



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA KOMORBİDİTE KUMAR OYNAMA
BOZUKLUĞUNU YORDAYAN ÖZELLİKLER: MİZAÇ
VE DÜRTÜSELLİK ÖZELLİKLERİ**

ENES KARTAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hilmiye Nesrin DİLBAZ**

İstanbul, 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA KOMORBİDİTE KUMAR OYNAMA
BOZUKLUĞUNU YORDAYAN ÖZELLİKLER: MİZAÇ
VE DÜRTÜSELLİK ÖZELLİKLERİ**

**ENES KARTAL
(144102011)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hilmiye Nesrin DİLBAZ**

İstanbul, 2017



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:144102011
Öğrenci Adı Soyadı	:Enes KARTAL
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	:Prof. Hilmiye Nesrin DİLBAZ
Tezin Başlığı	:Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Komorbidite Kumar Oynama Bozukluğunu Yordayan özellikler: Mizaç ve Dürtüsellik

Toplantı Tarihi	: 16.11.2017	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya :	<input checked="" type="checkbox"/> Geldi		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine, <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE, düzeltme için adaya ay <input type="checkbox"/> EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay) <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU</p> <p>İle karar verilmiştir.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı :	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi	<input type="checkbox"/> Değişti	
Tezin Yeni Başlığı :	<input type="checkbox"/> Değişmedi		
Öğrenci Savunmaya :	<input type="checkbox"/> Gelmedi		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Naim DİLBAZ	
Danışman Üye	Prof. Dr. Naim Dilbaz	
Üye	Yrd. Doç. Dr. C. Onur Noyun	
Üye	Doç. Dr. Selma ARIKAN	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

.....
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Komorbidite Kumar Oynama Bozukluğunu Yordayan Özellikler: Mizaç Ve Dürtüsellik Özellikleri” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları, her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Gereği için arz olunur.



TEŐEKKÖRLER

Tez çalıőmamda planlanmasında, yűrűtűlmesinde ve oluőumunda ilgi ve desteęini esirgemeyen, sayın hocam Prof. Dr. Hilmiye Nesrin DİLBAZ' a sonsuz teőekkűrlerimi sunarım. Veri toplamama yardımcı olan ve bu sahada aktif çalıőmamı saęlayan Baęımsız Yaőam Derneęine űkranlarımı sunarım. Bir madde kullanıcısı olarak geçirdięim gűnlerde bıkmadan usanmadan yanımda olan, tűm eęitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili ailem ve deęerli eőim Gűlin'e teőekkűrlerimi bir borç bilirim.

Enes KARTAL
İstanbul, 2017

ÖZET

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA KOMORBİDİTE KUMAR BAĞIMLILIĞINI YORDAYAN ÖZELLİKLER: MIZAÇ VE DÜRTÜSELLİK ÖZELLİKLERİ

Alkol madde kullanım bozuklukları ve kumar oynama bozukluğu bireylerin hayatını önemli ölçüde etkileyen psikolojik rahatsızlıklardır. Alan dizin çalışmalarında kullanım bozukluklarının dürtüsellikle ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca bireylerin mizaç özellikleri de onların verdikleri kararlarda ve yaptıkları davranışlarda etkili olmaktadır. Bu çalışmada alkol madde kullanım bozukluğu olan kişilerde komorbidite kumar oynama bozukluğunun yordayıcısı olarak düşünülen mizaç ve dürtüsellik incelenmiştir. Bu çalışmaya İstanbul ili Bağcılar ilçesindeki 10 kadın ve 90 erkek olmak üzere 100 kişi katılmıştır. Katılımcıların 91'i alkol madde kullanım bozukluğuna ve 9'u da alkol madde kullanım bozukluğuna komorbidite kumar oynama bozukluğuna sahiptir. Katılımcılara içerisinde sosyodemografik veri formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-II, Mizaç ve Karakter Envanteri ve South Oaks Kumar Tarama Testi'nin bulunduğu anket formu uygulanmıştır. Veriler tasnif edilmiş ve SPSS.21 paket programı yardımıyla $p=0,05$ ve $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde incelenmiştir. Elde edilen veriler ışığında alkol veya madde kullanım bozukluğu grubu ile alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu grubunun mizaç ve dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kurulan regresyon modelinde mizaç ve dürtüsellik boyutlarının kumar oynama bozukluğunu yordayıcı nitelikte olmadığı görülmüştür. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, maddi durum, anne-baba kumar öyküsü, kendine zarar verme ve tercih maddesi değişkenlerine göre mizaç ve dürtüsellik boyutları medyanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: *alkol-madde kullanım bozukluğu, kumar oynama bozukluğu, mizaç, dürtüsellik*

SUMMARY

ALCOHOL AND DRUG USE DISORDERS IN PATIENTS WITH COMORBIDITY GAMBLING DISORDER WITH THE FEATURES: TEMPERAMENT AND IMPULSIVITY FEATURES

Substance dependence and gambling disorder are psychological disturbances that significantly affect the lives of individuals. There are studies showing that dependency is related to impulsivity. In addition, temperament traits of individuals are influential in their decisions and behavior. In this study, temperament and impulsivity, which are thought to be the predictors of comorbidity gambling disorder, were examined in alcohol dependence people. For this study, 100 people including 10 women and 90 men from Bağcılar district of Istanbul province participated. 91 of the participants are use disorder to alcohol or drugs and 9 ones are alcohol or drugs use disorder to comorbidity gambling playing disorder. Sociodemographic data form, Barratt's Impulsivity Scale-II, Temperament and Character Inventory, and a questionnaire containing the South Oaks Gambling Screening Test were applied. The data were classified and analyzed with the help of the SPSS.21 package program at $p = 0,05$ and $p=0,01$ significance level. In the obtained data, there have been not found significant differences in temperament and impulsivity levels between the substance abuse addicts group and substance abuse addicts comorbid gambling addicts group. In the established regression model it has seen that temperament and impulsivity subscales does not predict gambling disorder. Statistically significant differences are found in tempererament and impulsitivity dimensions among the variables which are participants' gender, marital status, economic status, gambling story of parents, self harming and favorite substance.

Key words: *substance use disorder, gambling disorder, temperament, impulsivity*

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

Tex Sınav Tutanağı	i
Yemin Metni	ii
Teşekkürler.....	iii
Özet	iv
Summary	v
Tablolar Listesi.....	ix
Kısaltmalar Listesi	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM- ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI	4
1.1. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Epistemolojisi	4
1.2. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Prevelansı	6
1.3. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri	7
1.3.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	7
1.3.1. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	9
1.4. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi.....	10
1.4.1. Davranışsal Model	10
1.4.2. Bilişsel Model	11
1.4.3. Psikanalitik Model	11
1.4.4. Genetik Faktörler	13
1.4.5. Psikolojik Ve Ekonomik Nedenler.....	13
1.4.6. Sosyal Kültürel Faktörler	14
1.5. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Sonuçları.....	14
1.5.1. Psikolojik Sonuçlar	15
1.5.2. Sosyal Sonuçlar	15
1.5.3. Biyolojik Sonuçlar	16
1.6. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Olanların Kişilik Özellikleri.....	17
1.7. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Yöntemleri.....	19
1.7.1. Detoksifikasyon Tedavisi.....	20

1.7.2. Deliryum Tremens Tedavisi.....	20
1.7.3. Rehabilitasyon.....	21
1.7.4. Psikoterapi.....	21
1.7.4.1. Davranışçı-Bilişsel Terapi.....	22
1.7.4.2. Aile Terapisi.....	22
1.7.4.3. Relaps Önleme Terapisi	23
İKİNCİ BÖLÜM – KUMAR OYNAMAMA BOZUKLUĞU	24
2.1. Kumar Oynama Bozukluğu Epistemolojisi	24
2.2. Kumar Oynama Bozukluğu Prevelansı	25
2.3. Kumar Oynama Bozukluğu Eş Tanısı	26
2.4. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri	27
2.5. Kumar Oynama Bozukluğu Etiyolojisi.....	28
2.5.1. Biyolojik Kuramlar	28
2.5.1.1. Serotonerjik İşlev Bozukluğu.....	28
2.5.1.2. Noradrenerjik İşlev Bozukluğu	29
2.5.1.3. Dopaminerjik İşlev Bozukluğu	29
2.5.2. Psikoanalitik Kuramlar.....	30
2.5.3. Davranışsal Kuramlar.....	30
2.5.4. Bilişsel Kuramlar	30
2.6. Kumar Oynama Bozukluğu Sonuçları	31
2.6.1. Bireysel Sonuçlar	31
2.6.2. Ailesel Sonuçlar	32
2.6.3. Topluma Bağlı Sonuçları	32
2.7. Kumar Oynama Bozukluğu Olan Kişilerin Kişilik Ve Mizaç Özellikleri	33
2.8. Kumar Oynama Bozukluğu Ve Dürtüsellik.....	34
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM - DÜRTÜSELLİK.....	37
3.1. Dürtüsellik Epistemolojisi.....	37
3.2. Dürtüsellik Prevelansı	38
3.3. Dürtüsellik Tanı Kriterleri.....	39
3.4. Dürtüsellik Etiyolojisi	40
3.4.1. Psikodinamik Kuram.....	40
3.4.2. Davranışçı Kuram	40
3.4.3. Bilişsel Kuram.....	41
3.4.4. Biyolojik Kuram	41

3.5. Dürtüselliğin Sonuçları	42
3.6. Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Ve Dürtüsellik	43
3.7. Dürtüsellik Mizaç Ve Kişilik Özellikleri	44
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM –MİZAÇ.	45
4.1. Mizaç Nedir.....	45
4.2. Mizacı Açıklayan Yaklaşımlar.....	45
4.3. Mizacın Boyutları.....	46
4.3.1. Yenilik Arayışı Boyutu (Novelty Seeking).....	46
4.3.2. Zarardan Kaçınma.....	47
4.3.3. Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence).....	48
4.3.4. Sebat Etme	48
4.4. Kişilik Ve Mizaç	49
BEŞİNCİ BÖLÜM – YÖNTEM VE BULGULAR.....	51
5.1. Araştırmanın Konusu Ve Problemi.....	51
5.2. Araştırmanın Amacı Ve Sınırlılıkları.....	51
5.3. Araştırmanın Örnekleme.....	51
5.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	52
5.5. Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi	53
5.6. Araştırmanın Bulguları.....	53
Tartışma.....	78
Sonuç	83
Öneriler	83
Kısıtlılıklar	83
Kaynakça.....	84
Ekler	94
Ek 1- Sosyodemografik Form	94
Ek 2- Barratt Dürtüsellik Ölçeği- II	97
Ek 3- Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe- TCI).....	98
Ek 4- South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) Türkçe Formu.....	107

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Araştırma Grupları için Sosyodemografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı	53
Tablo 2. Araştırma Bağımlı Değişkenleri için Betimleyici İstatistiksel Tablo.....	56
Tablo 3. Eğitim Durumu Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	57
Tablo 4. Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu Olanlar ve Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğuna Komorbidite Kumar Oynama Bozukluğu Olanlar için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	59
Tablo 5. Kadın ve Erkekler için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	60
Tablo 6. Medeni Durum Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	62
Tablo 7. Anne-Babada Madde Kullanımı Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	63
Tablo 8. Kardeşlerde Madde Kullanımı Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi ..	64
Tablo 9. Anne-Baba Kumar Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi ..	65
Tablo 10. Kardeşlerde Kumar Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi ..	66
Tablo 11. Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	67
Tablo 12. Anne-Baba Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi ..	68

Tablo 13. Kardeşlerde Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi ..	69
Tablo 14. Kendine Zarar Verme Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	70
Tablo 15. Anne-Baba Birlikteliği Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	71
Tablo 16. Maddi Durum Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	72
Tablo 17. Tercih Maddesi Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	74
Tablo 18. Yaş Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	76
Tablo 19. Kumar Oynama Bozukluğu Toplam Puanının Yordayıcılarını Bulmak İçin Kurulan Regresyon Modeli	77

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: American Psychological Association
BDÖ-II	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-II
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Max	: Maksimum Değer
Min	: Minimum Değer
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
n	: Kişi Sayısı
NA	: Noradrenalin
SAMHSA	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
s.d	: serbestlik derecesi
s.o	: sıra ortalaması
SOKTT	: South Oaks Kumar Tarama Testi
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
TCI	: Temperament and Character Inventory
\bar{x}	: Ortalama
WHO	: World Health Organization

GİRİŞ

Alkol ve madde kullanım bozukluğu bireylerin hayatını derinden etkileyen ve kalp ve kanserden sonra sağlık problemlerinde 3. Sırada yer almaktadır (Çoskunel ve Altıntoprak, 1999). Davranışsal, bilişsel, psikanalitik ve genetik yaklaşımlarla açıklanan alkol ve madde kullanımı psikolojik olarak sinirlilik, benlik saygısında azalma, sosyal ilişkilerde azalma gibi sonuçları olmakla birlikte solunum güçlüğü, uyku bozuklukları, konuşmada güçlük gibi biyolojik sonuçları da görülmektedir (Elmacı, 2010). Ayrıca toplumdandan dışlanma, antisosyal davranışlar, aile ilişkilerinde bozukluk gibi toplumsal sonuçları da bulunmaktadır (Kef, 1197).

