2. Geçmişteki hatalar ya da günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.
3. O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor; suçluluk sanrıları var.
4. Suçlayıcı ya da itham edici sesler duyuyor ve/ya da tehdit edici görsel varolanlar görüyor.

3. İNTİHAR

0. Yok.
1. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor.
2. Ölmüş olmayı arzuluyor ya da kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor.

3. İntihar düşünceleri ya da davranışı var.

4. İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).

4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDEKİ UYKUSUZLUK

0. Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.

1. Son üç geceden en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

2. Son üç geceden üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

0. Yok

1. Son üç geceden en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.

2. Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).

6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

0. Yok.

1. Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor.

2. Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

0. Sorun yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivite, hobiler ya da işe duyulan ilginin kaybolması-hasta bunu doğrudan kendisi söyler ya da dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir.
3. Aktivitelere ayrılan zamanda ya da üretkenlikte azalma.Hastane değerlendirilmesinde, eğer en az üç saatini aktivitelere (hastane işi ya da hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.
4. O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON (Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantre olma yeteneğinin bozulması, motor aktivitenin azalması).

0. Normal konuşma ve düşünme.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.
2. Görüşme sırasında açıkca retardasyon gözleniyor.
3. Görüşme yapmakta güçlük çekiliyor.
4. Tam stupor.

9. AJİTASYON

0. Yok.
1. Şüpheli ya da hafif ajitasyon.
2. Eller, saçlar vb. ile oynama.

3. Ayakta dolaşma, sakin oturamama.
4. Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0. Yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylerden kaygı duyma.
3. Yüzde ya da konuşmada belirgin endişe ifadesi.
4. Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:

- Gastrointestinal-ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme.
- Kardiyovasküler-palpasyonlar, baş ağrıları.
- Solunumla ilgili-hiperventilasyon, iç çekme.
- Sık idrara çıkma.
- Terleme

0: Yok 1: Hafif 2: Orta 3: Şiddetli 4: Çok şiddetli

12. SOMATİK SEMPTOMLAR-GASTROİNTESTİNAL

0. Yok.
1. İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişlik.

2. Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmış. Kabızlıktan yakınıyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR-GENEL

0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtta ya da başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.
2. Açıkca ve sürekli yorgun ve tükenmiştir ya da belirgin bir yakınması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar)

0. Yok (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir).
1. Hafif (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır).
2. Şiddetli (Cinsel istek ve zevk açıkca yoktur).

15. HİPOKONDRIAZİS

0. Yok.
1. Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla ilgilidir.
2. Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
3. Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir.
(örn. beyin tümörü, kanser vb.) Ancak sanrısız düzeyde değildir.
4. Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir.

16. KİLO KAYBI

(A ya da B değerlendirmesi yapın).

A. Anamneze göre değerlendirirken:

0. Kilo kaybı yok.
1. Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor ya da sağlık personeline yapılan)

Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.
1. Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.
2. Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı

17. İÇGÖRÜ

0. Depresif ve hasta olduğunun farkında.
1. Hastalığının farkında; fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.
2. Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

TOPLAM PUAN:

0-7: Depresyon yok.

8-17: Hafif depresyon

18 ve üstü: Major depresyon.

EK 3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.
 - a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 - b) Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.
 - a) Gelecekte umutsuz değilim.
 - b) Gelecek konusunda umutsuzum.
 - c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3.
 - a) Kendimi başarısız görmüyorum.
 - b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 - c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 - d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4.
 - a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 - b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.

- c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
- b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
- c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
- d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
- b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
- c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
- b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
- d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
- c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
- d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
- b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.

- c) Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim.
- d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
- d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

EK 4

STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMALAR

Bir birey olarak çeşitli sorunlarla karşılaşılıyor ve bu sorunlarla başa çıkabilmek için çeşitli duygu, düşünce ve davranışlardan yararlanıyor olabilirsiniz.