Alkol madde kullanım bozukluğunun yanında kumar oynama bozukluğu da bireyleri olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlıktır. Kumar oynama bozukluğu zarar verici ve olumsuz sonuçlarına rağmen durmak bilmeyen şiddetli bir kumar oynama arzusu ile tanımlanmaktadır (Irmak ve Erdoğan, 2016). Genellikle ergenlik ve yetişkinlik yıllarında ortaya çıkan kumar oynama bozukluğunun yaygınlığı %1-3 arasındadır. Kumar oynama bozukluğunun tedavisinde sıklıkla alkol madde kullanım bozukluğu tedavisi modeli uygulandığından bu kişiler alkol madde kullanım bozukluğu tedavi bölümlerine yönlendirilmektedir (Güngör, Aşkın, Taymur ve Sarı, 2014).

Kumar oynama bozukluğu olan bireylerin mizaç özellikleri de değişkenlik göstermektedir. Genel olarak kumar oynama bozukluğu olan bireyde gerçekleri kabul etmede isteksiz olma, duygusal olarak güven duymama, olgunlaşmamış kişilik ve hayalcilik gibi özellikler görülmektedir. Ayrıca bu bireylerde kaybetme korkusu vardır, güçlü bir imaja sahip olmak isterler ve kumar oynamadıklarında huzursuz, tedirgin ve kaygılı hissederler (Köse, Çınar, Akduran, 2013). Ayrıca bu kişiler batıl inançlara saptanabilir ve güç denetiminde sorunlar yaşayabilir (Gönül, 2002).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile kumar oynama bozukluğunun temelinde dürtüselliğin olduğu düşünölmektedir (Gönöl, 2002). Dürtüsellik genel olarak içten gelen gerilimin kontrol edilememesi ve risk alma, dikkatsizlik, plansızlık, heyecan ve zevk arama davranışları ile ortaya çıkmaktadır (Yazıcı ve Yazıcı, 2010). Alan dizin çalışmalarında alkol ve madde kullanımı olan bireylerin dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Grant ve Chamberlain, 2014; Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012). Diğer yandan uyarılma ve dürtü kontrolünde ilişki olan noradrenalin kumar oynama bozukluğu olan kişilerde yüksek bulunmuştur (Gönöl, 2002). Blanco ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında da kumar oynama bozukluğunun dürtüsellik boyutunun kuvvetli olduğu gösterilmiştir. Dopaminerjik sistemdeki bozuklukların da kumar oynama bozukluğu üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar kumar oynama bozukluğunun biyolojik kökenine işaret etmektedir (Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003). Günümüzde WHO (World Health Organization) ve APA'nın (American Psychological Association) kumar oynama bozukluğunu dürtü kontrol bozukluğu başlığında incelemesi umar oynama bozukluğunun dürtüsel temellerini daha açık bir şekilde göstermektedir (Güngör, Aşkın, Taymur ve Sarı, 2014).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olma durumuna göre kişilerin mizaçları değişiklik göstermektedir. Temel olarak mizaç yapısal, kalıtımsal ve biyolojik temellere dayanan ve tekrarlayan duygu, düşünce ve davranış özelliklerinin tümüdür. Mizaç doğumdan itibaren var olan, genetik boyutları olan ve gelişim boyunca süreklilik gösteren durağan olmayan özelliklerdir (Kesebir, Vahip, Akdeniz ve Yüncü, 2005). Dürtüselliğin etkisiyle beraber kullanım bozuklukları olan kişilerin mizaç özellikleri ödöl-cezaya duyarlı olmak, risk almayı sevmek, antisosyal davranışlar sergileme, olgunlaşmamışlık, duygusal gelgitler, bağımlı olma, engellenme eşiğinin düşük olması, gergin, eyleme vuruk ve tedirgin olma şeklinde sıralanabilir (Köse, Çınar, Akduran, 2013; Ünal ve Özpoyraz, 1997).

Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğuna komorbidite kumar oynama bozukluğunu yordayıcı olarak görülen mizaç ve dürtüsellik incelenmiştir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması, alkol ve madde komorbidite kumar oynama bozukluğunun olmasına ve araştırımcı tarafından belirlenen demografik bilgilere göre katılımcıların mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları arasındaki farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezler sınanmıştır. Bunlar:

H₁: Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile alkol ve madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları arasında farklılık vardır.

H₂: Mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları kumar oynama bozukluğunu yordayıcı özellik göstermektedir.

H₃: Demografik özelliklere göre katılımcıların mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları arasında farklılık vardır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

1.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Epistemolojisi

Madde kullanım bozukluğu, psikoaktif maddelerin kullanımıyla beyin işlevlerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan bir bozukluktur. Bu tür maddelerin kullanım beyindeki normal algı, duygu ve motivasyon süreçlerini etkilemektedir. Nöroloji araştırmaları, alkol ve madde kullanım bozukluğunun biyolojik ve genetik temeli olan, kronik, tekrarlayan bir bozukluk olduğunu ortaya çıkarmaktadır (WHO, 2004). Kullanım bozukluğu, kullanım bozukluğu yapıcı maddelerin, madde ve madde ile ilgili ipuçları arasındaki ilişki hakkında “öğrenme” süreciyle kombine olan motivasyon ve duyguyla ilişkili beyin alanları üzerindeki karmaşık etkileşiminin sonucudur (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2001)

Kullanım bozukluğu yapan maddeler arasında en yaygın kullanılanlardan biri alkoldür. Alkol kullanımı pek çok toplumda kabul gören bir davranış örüntüsüdür. Alkol kullanımının hastalık olabileceği ilk kez “materyalist filozoflar” tarafından söylenmiştir. Alkolizmi hastalık olarak tarif eden ilk kişi Dr. Benjamin Rush, 1700’lerde yapmış olduğu bir araştırmada yoğun alkol kullanımının zararsız bir aktivite olduğuna itiraz etmiş ve alkol kötüye kullanımının bir dizi sosyal soruna (hastalık, fakirlik, suç, cinnet, dağılmış aileler vb.) neden olduğunu ortaya atmıştır. Kullanım bozukluklarının kronik bir tablo olarak görülmesi ise, bu durumun diabet, artrit ve astım gibi kronik seyirli hastalıklara benzer türde, tedavi edilse bile, tam bir iyileşme göstermediği ve hastanın hayatındaki tercihlere göre tekrarların beklenebileceği bir hastalık olması nedenlerinden kaynaklanır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Alkol kullanımı II. Dünya Savaşını izleyen yıllarda pek çok ülkede artış göstermiştir. 20.yy'da modern tarımsal uygulamalar, ilaçlara ulaşımın genişletilmesi, biyokimyadaki yaşanan gelişmeler ve klinik pratisyen hekimlerin insanları ilaç kullanmaya daha fazla teşvik etmeleri madde kullanımına bağlı problemleri artırmıştır. Bunun yanında aktif biyolojik ajanların ve metamfetamin gibi sentetik bileşmelerin üretiminin başlaması da madde kullanım bozukluğu probleminin artmasına neden olmuştur (Boztaş ve Arısoy, 2010).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun temel özelliği; maddenin zarar verici etkilerine rağmen birey tarafından madde alınmasının kontrol edilemediğini gösteren biliş ve davranış bozuklukları ile fizyolojik belirtilerin varlığıdır (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2000).

Psikolojik rahatsızlıklardaki artışın, alkol ve madde kullanımında meydana gelen küresel artışla ilişkisi olduğu belirtilmektedir (WHO, 2004). Avrupa'da 76,3 milyon insanın alkol kullanım bozukluğu olduğu ve bunun da her yıl 195.000 ölüme ve 60 farklı tür hastalığa neden olduğu düşünülmektedir. Alkol ve kullanım bozukluğu yapıcı madde kullanımının diğer bilişsel rahatsızlıkların görülmesinde büyük bir risk faktörü olduğu da saptanmıştır (Yıldırım, 1997). Örneğin, Kanada'daki ölümlerin ve hastalıkların önemli bir nedeninin yasadışı madde kötü kullanımı olduğu ifade edilmektedir. Kanada'da 2002 yılında, 39,8 milyar dolar, kişi başına 1,267 dolar, madde kötüye kullanımına: 14,6 milyar dolar alkol bağımlılığına, 17 milyar dolar tütün kullanım bozukluğuna ve 8,2 milyar dolar yasadışı ilaç kullanımına harcanmıştır. Bu masraflara tedavi, önleme, kanuni yükümlülükler, artan hastalık ve ölümler nedeniyle üretim kaybına harcanan kaynaklar da dahildir (Yeltepe, 2010).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) tarafından yapılan çalışmaya göre 2005 yılında 1.8 milyon insanın alkol ya da maddeyi kötüye kullanım sebebiyle bir tedavi programına katıldığı bilinmektedir (SAMHSA, 2005). Ayrıca 2006 yılında yürütülen bir aylık bir araştırma içerisinde 11 yaşın üstünde 20.4 milyon Amerikalının yasa dışı madde kullandığı tahmin edilmektedir (SAMHSA, 2007).

Kullanım bozukluklarının, bireyleri hayatlarının devamında üzerlerinde taşıyacakları bir etiket olmasına, sosyal ve bireysel hayatta zorluklara, dikkatsizlik ve kazalara, sağlının bozulması ve bulaşıcı bazı hastalıklara yakalanmasına, okulda yaşanacak akademik başarısızlıklara, iş hayatındaki performansın düşüşüne kadar birçok yönde olumsuz etkileri olacaktır.

1.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Prevelansı

Madde kullanım bozuklukları birçok ülkede büyük bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkole bağlı sağlık problemleri, kalp hastalığı ve kanserden sonra 3. sırada yer almaktadır (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999). Hastanelerde tedavi gören bireylerin çoğunda alkol kullanım bozukluğu görülmektedir. İngiltere’de bağımlıların sayısı 2001’de 2.8 milyonun üzerinde saptanmıştır.

Amerikalı gençlerin %12’sinin yaşamlarının belirli bir bölümünde alkol kullanım bozukluğuyla ilgili problem yaşadıkları belirlenmiştir (Öztürk, Kırlıoğlu ve Kıracı, 2015). WHO’ya göre dünyada 140 milyon birey alkol sorunu yaşamaktadır. 2002’de Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Ulusal Enstitüsü (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) tarafından yürütölen bir araştırmaya alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 4422 yetişkin denek dahil olmuştur (Sağkal ve Gürken, 2010).

Alkol kullanımı, diğer maddelere göre toplum içinde kabul gören yaygın bir davranıştır. ABD’de toplumun %90’ı hayatının belirli bir evresinde alkol kullanmışken yetişkin bireylerin %60-70’i sıkça alkol kullanmaktadır. Diğer Batı ülkelerinde yetişkin bireylerde İngiltere’de %3, İskoçya’da %15, Fransa’da %4 dolayında alkol kullanım bozukluğu olan bulunmaktadır. Doğu Avrupa ülkelerinde alkol kullanım bozukluğu oranının daha yüksek olduğu düşünölmektedir. (Sucaklı, Keten, Çelik. Ölmez ve Yılmaz, 2015).

Alkolizm, çoğunlukta ergenlik ve genç yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır. Aktif alkol kullanımının en yaygın olduğu yaş grubu, 20-35 yaşları arasındadır ve 35 yaşında en üst noktaya ulaşır. Daha sonraki yaş gruplarında düşüşe geçmektedir. Erkeklerde ilk başlama yaşı genelde 10'lu yaşların ortalarıdır. Buna bağlı ilk problemler 20-30 yaşları arasında başlamaktadır. Evlilik, düzenli bir iş gibi durumlar olmadığında fark edilmeyebilir. Sağlık için başvuruların 40'lı yaşlarda olduğu belirlenmiştir. Nadiren de olsa 40 yaşından sonra açığa çıkmaktadır. Böyle bir durum varsa altta yatan farklı bir bozukluğun olup olmadığına bakılmalıdır. Kadınlarda da genelde ileri yaşlarda ve farklı bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Ögel, Aksoy, Topuz, Liman ve Coşkun, 2005).

Özellikle son birkaç yıldır, ülkemizde alkol kullanım bozukluğu tedavisi için merkezlere başvuranların sayısının artışı, bu sonunun hiçte azımsanmayacak büyüklükte bir sorun olduğunu göstermektedir. Elde edilen verilerin yüksek olmasına karşın ülkemizde alkol tüketim oranı azdır. Bunun temel sebebinde İslam dininin alkol kullanımını yönünde engelleyici kuralları ve alkol kullananlara karşı toplumsal baskı gösterilmektedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

1.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

1.3.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Madde kullanım bozukluğu Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-V'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre tanı ölçütleri şöyledir (Köroğlu, 2013);

Bir yıl içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:

- 1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım**
- 2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar**

3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma

4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme

5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)

6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)

7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)

8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme

9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme

10. Maddeye tolerans gelişmiş olması İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu

11. Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

1 yıl içinde bulguların 2 veya 3'ü varsa hafif, 4 veya 5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir.

1.3.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Alkol kullanım bozukluğunun DSM-V'e göre tanı ölçütleri şöyledir (Koroğlu, 2013):

On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren ,linik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan alkol kullanımı

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli alkol kullanımı,
2. Alkol kullanmayı bırakmak için sürekli istek ya da sonuç vermeyen çabalar,
3. Alkol elde etmek için gerekli etkinliklere gerektiğinden çok zaman ayırma,
4. Alkol kullanmak için büyük bir istek ve arzu duyma,
5. İşte, okulda yada evdeki durumu gereği olan başlıca görevleri yerine getirmede zorluk çekme,
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımına devam etme,
7. Alkol kullanımı nedeniyle toplumsal, işle ilgili ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin tamamen bırakılması ya da azaltılması,
8. Tehlikeli olarak algılanan durumlarda alkol kullanma
9. Yineleyici fiziksel ya da ruhsal bir sorunu olduğunu bilmesine rağmen alkol kullanımını sürdürme,
10. Tolerans gelişim belirtileri
 - a. İstenen etkiyi sağlamak için daha fazla alkol kullanım isteği
 - b. Aynı ölçüde alkol kullanımına karşın daha az etki sağlanması
11. Yoksunluk belirtilerinin gelişmiş olması

1.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

Alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar bio-psiko-sosyal model ile açıklanabilen heterojen bir hastalık grubudur. Alkole ve madde kullanımına bağlı bozukluklarda, diğer psikiyatrik durumlara benzer şekilde olduğu gibi multifaktöriyel bir etiyoloji söz konusudur. Klasik olarak bir kullanım bozukluğunun oluşabilmesi için üç faktörün gerekli olduğu kabul edilir. Bunlar; kişilik faktörü, çevre faktörü ve maddenin kendisidir. Alkol ve madde kullanımının nedenlerini bazı kurumlar kendi çerçeveleri ile açıklamışlardır (Tabak, 2010).

1.4.1. Davranışsal Model

Davranışçı kuramlar sürekli alkol alımını öğrenilmiş bozuk bir davranış örüntüsü olarak açıklamaktadır. Davranışsal kuram alkolün olumlu pekiştireç rolüne odaklanmıştır. Alkol ve diğer madde kullanımının öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve klasik veya edimsel koşullanma yolu ile devam ettirildiğini ileri sürmektedir. Örneğin, edimsel koşullanmanın ilkelerine göre, içki olumlu ve olumsuz pekiştirme sonucunda giderek daha sık tekrarlayan bir davranış haline gelmektedir. Alkol aldıktan sonra bireyin rahatlaması gibi özellikler olumlu pekiştireç olur ve davranışın devam etmesini sağlamaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Bir birey moral bozukluğu, öfke, sosyal anksiyete veya fiziksel acı gibi bir uyarıcıya tepki olarak alkol içebilir veya madde kullanabilir. Alkol veya madde, daha yüksek bir moral veya acının giderilmesine neden olduğu için alkolün pekiştirici etkisi ile alkol arasında bir ilişki kurulabilir. Diğer bir deyişle, alkol ya da madde hem olumsuz (anksiyete, acı gibi rahatsızlık verici bir durumunun ortadan kalkması) hem de olumlu pekiştirme ile kişiye verdiği rahatlık ve gevşeme duygusu, neşe gibi) içki içme davranışının giderek daha da pekişmesine sebep olur. Öğrenme kuramına göre alkolün ortaya çıkardığı hukuksal, sosyal veya sağlık problemleri, zamansal olarak içme davranışından çok sonra geldiğinden dolayı içme davranışının sıklığını azaltmamaktadır (Tabak, 2010).

1.4.2. Bilişsel Model

Bilişsel kurama göre, alkol ve madde kullanıcılarının en az üç tip inancı vardır. Beklenti içeren (anticipatory) inançlar, ödül beklentisini kapsamaktadır. Örneğin: Bu gece parti harika olacak. Kafamın güzel olması gerekiyor. Bir diğer inanç ise rahatlatıcı (relief-orient) inançlardır. Rahatlatıcı inançlar, maddenin rahatsız bir durumunun ortadan kaldırılmasını hedef alarak geliştirilen inançlardır. Örneğin, bir maddenin yoksunluğunu yaşayan bir birey “ Yoksunlukla baş edemem. Bir doz almalıyım.” diyerek tekrardan maddeyi almaya yönelir. Üçüncü inançsa izin verici (facilitative) inançlardır. İzin verici inançlar, madde kullanımının zararlı sonuçlarına rağmen kullanımı kabul edilebilir duruma getirir ve kullanımla ilgili kendilerini haklı çıkartır. Örneğin, “sadece zayıf insanlar maddeyle sorun yaşamaktadır. Kokain kullanmalıyım yoksa işime, gücüme odaklanamam” diyerek madde alımlarına haklı çıkaracak sebepler bulmuş olurlar (Öztürk, Kırılıoğlu ve Kıraç, 2015).

1.4.3. Psikanalitik Model

Psikanalitik kurama göre; gelişim dönemlerinde oral dönem saplanması yaşayanlar, süper egolarını bastırmak için alkol alımı ile azaltmakta böylelikle hem ego hem de oral doyum sağlanmaktadır. Alkolün yatıştırıcı ve sakinleştirici etkisi ile stres azalmakta, ego çatışmalarını çözen, istenmeyen anıları unutturan ve kişiye kendini kuvvetli hissetmesini sağlayan etkileri de vardır. Kullanım bozuklukları konusundaki analitik yaklaşım kullanılan alkolün kimyasal etkilerini, psikolojik bir ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla arzu ettikleri yolundadır. Kullanım bozukluğu, sevgi nesnesinin kazanılması ve kaybedilmesi süreci olarak da adlandırılmaktadır. Bundan dolayı, hatalı nesne ilişkilerinin bir sonucu olarak kullanım bozukluğu ortaya çıkmaktadır (Tabak, 2010; Yıldırım, Engin ve Yıldırım, 2011).

Kullanım bozukluğu olan kişi alkolü veya maddeyi arar, alkol veya madde kullanımından sonra belli bir süre rahatlık ve gevşeme hisseder. Alınan maddenin etkisi ortadan kaybolduğunda, alkolün verdiği rahatlık hissi gittiğinde, kişi kendini güvensiz ve çelişik duygular (ambivalan) hisseder. Psikanalistlere göre madde ile olan bu tarz ilişki, çocukluk çağında yaşanan şiddetli travmanın sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Oral dönemde yaşanan düş kırıklıkları ve temel bakım verenlere karşı olan kızgınlık hisleri ifade edilmediği zamanlarda bireyin iç dünyasında kalmakta ve bu durum nedeniyle birey alkol kullanımı gibi zararlı eylemlere yönelmektedir. Alkol ve madde kullanımı, çocuklarda duygusal düzenleyici olarak da işlevsellik göstermektedir. Sıkın hissetme, boşluk hissi, kızgın olma ve öfke benzeri duygular ile baş edebilmek için alkol kullanılabilir. Bu noktada çocukluk çağındaki bireylere önem gösterilmelidir (Dişsiz, 2012).

Adler (1927)'ye göre alkol ve madde kullanım bozukluğunun sebebi, aşağılık duygusu, sürekli güvensizlik ve sorumluluktan kaçma isteğidir. Alkol, güçlülük duygularının ve özgüvenlerinin artmasına neden olmaktadır. Flexner (1908), alkolün erkeklerin cinselliğini azalttığını, alkoliklerde cinsel içgüdünün gelişip olgunlaşarak karşı cinse yönelmediğini, insanların bu nedenden dolayı ortaya çıkan eksiklik ve suçluluk duygusunun verdiği kaygıdan kurtulmak için alkol içtiklerini ve alkolik olduklarını ortaya atmıştır. Flexner'a göre alkol erkekte cinsel inhibisyonları azaltmaktadır. Rado, (1933) maddelerin depresif tabloyu farklılaştırdığını düşünmüş ve maddenin bireyi depresyondan uzaklaştırdığı görüşüne inanmıştır. Alkol ve madde kullanımının nedenlerinin kurumsal açıklamaları yukarıdaki gibidir. Bu kuramların yanında alkol ve madde kullanımına sebep olan çevresel, kalıtsal vs. gibi nedenlerde mevcuttur (Dişsiz, Oskay ve Beji, 2010).

1.4.4. Genetik Faktörler

Alkol kullanım bozukluğunda kadın ve erkek arası farklılığın temeli tam olarak bilinmemesine karşın buna bir etken olarak genetik özellikler gösterilmektedir. Bilim insanları tarafından yapılan çalışmalar sonucunda alkol kullanım bozukluğuna neden olabilecek çok sayıda gen olduğu ve bu genlerin birbirleri ile bağlantılarının bulunduğu belirtilmiştir. Bu gibi genetik faktörler alkol kullanım bozukluğu riskini tetiklemekte ve toleransın gelişmesine neden olduğu ortaya konulmuştur (Elmacı, 2010).

Alkol kullanım bozukluğunda genetik temelleri belirlemek için en sık yapılan uygulamalar; aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarıdır. Birinci düzey akrabalarında alkol kullanım bozukluğu görülen hastaların olmayanlara oranla 4-5 kat yüksek risk altında olduğu görülmüştür. Schuckit ve arkadaşlarının araştırmalarına göre; birinci derece akrabalarında alkol kullanım bozukluğu olan kişiler, alkole daha yüksek dirençli olmakta ve sarhoşluk belirtileri daha az görülmektedir. (Tabak, 2010).

1.4.5. Psikolojik ve Ekonomik Nedenler

Aşırı tepkisel, sinirli, hırçın, saldırgan davranışları olan bir gencin genelde sıkıntı verici olaylarla baş etme gücü yetersiz olduğundan madde kullanmaya ihtiyaç duyabilmektedirler. Ancak böyle bir genetiğe sahip olup da iyi bir eğitim alanlarda madde kullanım bozukluğunun genetik belirleyicilerine sahip olmalarına rağmen madde kullanımının olmadığı görülmüştür (Olçay, 2016).

Kalıtsal eğilimleri olmadıkları halde, yaşanan ortamın etkisi ve bilinçsizlikten dolayı kullanım bozukluğu oluşabilir. Bu bireylerin kişilik özelliği kullanım bozukluğu nedeni değil, bir sonuç olarak kendini göstermektedir. Alkol kötüye kullanımında hastalık öncesi kişilik yapısına ilişkin araştırmalar da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda özgül bir kişilik yapısının varlığı gösterilememiştir.