Sizden istenilen, karşılaştığınız sorunlarla başa çıkabilmek için neler yaptığınızı göz önünde bulundurarak, aşağıdaki maddeleri cevap kağıdı üzerinde işaretlemenizdir. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve cevap formu üzerindeki aynı maddeye ait cevap şıklarından birini daire içine alarak cevabınızı belirtiniz. Başlamadan önce örnek maddeyi incelemeniz yararlı olacaktır.

ÖRNEK:

Madde 4. İyimser olmaya çalışırım.

Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Uygun	Oldukça uygun	Çok uygun			
1	2	3	4	5			
			Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Uygun	Oldukça uygun	Çok uygun
1. Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım.	1	2	3	4	5		
2. Bir sıkıntım olduğunu kimsenin bilmesini istemem.	1	2	3	4	5		
3. Bir mucize olmasını beklerim.	1	2	3	4	5		
4. İyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5		
5. "Bunu da atlarsam sırtım yere gelmez" diye düşünürüm.	1	2	3	4	5		
6. Çevremdeki insanlardan problemi çözmeye bana yardımcı olmalarını beklerim.	1	2	3	4	5		
7. Bazı şeyleri büyütmemeye üzerinde durmamaya çalışırım.	1	2	3	4	5		
8. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5		
9. Bu sıkıntılı dönem bir an önce geçsin isterim.	1	2	3	4	5		
10. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	1	2	3	4	5		
11. Konuyla ilgili olarak başkalarının ne düşündüğünü anlamaya	1	2	3	4	5		

çalışırım.					
12. Problemin kendiliğinden hallolacağına inanırım.	1	2	3	4	5
13. Ne olursa olsun kendimde direnme ve mücadele etme gücü hissederim.	1	2	3	4	5
14. Başkalarının rahatlamama yardımcı olmalarını beklerim.	1	2	3	4	5
15. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
16. Olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
17. Telaşımı belli etmemeye ve sakin olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
18. “Başa gelen çekilir” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
19. Problemin ciddiyetini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.	1	2	3	4	5
21. Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.	1	2	3	4	5
22. Hayatta neyin önemli olduğunu keşfederim.	1	2	3	4	5
23. “Her işte bir hayır vardır” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Sıkıntılı olduğumda her zamankinden fazla uyurum.	1	2	3	4	5
25. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	1	2	3	4	5
26. Dua ederek Allah’dan yardım dilerim.	1	2	3	4	5
27. Olayı yavaşlatmaya ve böylece kararı ertemeleye çalışırım.	1	2	3	4	5
28. Olayla yetinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
29. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
30. İçimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
31. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım.	1	2	3	4	5
32. Sanki bu bir sorun değilmiş gibi davranırım.	1	2	3	4	5
33. Olanlardan kimseye söz etmemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
34. “İş olacağına varır” diye düşünürüm	1	2	3	4	5
35. Neler olabileceğini düşünüp ona göre davranmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
36. İşin içinden çıkamayınca “elimden birşey gelmiyor” der, durumu olduğu gibi kabullenirim.	1	2	3	4	5
37. İlk anda aklıma gelen kararı uygularım.	1	2	3	4	5
38. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım.	1	2	3	4	5
39. Herşeye yeniden başlayacak gücü bulurum.	1	2	3	4	5
40. Problemin çözümü için adak adarım.	1	2	3	4	5
41. Olaylardan olumlu birşey çıkarmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
42. Kırgınlığımı belirtirsem kendimi rahatlamış hissederim.	1	2	3	4	5
43. Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım.	1	2	3	4	5
44. Soruna birkaç farklı çözüm yolu ararım.	1	2	3	4	5
45. Başıma gelenlerin herkesin başına gelebilecek şeyler olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
46. “Olanları keşke değiştirebilseydim” derim.	1	2	3	4	5
47. Aile büyüklerine danışmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
48. Yaşamla ilgili yeni bir inanç geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
49. “Herşeye rağmen elde ettiğim bir kazanç vardır” diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
50. Gururumu koruyup güçlü görünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
51. Bu işin kefareti (bedelini) ödemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
52. Problemi adım adım çözmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
53. Elimden hiç birşeyin gelmeyeceğine inanırım.	1	2	3	4	5
54. Problemin çözümü için bir uzmana danışmanın en iyi yol olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
55. Problemin çözümü için hocaya okunurum.	1	2	3	4	5
56. Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	1	2	3	4	5
57. Bu dertten kurtulayım diye fakire fukaraya sadaka veririm.	1	2	3	4	5
58. Ne yapılacağını planlayıp ona göre davranırım.	1	2	3	4	5
59. Mücadeleden vazgeçerim.	1	2	3	4	5
60. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
61. Olaylar karşısında “kaderim buymuş” derim.	1	2	3	4	5
62. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	1	2	3	4	5

63. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
64. Nazarlık takarak, muska taşıyarak benzer olayların olmaması için önlemler alırım.	1	2	3	4	5
65. Ne olup bittiğini anlayabilmek için sorunu enine boyuna düşünürüm.	1	2	3	4	5
66. "Benim suçum ne" diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
67. "Allah'ın takdiri buymuş" diye kendimi teselli ederim.	1	2	3	4	5
68. Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
69. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
70. Çözüm için kendim birşeyler yapmak istemem.	1	2	3	4	5
71. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
72. Mutlu olmak için başka yollar ararım.	1	2	3	4	5
73. Hakkımı savunabileceğime inanırım.	1	2	3	4	5
74. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.	1	2	3	4	5



EK 5

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorularınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırınız. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?”.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım.
2. Çoğunlukla böyle davranırım.
3. Sık sık böyle davranırım.
4. Arada sırada böyle davranırım.
5. Ender olarak böyle davranırım.
6. Hiçbir zaman böyle davranmam.

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

Her zaman Hiçbir Zaman

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Sorunlarımı çözmeye konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilecek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık-seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Başlangıçta çözümünü farketmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbiriyle karşılaştırır, sonra karar veririm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o plan yürütebileceğime güvenirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla | | | | | | |

seçenek üretmem.	1	2	3	4	5	6
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	1	2	3	4	5	6
23.Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	1	2	3	4	5	6
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	1	2	3	4	5	6
30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri genellikle dikkate almam.	1	2	3	4	5	6
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	1	2	3	4	5	6
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	1	2	3	4	5	6
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.	1	2	3	4	5	6
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	1	2	3	4	5	6
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	1	2	3	4	5	6

EK 6

ROSENBAUM ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı üzerine (X) işareti koyunuz.

1. Hiç tanımlamıyor
2. Biraz tanımlıyor.
3. Oldukça iyi tanımlıyor.
4. İyi tanımlıyor.
5. Çok iyi tanımlıyor.

Sizi ne kadar tanımlıyor ?

Hiç

Çok iyi

1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	1	2	3	4	5
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım.	1	2	3	4	5
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	1	2	3	4	5
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim.	1	2	3	4	5
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi farkettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	1	2	3	4	5
11. Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan herşeyi ortadan kaldırırım.	1	2	3	4	5

12. Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım.	1	2	3	4	5
13. Beni sıkan bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
14. Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	1	2	3	4	5
16. Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	1	2	3	4	5
17. Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	1	2	3	4	5
18. Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	1	2	3	4	5
19. Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç ararım.	1	2	3	4	5
20. Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar duyarım.	1	2	3	4	5
21. Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
22. Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
23. Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.	1	2	3	4	5
25. Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim.	1	2	3	4	5
26. Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, "Dur, bir şey yapmadan önce düşün" derim.	1	2	3	4	5
27. Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	5
28. Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri gözümüne alarak sonuca varmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
29. Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
30. Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim.	1	2	3	4	5
31. Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
32. Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	1	2	3	4	5
33. Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım.	1	2	3	4	5
34. Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenediğim olur.	1	2	3	4	5
36. Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5

EK 7

ROTTER'İN İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ (RIDKOÖ)

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her maddede “a” ya da “b” harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve bir yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bunun için “doğru” ya da “yanlış” cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınız ya da hiç birine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, size en uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1. a. Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemlili oluyor.
b. Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.
2. a. İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.
b. İnsanların talihsizlikleri kendi hatalarının sonucudur.
3. a. Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
b. İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
4. a. İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler.
b. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5. a. Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.