Farklı kaynaklarda alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin, düşük benlikteki, dürtüsel, kendini düşünen, sosyopat davranışları olan, cinsel kimlik sorunları yaşayan kişiler olduğu belirtilmiştir. Ailevi ilişkilerdeki sorunlar, sosyal beceri eksiklikleri ve arkadaş ilişkilerinin kötü olması da alkol kullanım bozukluğu riskini artıran etmenlerdir (Kef, 1997; Yılmaz, 2015).

1.4.6. Sosyal Kültürel Faktörler

Bazı sosyal ortamlar ve meslek koşulları alkol ve madde kullanımını davranışını arttırma açısından risk taşır. Üniversite yurt ortamı, ordu, turist rehberliği, bankacılık, barmenlik gibi bazı meslekler bu risk grubundadır. Bazı kültürel ve etnik gruplarda da alkol kullanımını diğerlerine göre daha fazla olabilmektedir. Örneğin; Asya ülkeleri ve tutucu Protestanlar, liberal Protestan ve Katoliklere göre daha az alkol kullanmaktadır (Ögel, Taner ve Eke, 2006).

1.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Sonuçları

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun birçok nedeni olduğu gibi birçok sonucu da vardır. Bu sonuçlar sosyal, psikolojik ve biyolojik açıdan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyi olumsuz olarak etkilemektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun temelleri ailede başlamakta, aile ve toplum üzerine birçok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu, günümüzde ailenin huzurunu ve bütünlüğünü tehdit eden bir tehlike oluşturmaktadır. Aile ve gençlik için ciddi bir tehdit durumuna gelen madde kullanımına karşılık, kamuoyunu uyarmak anayasal olduğu kadar da insani bir görevdir. Kullanım bozuklukları diğer hastalıklar ile karşılaştırıldığında da, aileye ve topluma ağır yükler getiren bir hastalık olduğu kabul edilmelidir. Bundan dolayı da, kullanım bozuklukları ile ilgili araştırmaların yapılması ve kullanım bozukluğunun önlenmesine yönelik olarak etkinlikler oluşturulması daha çok önem kazanmaktadır (Yılmaz, 2015).

1.5.1. Psikolojik Sonuçlar

Alkol veya madde kullanımına ilişkin aile öyküsü, genetik özellikler ile dürtüye yönelik kontrol bozukluğunun olması, antisosyal kişilik bozukluğu ile davranış bozukluğu gibi aile içinde duygu durumla ilgili bozukluğun varlığı ciddi risk etmenleridir. Bu etmenlerin sonucunda gelen madde kullanım bozukluğu kişiyi psikolojik yönden olumsuz etkilemektedir. Bu etkiler şu şekilde sıralanabilir (Elmacı, 2010):

- Sinirlilik ve kendine zarar verici davranışlar,
- Benlik sayısında düşüş,
- Maddeyi kullanmak için sahte iyilik hali ve tutumlar sergilemesi,
- Sosyal ilişki ve becerilerde düşüş,
- Anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile bilişsel değişikliklerin olması, dürtüsellik konusunda öğrenme güçlüklerinin ortaya çıkması,
- Olumsuz yaşam deneyimleri,

1.5.2. Sosyal Sonuçlar

Madde ve alkol kullanımının sosyal açıdan birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan birey diğer bireylere oranla suça daha yatkın bireydir. Eğer kullanım bozukluğu olan kişi madde ve alkol temin edemezse saldırgan tavırlar gösterebilir, hırsızlık, gasp gibi olumsuz durumlar içine girebilir. Bu durumda bireyi daha olumsuz bir evre ve hayata biraz daha yaklaştırır. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin aileleri ve yakın çevresindeki kişilerle ilişkileri de oldukça kötü düzeydedir. Bu durum bazen bir sonuç olabilirken bazen kişinin madde ve alkol kullanım bozukluğu olması nedeni de olabilir (Kef, 1997).

Kullanım bozukluğu kişiler bir meslek sahibi olmakta da oldukęa zorluk ęekerler ve bir mesleği uzun süreli ve doğru bir şekilde yrtemezler. Son olarak ęevre ve diğer insanlarla ilişkiye girmekte zorluk yaşayan kullanım bozukluğu olan bireyler geleceğe karamsar bakar ve onları daha olumsuz bir ruh haline sokar (Kef, 1997).

1.5.3. Biyolojik Sonuçlar

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde alkol ve madde kullanımına dayalı biręok bozukluk ve rahatsızlıkta meydana gelmektedir. Alkol ve madde kullanımı vücuttaki diğer sistemlerin (sindirim sistemi, solunum sistemi) işleyişini de olumsuz etkilemektedir. Alkol ve madde kullanımının diğer biyolojik sonuçları aşağıdaki gibidir (Elmacı, 2010):

- Yürüme ve dengede bozulmalar
- Solunumda yavaşlama
- Boşaltım sisteminde sorunlar
- Derinin renk kaybetmesi
- Uyku bozukluklarının görülmesi
- Konuşmada güçlük yaşanması
- Burun akıntılarının oluşması
- Titreme ve terleme halleri
- Gözlerde kanlanmanın ve göz bebeklerinin daralması

1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olanların Kişilik Özellikleri

Literatürde “alkolik kişilik tipinin” olup olmadığı yönünde birçok çalışma olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaların amaçları genelde alkolikleri, alkolik olmayanlardan ayırt edebilen ve alkolikleri, belli alt gruplara bölebilen kişilik özelliklerini bulmaktır. Alkol kullanım bozukluğu olanların kişilik özellikleri incelendiğinde, kesin bir kişilik örüntüsünün olmamasına karşın bu bireylerin genelde bağımlı, utangaç, yalnızlığa eğimli, bunaltısı yoğun, engellenme eşiği düşük, ürkek, gergin, eyleme vuruk, aşırı duyarlı ve cinsel dürtülerini bastırılmış bireyler oldukları ortaya atılmıştır. Ayrıca Antisosyal Kişilik Özelliklerinin, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir (Ünal ve Özpoyraz, 1997).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanların kişilik özelliklerini araştıran birçok araştırma yapılmıştır. İlk dönem yapılan araştırmalarda, duygu durum bozukluğunun bir kişilik özelliği olduğu düşünülürken, daha sonra alkolizm ve duygu durum bozukluğunun beraber seyredebilen iki farklı olgu olduğu kabul edilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu olanlarla yapılan tüm çalışmalarda ortak bulgu zayıf ego gücü, engellenmeye karşı zayıf tolerans, dürtüsellik, pasif bağımlılık ve her şeye gücünün yeteceğine dair (omnipotans) duygulardır (Yeltepe, 2010).

Levenson ve arkadaşları (1973), henüz alkolik olmayan bir gruba MMPI uygulamış ve test uygulandıktan bir süre sonra alkolizm geliştiren ve geliştirmeyen deneklerin sonuçlarını birbiri ile karşılaştırmışlardır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre, alkolik olanlar öncesinde testte yüksek düzeyde sosyal uyum problemi, otoriteye karşı gelme ve dürtüsellik saptanmıştır. Sonuçta hem alkolik olmadan önce hem de alkolik olduktan sonra, bu kişilerde antisosyal dürtüsellik olduğu bulunmuştur (Akt; Bayar ve Yavuz, 2008).

Rotter’ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (Rotter’s Internal-External Locus-of-Control Scale) kullanılarak yapılan bir araştırmada, Rohsenow (1982) ölçekte dış oryantasyondan yüksek puan alan bireylerin, alkolik ve problemlili içici olduklarını saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle dış oryantasyondan yüksek puan alan alkolikler, kendi davranışlarının nedenlerini dışarıda arayan, kaderci bireylerdir.

Türkiye’de alkol ve madde kullanım bozukluklarında kişilik özelliklerine bakılan bir araştırmada alkoliklerin yüksek düzeyde yenilik arayışı içinde oldukları bunun dürtüsellikle ilişkili olduğu, zarardan kaçınma ve sebat etme, kendini yönetme, işbirliğine yatkınlık düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Akvardar, Arkar, Akdede, Gül, Sarı ve Tunca, 2005).

Kişilik bozukluğu alkol kullanım bozukluğuna, alkol de kişilik bozukluğuna sebep olabilmektedir. Alkol kullanım bozukluğu olanlarda % 22-81 oranında kişilik bozukluğu görülmektedir. En sık görülen kişilik antisosyal kişiliktir. Alkol kullanım bozukluğu olanların %79’unda antisosyal kişilik özellikleri görülmektedir. Ancak antisosyal kişilik bozukluğu %30 civarındadır. Antisosyal kişiliklerin %80’inde de alkol kullanım bozukluğu görülür.

Antisosyal kişiler davranışlarını toplumsal yasalara ters düşen ve suç işleme eğilimleri yüksek olan kişiliklerdir. İç görüleri olmadığı için aldıkları cezaları kendilerine yapılmış bir haksızlık olarak algırlar. İnsanlara verdikleri zarar karşısında suçluluk duymazlar ve kendilerini haklı görürler. Sorumluluk duyguları hiç yoktur. Yine alkol kullanım bozukluğu olanların %4 ila 66’sında ‘Sınır kişilik özellikleri’ gözlenmektedir.

Sınır kişilikler, cinsel ve toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik ve dengesizlik gösteren, sağlam bir kimlik geliştirememiş kişiliklerdir. Sıklıkla boşluk ve anlamsızlık duygusundan yakınırlar. Çoğu ağır narsistik eğilimler gösterir. Reddedilmeye ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Kendilerine zarar verme ve intihar eğilimleri yüksektir (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.7. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavi Yöntemleri

Kullanım bozukluğundan iyileşme, zaman içerisinde bireysel ve kişilerarası değişiklikler yapmak ve bunların devamlılığını sağlamanın yanında madde kullanmayı bırakma sürecidir. Bazı değişiklikler kullanım bozuklukları olanlar arasında farklılıklar gösterir ve bazı boyutlarda meydana gelir. Bu boyutlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir: fiziksel, psikolojik, davranışsal, kişisel, ailevi, sosyal, manevi ve finansal (Daley, 2002). İyileşme, bilgi edinme, kendinin farkına varma, maddesiz bir yaşam için beceriler geliştirme ve değişim programlarına devam etmeyi içerir. Değişim programları, profesyonel tedavi, kendi kendine yardım gruplarına katılım ve kendini yönetme yaklaşımlarını içermektedir (Gorski, 1986).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun tedavisine başlanmadan önce hastadan ayrıntılı bir hastalık öyküsü (anamnez) alınmalı, fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, bilinç düzeyi ve ruhsal durumu değerlendirilmelidir. Rutin laboratuvar tetkikleri (akciğer ve kafa grafisi, EKG, EEG, tam kan ve idrar incelemeleri, kan şekeri, BUN, elektrolitler, karaciğer işlevleri) istenmelidir.

Birçok alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ailesinin ya da işverenin baskısıyla ya da bozukluğunun ölümcül bir sonucu olacağı korkusuyla tedavi isteğinde bulunmaktadır. Tedavi için yaşamındaki önemli kişilerce motive edilen hastaların tedaviye daha uzun süre devam ettikleri ve daha iyi bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. En ideal durum ise bireyin kliniğe kendi arzusuyla gelmesidir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi kişinin bireysel tedavisi ve kişi ve toplum için koruyucu yaklaşımla rol alarak çok aşamalı bir süreç olarak düşünülmelidir (Elmacı, 2010; Tabak, 2010).

1.7.1. Detoksifikasyon Tedavisi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu problemi olan hastaların bazıları için kullanım bozukluğu tedavisi detoksifikasyon yani bedensel arınma ile başlayabilir. Detoksifikasyon, akut alkol ya da madde intoksikasyon ve yoksunluğunun tıbbi olarak denetimidir. Belirli maddelere (özellikle opioidler, sedatif ve hipnotikler) bağımlı ve şiddetli akut yoksunluk semptomları yaşayan hastalar için detoksifikasyon, tedaviye başlamada gerekli bir adım olsa da, tek başına uzun süreli bir ayıklık ya da madde kullanım bozukluğundan tamamen kurtulmak genellikle yeterli olmamaktadır. Maddeyi kötüye kullanım ve kullanım bozukluğunda, detoksifikasyonu takip eden tedavi/rehabilitasyon sürecinin, başarılı bir iyileşme için zorunlu olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, detoksifikasyondan sonra bu hizmetleri alan hastaların, bu hizmetleri almayan hastalara göre ayıklık başarılarının daha yüksek ve tekrar tedaviye başvuru oranlarının ise daha düşük olduğunu göstermektedir (Gümüş, Kurt, Ermurat ve Feyatörbay, 2011; Tabak, 2010).

1.7.2. Deliryum Tremens Tedavisi

Bu tedavi aydınlatılması iyi yapılmış, ufak, gürültünün olmadığı bir odada uygulanmalıdır. Tedavideki temel ilaç benzodiazepinlerdir. Diazepam günde 40-160 mg dozunda kullanılmaktadır. Hasta krizde veya nöbet geçirir halde gelmiş ise ilk olarak 20 mg ve sonrasında her 30 dakikada bir 10 mg diazepam uygulanır. Hastada deliryum bulguları yok olana kadar iki saat aralıklarla 10 mg diazepam uygulanması devam eder. Kişide deliryum belirtileri yok ise ilk 4 gün sonrasında doz azaltılır ve 15-20 gün sonra kesilir (Yeltepe, 2010).

1.7.3. Rehabilitasyon

Kullanım bozuklukları biyo-psiko-sosyal, kronik ama iyileştirilebilir bir hastalıktır. Kullanım bozukluklarının asıl tedavisi detoksifikasyondan sonra başlar ve kullanıma yeniden başlamayı engellemeyi hedefler. Kullanım bozukluklarının neden olduğu sorunlar ekonomik, sosyal, tıbbi ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Bu sebeple, fiziksel arınma sonrasındaki rehabilitasyon sürecinde kullanım bozukluğu olan kişinin iyileşmesi, yeniden topluma kazandırılması ve yaşamsal becerilerin yeniden kendine öğretilmesi çok önemlidir. Bu sebeple tedavi toplulukları, kendi kendine yardım grupları gibi çeşitli terapi programları geliştirilmiştir. Ayrıca, yatarak ya da ayaktan tedavi sırasında ruhsal ve davranışsal sorunların tedavisi için geliştirilmiş çeşitli psikoterapiler mevcuttur. Kullanım bozukluğu olanlar tedavileri süresince ve sonrasında bu programlara katılabilirler (Gümüş, Kurt, Ermurat ve Feyatörbay, 2011).

1.7.4. Psikoterapi

Detoksifikasyon sırasında ve sonrasında kullanım bozukluğu olanın ruhsal (depresyon, kaygı vb.) ve davranışsal (asosyallik vb.) sorunlarının giderilmesi için kişiye uygun kişisel ya da grup terapileri uygulanmaktadır. Yaygın kullanılan psikoterapilerin amacı, kullanım bozukluğu olan kişinin sorunlarının farkına varmasının ve eğer varsa kaygı, depresyon gibi psikolojik ya da asosyallik gibi davranışsal sorunlarının çözülmesini sağlamaktır. Aşağıda kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan psikoterapilerden yaygın olanlar hakkında bilgi verilmiştir.

1.7.4.1. Davranışçı-Bilişsel Terapi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu danışmanlığında temel hedef, kullanım bozukluğu olan kişiye madde kullanmayı bırakması ve tedavi sırasında ve sonrasında herhangi bir madde kullanmadan temiz kalmayı başarması için yardım etmektir. Davranışçı-bilişsel terapi bu amaçla üç kavramdan faydalanır: “tanı, sakın ve başa çık”. Bu yaklaşımda, danışana geçmiş davranışları ve alışkanlıklarına bağlı olarak madde kullanma riski olan olayları nasıl tanıyacağı ve anlayacağı anlatılır. Bu olaylar tanımlandıktan sonra hastanın, madde ya da alkol kullanmadan bu olaylarla başa çıkabilmesine yardım etmek için yöntemler geliştirilir.

Davranışçı-bilişsel terapinin temel hedefi hastaya stresli ve riskli olaylarla başa çıkmak için alternatif çözümler üretmede yardım etmektir. Terapist, terapi seanslarında hastaya bu yeni becerileri geliştirmesi için yardım eder. Bu beceri eğitiminin ve terapi seanslarında bu yeni alternatiflerin sürekli uygulanmasının, danışanın madde kullanımı yerine yeni bir davranış geliştirme becerisini doğrudan etkiler (Güleç Köşger ve Eşsizoglu, 2015).

1.7.4.2. Aile Terapisi

Aile terapisi, aile temelli bir tedavi programıdır. Aile terapisine, aile seviyesinde değerlendirme ve müdahalelerin etkinliğine inanan tedavi yaklaşımlarının toplamı olarak da adlandırılabilir. Yıllardır, çok farklı aile terapileri geliştirilmiştir. Bunlar, evlilik ve aile terapileri, stratejik aile terapisi, yapısal aile terapisi, bilişsel-davranışçı aile terapisi, çift terapisi, çözüm odaklı aile terapisidir. Günümüzde, madde kullanım bozukluğu tedavisi ve özel müdahaleler için dört hakim aile terapi modeli kullanılmaktadır. Bunlar: aile hastalığı modeli (family disease model), aile sistem modeli (family systems model), bilişsel-davranışsal yaklaşım (cognitive-behavioral approach) ve çok boyutlu aile terapisi modelidir (multidimensional familytherapy model) (Yılmaz, 2015).

1.7.4.3. Relaps Önleme Terapisi

Kullanım bozukluğu sorunu yaşayan bireyler, maddeyi bırakma sürecine girdikten sonra istemeseler de nüks etme ile yüzleşirler. Slip ya da lapse terimi, madde kullanımını izleyen maddeyi bırakma sürecindeki ilk olayı ifade ederken, nüks terimi davranış değişikliğinin devam ettirilmesindeki başarısızlığı ifade etmektedir. Lapse kısa sürede sona erebilir ya da değişik oranda nükse de yol açabilir. Bazı kişiler tam anlamıyla bir nüks yaşayarak tedaviye başlamadan önceki madde kullanım seviyelerine dönerken, bazıları da sadece madde kullanmakta ama başlangıç seviyesine dönmekte ve bu kullanım sonucunda daha az zarar görmekteler. Nüksler, ona eşlik eden medikal ve psikososyal sonuçlar kadar kullanılan maddenin miktar ve sıklığına göre farklılık göstermektedir (Güleç Köşger ve Eşsizoglu, 2015).

İKİNCİ BÖLÜM

KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU

2.1. Kumar Oynama Bozukluğu Epistemolojisi

Kumar oynama bozukluğu zarar verici olumsuz sonuçları olmasına ve durmak istenmesine rağmen şiddetli bir kumar oynama arzusu duyma ile tanımlanır. Kumar sorunu genellikle kumar oynayan kişinin davranışı ile değil kumar oynayan kişiye veya çevresindekilere zarar vermesi ile tanımlanır. Şiddetli kumar problemi olan kişi belli sayıda kriteri karşılırsa klinik olarak kumar oynama bozukluğu olarak tanımlanabilir. Kumar oynama bozukluğu diğer tüm kullanım bozuklukları türlerinde olduğu gibi kişinin kontrol edemediği dürtüleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Eğer kişi obsesif düzeyde kumar oynuyor ise, bu davranışını çevresinden saklayıp hakkında yalan söylüyorsa ve kumar oynayabilmek için hırsızlık veya sahtekarlık yapıyorsa bu onun kumar oynama bozukluğu olduğuna işaret eder (Irmak ve Erdoğan, 2016).

Kumar günümüzde hoş vakit geçirme, eğlence ve dinlenme aracı olarak kabul edilmekte ve popülerliği gün geçtikçe artmaktadır. Kumar, isteyerek risk alma temelinde, kazanan ve kaybeden tarafların olduğu ve genellikle her iki tarafın da bir üretim işi yapmaksızın para kazandığı bir durumdur. Para kazanma durumu daima bir şans faktörü içerir veya yalnızca şansa dayanır. ‘Şans ve beceri’ sözcükleri hangi davranışın kumar davranışı olduğunu anlamlandırmakta önemlidir (Ekşi, 2012).

Ülkemizde kumar sorununa bağlı başvurularda özellikle kumarhanelerin açık olduğu dönemde belirgin bir artış izlenmiştir. Bununla beraber, kumar oynama ülkemizde psikiyatri kliniklerinde diğer bozukluklara göre daha az gündeme gelen bir bozukluktur. Bunun bir nedeni kumar oynama bozukluğunun, çoğu zaman alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ve majör depresif bozuklukla birlikte karşımıza çıkmasıdır. Kumar sorunlarını gizleme eğilimde olan kumar oynama bozuklukları olanlar çoğu zaman kumarın yol açtığı diğer ruhsal sorunlar nedeniyle psikiyatriklere başvurmakta ve asıl tanı olan kumar oynama bozukluğu çoğu zaman klinisyenlerin gözünden kaçmaktadır (Türkcan, Arslan ve Çakmak, 2001).

Kumar oynama bozukluğu yalnız kişiyi etkilemekle kalmayıp tüm toplumu etkilediğinden, bu bozukluğun bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu bozukluğun daha iyi anlaşılmasını sağlamak, uygulanabilir sonuç ve alınabilecek sağaltımların niteliğini arttırmak için ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir. Nitekim alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ve buna yönelik tedavi merkezlerinde kumar oynama bozukluğunun araştırılması önem taşımaktadır. Çünkü kumar oynama bozukluğu olan kişiler genellikle problemlerini inkar edip durum çok ciddi bir hal aldığında yardım arama girişiminde bulunmaktadırlar. Kumar oynama bozukluğunun tedavisinde sıklıkla madde kullanım bozukluğu tedavisi modeli uygulandığından bu kişiler madde kullanım bozukluğu tedavi bölümlerine yönlendirilmelidir (Duvarcı ve Varan, 2001; Güngör, Aşkın, Taymur ve Sarı, 2014).

2.2. Kumar Oynama Bozukluğu Prevelansı

Kumar oynama bozukluğunun yaygınlığı ile yapılan araştırmaları incelediğimiz de yetişkin toplumda %1-3 arasında olduğunu ileri sürülmektedir. Amerika, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da yapılan yaygınlık çalışmalarında ise kumar oynama bozukluğunun görülme sıklığı %0,42-4 olarak bulunmuştur. Derevensky ve arkadaşları (2003) kumar oynama bozukluğunun yaygınlığının, genel yetişkin nüfusa göre gençlerde %4-8 gibi bir oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Kumar oynama bozukluğu erkeklerde erken ergenlikte ve kadınlarda ileri yaşlarda başlamaktadır ve bu gelişmelerin sonucunda hem kumara yatırılan para miktarında hem de kumar sorunu olan kişilerin sayısında belirgin bir artış izlenmektedir. Son otuz yıl içinde kumar oynama maddi sorunlar yaşayan hükümetler tarafından yasal hale getirilmiştir.

Kumarın yasallaşması kumarhanelerin giderek çoğalması nedeniyle kumar sorunları kadınlarda ve gençlerde daha sık görülmeye başlanmıştır. Gençlerin %2-3'ü kumar oynama nedeni ile problemler yaşamakta ve bunların %10-15'i kumar oynama bozukluğu için risk grubu oluşturmaktadır. Kumar oynama ile ilgili problemi olanların %11'i 18 yaş altındadır. Bütün kısıtlamalara rağmen ergenlerin %75'i bir yıl boyunca kumar oynamış, %15'i ise her hafta oynamıştır (Aslan, 2011).

Bir başka araştırmada, kumar oynama sorununun ergenlerde genel toplumdaki 4 kat daha fazla olduğunu bulunmuştur. Birçok kumar oynama bozukluğu olan kişinin kumara 19 yaşından daha erken yaşta başladığı tespit edilmiştir (Bostancı ve Doksat, 2000). Ülkemizde kumar oynayanların sayısı ile ilgili istatistiksel verilerin bulunmamasına rağmen, kumarla ilgili bazı istatistikler incelendiğinde, ülkemizdeki kumar oynayan bireylerin sayısında da bir artış olduğu görülmektedir. Örneğin 1988 yılında bir önceki yıla göre İzmir il merkezindeki ganyan bayilerinin sayısı yaklaşık %50 artarak 155'e ulaşmış olduğu bu artışı göstermektedir (Duvarcı ve Varan, 2001).