- b. Öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
6. a. Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
b. Lider olamayan yetenekli insanlar fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7. a. Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
b. Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.
8. a. İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.
b. İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
9. a. Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
b. Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.
10. a. İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.
b. Sınav sonuçları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.
11. a. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır
b. İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
12. a. Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir.
b. Bu dünya güç sahibi bir kaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
13. a. Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
b. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.
14. a. Hiç bir yönü iyi olmayan insanlar vardır.
b. Herkesin iyi bir tarafı vardır.
15. a. Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.
b. Çoğu durumda, yazı-tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.
16. a. Kimin patron olacağı, genellikle, doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.
b. İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.
17. a. Dünya meseleleri söz konusu olduğunda, çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyız.
b. İnsanlar siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler
18. a. Bir çok insan raslantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.
b. Aslında “şans” diye bir şey yoktur.
19. a. İnsan, hatalarını kabul edebilmelidir.
b. Genelde en iyisi insanın hatalarını örtbas etmesidir.
20. a. Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.
b. Kaç arkadaşımızın olduğu, ne kadar iyi olduğumuza bağlıdır.
21. a. Uzun vadede, yaşamımızdaki kötü şeyler iyi şeylerle dengelenir.
b. Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.
22. a. Yeterli çabayla siyasal yolsuzlukları ortadan kaldıracabiliriz.
b. Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.
23. a. Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlayamıyorum.
b. Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.
24. a. İyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
b. İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.

25. a. Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissedirim.
b. Şans ya da talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.
26. a. İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.
b. İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.
27. a. Liselerde atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
b. Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
28. a. Başıma ne gelmişse, kendi yaptıklarımındandır.
b. Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazan yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum.
29. a. Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.
b. Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vadede halk sorumludur.



EK 8

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstedğim birşeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

EK 9

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretleyerek belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Önemli olan şu anda nasıl hissettiğinizi işaretlemenizdir.

	Hayır	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Kendini sakin hissediyorum.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Huzursuzum.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Kendimi rahat hissediyorum.				
6. İçimde bir sıkıntı hissediyorum.				
7. İlerde olabilecek önemli olayları düşünerek üzülmüyorum.				
8. Kendimi kaygılı hissediyorum.				
9. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
10. Kendimi rahatlık içinde hissediyorum.				
11. Kendime güvenim olduğumu hissediyorum.				
12. Kendimi sinirli hissediyorum.				
13. Çok gergin olduğumu hissediyorum.				
14. İçimde bir huzursuzluk var.				
15. Sükunet içindeyim.				
16. Halimden memnunum.				
17. Endişe içindeyim.				
18. Kendimi neşeli hissediyorum.				
19. Keyfim yerinde.				
20. Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum				

EK 10

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup, sonra da genel olarak son zamanlarda kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur.

	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum.				
2. Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim.				
3. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.				
4. Kendimi zinde hissediyorum.				
5. Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
6. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissediyorum.				
7. Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim.				
8. Mutluyum.				
9. Herşeyi kötü tarafından alırım.				
10. Kendime güvenim yok.				
11. Kendimi emniyette hissediyorum.				
12. Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınıyorum.				
13. Kendimi hüznü, kederli hissedirim.				
14. Hayatımdan memnunum.				
15. Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.				
16. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki unutamam				
17. Tutarlı bir insanım.				
18. Keyfim yerindedir.				
19. Çabuk yorulurum.				
20. Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim.				

TC YERLEKÖÇÜRLERİN KORULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