2.3. Kumar Oynama Bozukluğunun Eş Tanısı

Kumar oynama bozukluğunun çeşitli ruhsal ve sosyal sorunlara yol açtığı görülmektedir. Kumar oynama bozukluğu ile madde kullanımı, duygu durum bozukluğu, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kumar oynama bozukluğu olan kişilerin %20- 25' inde intihar riski olduğu saptanmıştır. Kumar oynama bozukluğu olanlarda depresyon görülme oranı %75 olarak saptanmıştır. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, cinsel işlev bozuklukları, paranoya ise en sık rastlanılan diğer bozukluklardır (Grüsser, Thalemann ve Griffiths, 2007).

Petry (2001) yaptığı çalışmada madde veya alkol kullanan kişilerdeki kumar oynama bozukluğu yaygınlığını %13-33 arasında olduğunu bildirmiştir. Kumar oynama bozukluğu olanların %50 sinde psikoaktif madde kullanım öyküsü saptanmıştır.

Kumar oynama bozukluğu olan kişilerin %24' ünün esrar, %4' ünün alkol, %11.5' inin kokain, %4.8' inin esrar kullandığı bulunmuştur. Ayrıca cinsiyete göre bakıldığında erkeklerde (%11,9) kumar oynama bozukluğunun kadınlara (%7,5) oranla daha fazla olduğu görülmüştür. 372 madde kullanıcısıyla yapılan başka bir çalışmada erkek madde kullanıcılarından %14' ünde kadınlardan %10' unda kumar oynama bozukluğu saptanmıştır (Akt; Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003).

2.4. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri

'On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışı:

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinir.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri arasında huzursuzluk ya da kolay kızan biri olur.
3. Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için yineleyen, sonuç vermeyen çabaları olmuştur.
4. Sık sık kumar oynama üzerine düşünüp durur (örn. Geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, bir sonraki girişimi engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yolları düşünme)
5. Sıklıkla, sıkıntı duyarken kumar oynama (örn. Çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün iken)
6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra, çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri gelir (yitirdiklerinin ardında koşar).

7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, işini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da yitirmiştir.
9. Kumar oynadığı için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlar.’

2.5. Kumar Oynama Bozukluğunun Etiyolojisi

Kumar oynama bozukluğunun nedenlerini açıklamak amacıyla birtakım biyolojik ve psikolojik kuramlar ileri ortaya atılmıştır. Biyolojik kuramlar yönelik araştırmalarda daha ziyade beyindeki serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik nörotransmitter sistemlerin rolleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bilişsel, davranışçı ve psikoanalitik kuramlar ise daha çok psikolojik ve kişilik yapılanması gibi durumlar üstünde durmuşlardır (Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003).

2.5.1. Biyolojik Kuramlar

Yukarıda da söz ettiğimiz gibi biyolojik kuramlar patolojik kumar oynama bozukluğunu daha çok hormonlar, nörotransmitterler gibi biyolojik açıdan incelemiş ve açıklamışlardır.

2.5.1.1. Serotonerjik İşlev Bozukluğu

Kumar oynama bozukluğu ve diğer dürtü kontrol bozuklukları arasındaki fenomenolojik benzerlikler kumar oynama bozukluğu olanlarda serotonerjik anormalliklerin varlığının düşünülmesine yol açmıştır. Serotonin işlev bozukluğu sıklıkla yangın çıkartma, ateş yakma, saldırganlık ve intihar davranışı gibi diğer dürtüsel davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Dürtüsellik kortikal inhibisyonda bir yetersizlik olduğu anlamına gelir.

Bu süreçte serotonerjik sistemin rolü vardır. 27 erkek patolojik kumar oynama olgusu üzerinde yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre serotonerjik işlevde bozulma olduğunu bulunmuştur. Doğrudan ve dolaylı kanıtlarla birçok araştırma kumar oynama bozukluğunda serotonerjik işlevde bozukluk olduğunu ortaya atmıştır (Grüsser, Thalemann ve Griffiths, 2007).

2.5.1.2. Noradrenerjik İşlev Bozukluğu

Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) noradrenalin (NA) uyarılma ve dürtü kontrolü ile ilişkili fizyolojik işlevlerde etkindir. Roy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmada uyarılmaya bağlı kumar oynama bozukluğunun patofizyolojisinde NA sisteminin etkinliğine değinilmiştir. Bir başka çalışmada kumar oynama bozukluğu hastalarında MSS MHPG (NA metabolitidir), plazma MHPG, idrardaki NA ve vanilmandelik asit düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur. Buna ek olarak, noradrenerjik işlevlerin bu göstergeleri ile Eysenk Kişilik Anketi'nin dışadönüklük ölçeğinde alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Gönül, 2002).

2.5.1.3. Dopaminerjik İşlev Bozukluğu

Dopaminerjik sistem ile ödüllendirme mekanizmaları ve kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiye işaret eden birçok araştırma mevcuttur. Kumar oynama bozukluğu ve dopaminerjik sistem ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda dopaminerjik etkinliğin düştüğü bazı çalışmalarda ise farklılık olmadığı saptanmıştır (Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003).

2.5.2. Psikoanalitik Kuramlar

Patolojik kumar oynamaya ilk kez bir açıklama getirmeyi deneyenler psikanalistlerdir. İlk psikanalistler kumar oynama bozukluğunu anal dönem özellikleri ile ilişkilendirmişler veya fallik dönem karmaşası ile açıklamaya çalışmışlardır. Rosenthal (1992) patolojik kumar oynamanın ödipal evreden çok preödipal evre ile daha yakın bir ilişki içinde olabileceğini ileri sürmüştür. Farklı birçok bağımlılık alanında olduğu gibi patolojik kumar oynama ile ilgili olarak daha yeni psikoanalitik araştırmaya rastlanmamıştır (Roy, Dejong ve Linnoila, 1989).

2.5.3. Davranışsal Kuramlar

Davranışsal kuramlar kumar oynama bozukluğunu bir pekiştirme süreci aracılığıyla kazanılan öğrenilmiş bir davranış olarak görmektedirler. Bu konuda araştırmacılar arasında bazı çelişkilerde mevcuttur. Fakat bozukluğun başlangıç evresindeki “kazanma döneminin” pekiştirmede önemli bir rolünün olduğu konusunda genel bir görüş birliği vardır. Bunun haricinde pekiştirmeyi beyinle ilgili içsel bir olay olarak gören açıklamalar da vardır (Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003).

2.5.4. Bilişsel Kuramlar

Bazı yazarlar kumar oynama bozukluğunun gelişimi ve sürdürülmesinde bilişsel çarpıtmaların, sapmaların rolünün önemini üstünde durmuşlardır. Kumar oynama kişide denetleyebilme, egemen olma yanılsaması ve kişinin sonuçları kontrol edebileceği algısı yaratabilir. Ayrıca birey olumlu sonuçlar elde etme olasılıklarına ilişkin yanlış sonuçlar çıkarabilir ve kumar oynamanın sonuçlarının anlamını çarpıtarak ilgili bir dizi akıldışı düşünce geliştirebilir. Düzenli olarak kumar oynayanların arada sırada kumar oynayanlardan daha çok sayıda akıldışı düşünceye sahip olduğu ve bu sebeple düzenli olarak kumar oynayanların risk alma davranışının daha yüksek olduğu ortaya atılmıştır (Pektaş, Kalyoncu, Tan ve Beyazyürek, 2003; Grüsser, Thalemann ve Griffiths, 2007).

2.6. Kumar Oynama Bozukluğu Sonuçları

Kumar oynama bozukluğu davranışının bozukluğu olan bireye ve çevresine, ailesine, hayatı zarar vermektedir. Kumar bağımlılığının sonuçlarını ve zararlarını birkaç alt başlık ile şöyle açıklayabiliriz.

2.6.1. Bireysel Sonuçlar

Kumar oynama bozukluğu bireyleri olumsuz etki etmekte ve bu etkiler şu şekilde sıralanmaktadır (Arısoy, 2009):

- Psikolojik sorunlara yol açar
- Diğer kullanım bozukluğu oluşturan maddelere kolayca bulaşma ihtimali kuvvetlenir (alkol, sigara gibi)
- Kazanma hırsı ile birlikte kişi kendisine ve çevresine zarar vermekten kaçınmaz
- Kumar tutkusu nedeniyle ailesine ve çevresine karşı sorumluluklarını yerine getirmez
- Fizikî zararlarla neticelenebilecek karmaşık bir ilişkiler ağına dahil olur (Bu tür sektörlerin kimlerin elinde olduğu bilinmemekte ve kişi kazananın olmadığu bir dünyanın içine itilmektedir).

2.6.2. Ailesel Sonuçlar

Kumar oynama bozukluğunun ailesel boyutta etkileri şu şekilde sıralanabilir (Arısoy, 2009):

- Ailede ve aile bireyleri arasında güven ortamı kaybolur
- Ailede maddi ve manevi kayba yol açar ve bu kayıplar yüzünden psikolojik, ailev ve toplumsal sorunlar ortaya çıkar (boşanma, aile içi şiddet gibi)
- Kumarın finansmanı için girişilen ilişkiler aile düzenine ve bireyelerine yansır

2.6.3. Topluma Bağlı Sonuçları

Kumar oynama bozukluğunun toplumsal sonuçları şu şekilde belirtilmiştir (Maccallum ve Blaszczynski, 2003):

- Haksız kazanç meşru hale gelir; kolay kazanç yeni nesillerin ideali haline gelir
- İlegal yapı ve organizasyonlar bu yollarla g ve servet kazanır
- Çalışma, alın teri, hak ve hukuk gibi toplumun temeli olan anlayışlar itibardan düşer
- Toplumsal ahlk yara alır
- Menfaat ve kazanma hırısı bütün toplumsal ilişkilere yansır
- Toplumdaki huzur ve güven zedelenir

2.7. Kumar Oynama Bozukluğu Olan Kişilerin Kişilik ve Mizaç Özellikleri

Kumar oynama bozukluğu olan kişilerin depresif olma eğilimin olduğu ve bundan kurtulmak için kumar oynamayı seçtikleri belirtilmiştir. Blaszczynski (1994) yayınladığı makalesinde kumar oynayan kişileri kendilerini kimyasal olarak iyi hissettiğini oyun bitince de huzursuz ve depresif olduklarını vurgulamıştır. Kumar oynama bozukluğu olanların bazı ortak karakteristik özellikleri vardır (Köse, Çınar, Akduran, 2013). Bunlar:

- Kumar oynamadıkları zaman kendilerini güvende hissetmezler
- Kumar oynadıklarında kendilerini sosyal bir çevrede hissederler
- Büyük miktarda para kazanmak için güdülenmişlerdir
- Maddi olarak sorun yaşadıklarında kumarın bu sorunu aşmada tek yardımcı olduğunu düşünürler
- Gerçeklikten ve sorunlardan uzaklaşmak isterler
- Zamanlarını kaliteli geçirecek aktiviteleri olmadığı için sürekli uğraş ararlar
- Kumar oynayarak zengin olacaklarını düşündüklerinde çalışkan değildirler
- Kumarda yaşadıkları kayıplara rağmen zengin olma düşüncesinden vazgeçmezler
- Güçlü bir beden algısına sahip olma ihtiyacındadırlar
- Kumar oynamanın heyecan verici ve problemleri unutturan bir etkisi olduğuna inanırlar

Genel olarak baktığımızda kumar oynama bozukluğu olan kişilerin özelliklerini dört şekilde kısaca şu aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz

- Gerçekleri kabul etmede isteksizlik ve zorlanma
- Duygusal güvensizlik yaşama
- Olgunlaşmamışlık (immatüre)
- Hayalperest ve lüks düşkünü olma

Shapira ve arkadaşları (2000) yapmış oldukları internet bağımlılığı ve kumar oynama bozukluğu üzerine yapmış oldukları çalışmada kumar oynama bozuklukları olanlarda aşırı özgüven, güç denetiminde sorunlar yaşama ve çeşitli batıl inançlar saptamıştır (Gönül, 2002).

Dickerson (1989) kumar oynama bozukluğu tanısı almış bireylerle yapmış olduğu çalışmada kumar oynama bozuklukları olanların yaklaşık üçte birinin sinirlilik, çabuk öfkelenme, psikomotor ajitasyon, dikkati yoğunlaştırmada güçlük çekme ve başka somatik şikayetler gibi yoksunluk belirtileri gibi özelliklerinin olduğunu belirtmiştir. Corless ve Dickerson (1989) yapmış olduğu çalışmada kumar oynama bozukluğu olan kişilerde yoğun bir irrilabilite özellikle kumar oynayamadıkları durumda bastırılan hazdan dolayı yoğun bir kaygı ve huzursuzluk olduğunu saptamıştır (Akt; Türkcan, Arslan ve Çakmak, 2001).

2.8. Kumar Oynama Bozukluğu ve Dürtüsellik

Kumar oynama bozukluğunun tanımlanması, dürtü kontrolünün bozuk olması, kompulsif niteliği, bağımlılık sendromlarına benzer klinik özellikler göstermesi nedeniyle zorluk göstermektedir. Bu yüzden kumar oynama bozukluğunun ruhsal bir bozukluk olup olmadığı sıklıkla tartışılmaktadır. En yaygın görüş kumar oynama bozukluğunun ruhsal bir bozukluk olduğudur. Birçok çalışmada madde kullanımı ile kumar oynama bozukluğu arasında benzerlikler olduğuna işaret edilmektedir.

Kumar oynama bozukluğu, nevrotik bozukluklar spektrumu altında incelenirken bazı görüşlere göre kumar oynama bozukluğunun aslında bir bağımlılık davranışı olduğu, bağımlılığın temelinde de kişinin kendi davranışlarını denetleyememesinin bulunduğu belirtilmekte, “bağımlılık kategorisi içerisinde yer alması gereken bir ruhsal bozukluk” olarak değerlendirilmektedir (Lorenz ve Yaffee, 1988; Türkcan, Arslan ve Çakmak, 2001).

Günümüzde kumar oynama bozukluğu ile ilgili çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır. Hem WHO hem de APA kumar oynama bozukluğunu bir dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırmaktadır. Gerçekten de birey zamanla kendisini kumar oynamaya yönelten dürtülere karşı koyamayacak hale gelmektedir. Dürtü kontrol bozukluklarının paylaştığı ortak özellikler şunlardır (Güngör, Aşkın, Taymur ve Sarı, 2014):

1. Bireye ve çevresindekilere yönelik zararlı sonuçları olan davranışa yönlendiren dürtüye karşı koyamama
2. Davranışı gerçekleştirme öncesinde artmış duygusal rahatsızlık ve gerginlik
3. Davranış sonrası doyum ve sevk yaşama
4. Bazı durumlarda, doyum sağlandıktan sonra suçluluk, pişmanlık gibi olumsuz duygular olması

Bu özelliklerin tümü kumar oynama bozukluğu olan kişide kolaylıkla fark edilebilir. Kumar oynama bozukluğu olanların yaşamlarında depresyon oranı oldukça yüksektir. Bazı araştırmalarda bu oranın %75'lere vardığı bildirilmiştir. Bu verilerden yola çıkarak pek çok çalışmada kumar oynama bozukluğunun bir tür duygu durum bozukluğu olabileceği görüşü ileri sürülmüştür (Roy, Custer, Lorenz ve Linnoila, 1988).

Ko ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da internet ve kumar oynama bozukluğu ile madde kullanımı olan ergenlerin kişilik özellikleri arasındaki farkları incelenmiştir. İnternet ve kumar oynama bozukluğu olan ergenlerin madde kullanımı deneyimi olma ihtimalinin daha yüksek olduğu, yenilik arayışının ve kaçınma boyutlarının yüksek, ödül bağımlılığının daha az olmasının gençlerde internet bağımlılığının yordadığı bulunmuştur. Ayrıca internet kullanım bozukluğu olan grupta zarardan kaçınma puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Potenza ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu çalışmada kumar oynama bozukluğu ile dürtüsellik ve anlık heyecan arasında güçlü düzeyde bir ilişki saptamıştır. Koob (2009) yapmış olduğu araştırmada Dürtüsellğin kumar oynama bozukluğunun ilk dönemlerinde kompulsivitenin ise ilerleyen dönemlerde daha baskın olduğu saptamıştır.

Blanco ve arkadaşları (1996) yaptığı çalışmada-kumar oynama bozukluğu olan kişilerin kontrol gruplarına göre serotonerjik işlevlerinde bozulma olduğu saptamıştır. Bu durumda kumar oynama bozukluğunun dürtüsel yönünün kuvvetli olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Başka bir araştırmada kumar oynayan kişilerde azalmış plazma 3-metoksi-4 hidroksifenilglükol (MHPG), idrarlarında artmış norepinefrin atılımı tespit edilmiştir. Bu sonuçla birlikte bu kişilerdeki heyecan arayışı noradrenerjik defisit ile açıklanmaktadır. Bu bulgular kumar oynama bozukluğunun dürtüsel yanının varlığını ve etkisini desteklemektedir (Roy, Dejong ve Linnoila, 1989).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DÜRTÜSELLİK

3.1. Dürtüsellik Epistemolojisi

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

Dürtüsellik genellikle; dikkatsizlik, risk alma davranışı, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini zayıf hesaplama davranışlarıyla kendini gösteren çoğunlukla ortama uygun olmayan, iyi bir şekilde planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açabilecek farklı davranış türleriyle ortaya çıkmaktadır. Dürtüselligi; risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihni toplamakta zorluk ile ilişkisini saptayan Eysenck ve Eysenck (1985): dar dürtüsellik (narrow impulsiveness), risk alma, plan yapmama ve canlılık (liveliness) olmak üzere dürtüselligi dört alt bölüm olarak ayırmıştır (Yazıcı ve Yazıcı, 2010).

Barratt ve Patton (1983) tarafından ise dürtüsellik; davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak açıklanmaktadır. Patton ve arkadaşları (1995) dürtüselligin farklı bileşenlerini yansıttığını savundukları; dikkat ile ilgili dürtüsellik (o andaki görevi üzerine odaklanabilme ve zihinsel instabilite), motor dürtüsellik (anlı hareket etmek, perseverans) ve plansızlık (kendini kontrol ve bilişsel karmaşıklık) olmak üzere üç üst düzey etmen olarak ortaya atmıştır (Akt; Tuna, 2015).

Whiteside ve Lynam'n (2001) dürtüsel davranışa yol açan kişiliği anlamak için önerdikleri modelde ise dört kişilik boyutu olduğunu savunmuştur. Bunlar:

1. Sıkışıklık: stres ve negatif duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim,
2. Tasarlama eksikliği: olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma,
3. Sebatsızlık: sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk,

4. Heyecan arayışı: riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimleri sevme ve bunları arama

Dickman (1990) dürtüsellik kavramını; işlevsel olmayan dürtüsellik ve işlevsel dürtüsellik olarak iki boyutlu olarak incelemiştir. Buna göre; işlevsel olmayan dürtüsellik; yetersiz olarak tasarlanmış, zamanından önce ortaya konulan, fazla derecede riskli ya da duruma uygun olmayan ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlar doğuran düzensizlik, karar alırken kesin gerçekleri görmezden gelme eğilimi, düşünmeden hareket etme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel dürtüsellik ise; öyle yapmanın faydalı olduğu durumlarda hızlı karar verme eğilimi ile ilişkilendirilmiştir.

Davranış bilimlerine göre ise dürtüsellik; yüksek derecede arzulanan kazançlar için içsel ve dışsal olarak güçlü bir isteğin harekete geçirilerek hızlı koşullanmış cevaplar ve refleksleri geçici olarak baskılayarak daha yavaş zihinsel mekanizmalara yönlendirilmesiyle karakterizedir. Buna göre Gray'in (1987) kişilik teorisinde de bahsedildiği gibi yüksek dürtüsellik seviyesine sahip bireylerin bilişsel mekanizmaları, gecikmeli olarak gelecek ödüllere daha az toleranslıdır (Yazıcı, Yazıcı, 2010).

Brunner ve Hen (1997) dürtüsellik motor (davranışsal) ve bilişsel olmak üzere iki boyutta ele almıştır. Davranışsal dürtüsellik özellikle "Git/gitme", "ters öğrenme", "sürekli performans" gibi hayvan deneylerinde çalışılmıştır ve yanıt engelleme ile eş anlamlıdır. Yine hayvanlarda agresyon, anksiyete ve bağımlılık durumlarında yapılan 5-HIAA (5 hidroksiindol asetik asit) çalışmaları motor dürtüsellik ile ilişkilidir Bilişsel dürtüsellik ise yakın zaman ve gelecekteki olayları tartamama ve hazzı erteleyememe olarak tanımlanabilir (Akt; Batıgün ve Şahin, 2003).

3.2. Dürtüsellik Prevelansı

Dürtüsellik genellikle okul öncesi yaşlarda fark edilmeye başlar. Çocuğun okul dönemi geldiğinde dürtü kontrol bozukluğu belirgin hale gelir. Erkeklerde kızlara oranla daha sık görülebilir. Dürtü kontrol bozukluğu olan çocuklarda hiperaktivite ve dikkat eksikliği görülme olasılığı da fazladır.

Dürtüsellik sorunu yetişkinlere nazaran çocuklarda daha fazla görülür. Bu soruna maruz kalan çocuklar yöneltilen sorulara esnek bir şekilde yanıt veremez ve dolayısı ile olayları sağlıklı bir şekilde algılayarak değerlendiremez. Karşı karşıya kaldığı sorunları çözmekte güçlük yaşar. Çocuk okulda sırasını beklemeden ya da parmak kaldırmadan öğretmenin yönelttiği soruya cevap verebilir. Ayrıca oyunlarda araya girmek, yerinde oturamamak, başkalarının konuşmalarını kesmek gibi davranış bozuklukları sergiler. Karşıdaki kişi çocuğa bu tür davranışları neden yaptığını sorduğunda, çocuk engel olmadığını açıklar. Kişi kendini kontrol etmek için çabalasa da bunu beceremez, çevrede kontrolsüz bir görünüm yaratır. Bu tür davranışlardan dolayı çocuklar derslerinde başarısız olurlar (Zincir, Zincir, Sünbül ve Kaymak, 2012).

3.3. Dürtüsellik Tanı Kriterleri

DSM-IV-TR’de “başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları” başlığı altında gruplandırılmışlardır. DSM-IV-TR’ye göre bu grupta yer alan bozukluklar; aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, piromani, patolojik kumar oynama ve trikotillomanidir. Bu beş bozukluk dışında yer alan ve dürtüsellik gösteren diğer bozukluklar “başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları” başlığı altında birleştirilmiştir. Bu bozukluklara sahip kişilerin temel özellikleri şunlardır:

1.Kendileri veya başkaları için zararlı olan bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar. Eylemde planlı ya da plansız olabilirler.

2.Eylemden önce gittikçe artan bir gerilim ve sıkıntı duygusu yaşarlar.

3.Eylemi gerçekleştirmekten dolayı bir tatmin ve rahatlama duygusu sağlanır. Eylem tamamen benlikle uyumludur. Eylemden sonra suçluluk ya da pişmanlık hissedebilir ya da hissetmeyebilir (Batıgün ve Şahin, 2003; Lipszyc ve Schachar, 2010).

3.4. Dürtüsellik Etiyolojisi

Dürtüsellik kavramının tanımını üstteki paragraflarda yapmıştık. Dürtüsellik oluşumunda ve diğer evrelerinde birçok nedeni vardır. Bu nedenler birçok kuramla ve birçok açıdan da açıklanmıştır. Bu açıklamalar kısaca aşağıdaki gibidir.

3.4.1. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kurama göre dürtüsellik, içsel dürtülere yönelik azalmış ego (benlik) gücü nedeniyle oluşan gerginliği azaltmak amacıyla oluşan eylemdir. Bir başka söyleyişle dürtüsel davranış, anksiyete, suçluluk, depresyon ve diğer acı veren duyguların üstesinden gelmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. İçsel tehlikelere karşı agresyon, madde kullanımı veya cinsel davranış ile doyum sağlanmaya çalışılır. Kendilik psikolojisine göre ise dürtüsellik, düşük kendilik algısı ile yakından ilişkilidir. Bakım veren veya yakın ilişkilerinde aradığı doyum ve güveni bulamayan bireyler, zedelenmişlerinin üstesinden gelmek ve düşük benlik değerlerini düzeltmek için dürtüsel davranışlarda bulunmaktadır. Öyleyse psikodinamik kurama göre dürtüsellik oluşumunda erken çocukluk dönemi ve bakım verenlerle kurulan niteliğin büyük bir etiyolojik öneme sahip olduğu kaçınılmaz bir gerçektir (Lipszyc ve Schachar, 2010; Whiteside, ve Lynam, 2001).

3.4.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kurama göre dürtüsellik, mizacın bir bileşenidir. Davranışçı kuram dürtüsellik, ödülle davranışsal ve fizyolojik yanıtı belirleyen biyolojik inhibisyonda ki bir bozukluğun yol açtığını öne sürmektedir. Ayrıca dürtüsel davranışı, daha az fakat hızlı ödülü, ertelenmiş ancak daha büyük ödülle tercih etme olarak açıklamaktadır. Sosyal öğrenme kuramcıları, çevrede bulunan birbirinden bağımsız ve görece farklı öneme sahip uyaranlara verilen yanıtın, ödülle ulaşma yanıtını belirlediğini ve bu eylemin öğrenilmiş bir bileşeni de olduğunu belirtmektedir (Whiteside, ve Lynam, 2001).

3.4.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramın gelişimi ile dürtüselliğin sadece eylem değil, bilişsel bir bileşeni de olduğu öne sürüldü. Dürtüsellik, genetik temeli olan, inhibisyon ve karar alma da rol oynayan beyin kısımlarının etkilendiği, öğrenilmiş davranışların da katkıda bulunduğu bir kavram olarak ele alındı. Bilişsel olarak kişiler dürtüsellik durumunda muhakeme ve sorgulama işlerini göz ardı ettikleri yapılan çalışmalar sonucu ortaya konmuştur (Whiteside ve Lynam, 2001).

3.4.4. Biyolojik Kuram

Dürtüselliğin kalıtımı üzerine pek çok aile çalışması ve genetik çalışma yapılmıştır. Çok yönlü kişilik envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada, dürtüselliğin kalıtılabilirliğinin %45 oranında olduğu saptanmıştır. Mizaç ve karakter envanteri kullanılan başka bir çalışmada ise bu oran %50 olarak bulunmuştur. Cevap engelleme kullanıldığı bir ikiz izlem çalışmasında, dürtüsel davranışın 12 yaşında %30, 14 yaşında ise %51 oranda kalıtıldığı saptanmış, bu durum dürtüselliğe genetik etkinin yaşla arttığı şeklinde yorumlanmıştır. Maymunlarda yapılan bir çalışmada, dürtüselliğin, serotonin metabolizması ile ilişkili varyasyonlarla korelasyon gösterdiği saptanmıştır. İnsanlarda nöroreseptör gen polimorfizmleri ve agresyon ile dürtüselliği araştıran araştırmalar yapılmış birbiri ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (Grant ve Chamberlain, 2014).

3.5. Dürtüselliğin Sonuçları

Dürtüsellik kavramını oluşumunu ve nedenlerini yukarıda açıkladık. Dürtüselliğin nedenleri gibi sonuçları da çok boyutludur. Birden fazla yapıyı ve durumu şekilde etkileyen dürtüsellik bazen tek başına bir sorun iken bazen diğer psikolojik hastalıklarda birlikte baş gösterebilir. Örneğin: akademik başarısızlık, evlilik hayatında başarısızlık, sosyal iletişimde başarısızlık, depresyonda sık karşılaşılan yetişkinlik problemleri olmakla beraber, alkol ve madde kullanım bozukluğu, kumar, aşırı para harcama, şiddete eğilim, yeme bozuklukları gibi. (Özdemir, Aydın ve Selvi, 2012).

Dürtüsellik çocuğun davranışlarını kontrol edebilme, günlük yaşantısını, derslerini, ödevlerini planlama, isteklerini durdurabilme ve erteleyebilme, kurallı yaşantıya uyma ve sürdürmede güçlük ve zorlanma durumudur. Genellikle çocuklar davranışlarının sonuçlarını düşünmeden yaparlar, risk alırlar ve sabırsızdırlar. Davranışlarını kontrol etmede zorluk çekerler, çevreleri ile sürekli sürtüşme halindedirler, uyarıları ya algılamazlar ya da kabul etmezler. Çocuklar davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket ederler, risk alırlar ve sabırsız olurlar (Akboya, 2016).

Bunların yanında çocukluk çağında ortaya çıkan ve çözülmeyen yetişkin bireylerde de birçok olumsuz sonucu vardır. Dürtüsellik problemi olan kişiler, olayları sağlıklı olarak değerlendirmekte zorlanırlar, problem çözme yöntemlerini bulma ve kullanmada, çevrelerinde gelişen olayların farkına varmakta ve açık uçlu soruları anlamakta, cevaplandırmakta güçlük çekerler. Dürtüsel davranışları nedeniyle akademik ve sosyal alanda psikolojik problemler yaşarlar. Akademik başarıları genellikle düşüktür ve yaşadıkları problemlerle tek başlarına baş edemezler. Bu nedenle dürtüsellik sorunu ile karşılaşan aile ve bireylerin destek alması gerekmektedir (Lipszyc ve Schachar, 2010).

3.6. Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları ve Dürtüsellik

Dürtüsellik önemli bir psikiyatrik sorundur. Pek çok psikiyatrik rahatsızlıkla komorbiditesi olan dürtüsellik, alkol ve madde kullanım bozukluğu ilişkilendirilmektedir. Dürtüsellğin madde kullanımında bir risk faktörü olduğu uzun yıllardır savunulmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan grubun dürtüsellik skorları daha yüksek saptanmıştır. Alkol ve kokain kullanım bozukluğu olanları inceleyen bir metaanalizde, her iki grupta da sağlıklı kontrollere göre dürtüsel davranış ve seçim oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kannabis kullanım bozukluğu olanlarda da dürtüsel davranış kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise madde kullanım bozuklukları olanlar, alkol kullanım bozuklukları olanlara göre daha dürtüsel bulunmuştur (Grant ve Chamberlain, 2014)

Kronik alkol ve madde kullanımı sonrası dürtüsellğin arttığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Bir meta analizde madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsel davranışın orta düzeyde arttığı saptanmıştır. Ağır kannabis kullanıcıları ile alkol kullanım bozukluğu olanlarda da dürtüsel davranışın arttığı gösterilmiştir. Alkol veya maddeye erken başlama ve kullanım miktarı ve sıklığının fazlalığı da dürtüsellği arttırmaktadır.

Günümüzde kullanım bozuklukları ile dürtüsellik arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Dürtüsel bireylerin kullanım bozukluklarına yatkın olduğu ve alkol veya madde kullanımı sonrası dürtü kontrolündeki sorunların arttığı, bunun da bir kısır döngü oluşturarak bağımlılığı ağırlaştırdığı belirtilmiştir. Bazı yazarlar tarafından dürtüsellğin, kullanım bozuklukları sınıflandırma sistemlerinde daha spesifik tanı ve tedavi olanakları oluşturulması amacıyla bir alt belirteç olarak belirtilmesi önerilmiştir (Lipszyc ve Schachar, 2010).

Kullanım bozuklukları için net bir kişilik yapılanması tanımlanamasa da alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi bazı kişilik özellikleri açısından kontrollerden farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada dürtüsel şiddete başvuran suçlularda, kundakçılarda ve başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları olan kişilerde madde kullanımı ve kullanım bozukluğunun genel popülasyona göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012).

3.7. Dürtüsellik Mizaç ve Kişilik Özellikleri

Dürtüsel davranışta bulunmaya kişilik özellikleri katkıda bulunmaktadır ve bu kişilik özellikleri dürtüsel davranışta bulunmak konusunda bireye motivasyon sağlayarak davranışsal kontrollerin kullanımına müdahale edebilmektedir. Bu olay kişinin riskli davranışları destekleyen çevreleri ne kadar etkin bir şekilde aradığına göre değişmektedir. Bu anlamda kişilik özellikleri; ödüle duyarlılık veya cezaya duyarlılık gibi çeşitli durumlar için motivasyon sağlamaktadır. Fakat düşük kontrol veya düşüncesiz dürtüsellik (rash impulsivity) bu davranışsal fırsatı destekleyen sonuca götüren bir motivasyon sağlamasa bile, yine de bireylerin bu davranışlara girişirken ne kadar risk aldıkları ile ilişkili olabilmektedir (Maher, Thomson ve Carlson, 2015).

Riskli davranışlardan olan antisosyal davranış problemleri olan çoğu bireyin yüksek dürtüsellik gösterdiği bilinmektedir. Romero ve arkadaşlarının (2001) bireylerin kişilik özellikleri ile antisosyal davranışlar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; dürtüsellik düzeyi ve antisosyal davranışlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş; bireylerin dürtüsellik seviyeleri yükseldikçe antisosyal davranışlarda bulunma oranlarının arttığı ortaya konmuştur (Loney, Frick, Clements, Ellis, Kerlin, 2003).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MİZAÇ

4.1. Mizaç Nedir

Mizaç psikolojiye çok eski zamanlarda girmiş bir kavramdır. Mizaç kelimesinin karşılığı Türkçe'ye karışım anlamına gelen "temperare" sözcüğünden türetilmiştir. Mizaç yapısal, kalımsal ve biyolojik temellere dayanan ve tekrarlayan duygu, düşünce ve davranış özelliklerinin tümüdür. Mizaç doğumdan itibaren var olan, genetik boyutları olan ve gelişim boyunca süreklilik gösteren durağan olmayan özelliklerdir (Kesebir, Vahip, Akdeniz ve Yüncü, 2005). Bu haliyle mizaç doğumdan ölüme kadar kişinin yaşamını etkileyen dinamik bir kavramdır. Bu kavramın birçok yönü olması nedeniyle açıklamaya dönük bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Araştırmacı ve kuramcıların kendilerine özgü açıklamaları olsa da mizacın tanımı belirli kavramlar üzerinden yapılmaktadır.

4.2. Mizacı Açıklayan Yaklaşımlar

Mizacın tanımına yönelik olan yaklaşımlar düşündüğümüzden daha eski zamanlara dayanmaktadır. İnsanların farklı mizaç özelliklerine sahip olduğu Hipokrat ve Galen'in beden sıvılarıyla (sarı, siyah, safra ve kan kırmızı) ilişkilendirdikleri dört mizaç tipi yapısından günümüze kadar mizaç araştırılmaktadır. Hipokrat mizacın biyolojik yönün açıklaması önemlidir. Knetschmer'a göre ise mizaç, bendensel faaliyetlerin bağıntılı bulunduğu kandaki kimyasal durumdan oluşan ruhsal olaylar mizacı oluşturmaktadır (Akt; Aslan ve Demir, 2008). Bu haliyle mizaç kimyasal ve ruhsal bir boyutta incelenmiştir. Diğer yandan bedensel bir boyuta da değinilmeye çalışılmıştır (İbiloğlu ve Çayköylü, 2011).

Cloninger (1987)'e göre ise mizaç, duygusal bir uyarana karşı verilen tepkinin kişiden kişiye göre değişmesi olarak tanımlanmıştır. Bu noktada mizaç daha dar bir kalıba sığdırılmaya çalışılmıştır. Goldsmith ve arkadaşları (1987) ise mizacı tek bir özellik üzerinden açıklanamayacak bir durum olarak açıklamaktadır.

Başka bir tanım ise mizacı açıklarken dikkat ve öz düzenleme gibi süreçler esnasında görülen bireysel farklılıkların üstünde durmuştur (Taşdöven, Emhan ve Dönmez, 2012; Yılmaz, Gencer, Ünal ve Aydemir, 2014). Bireysel farklılıkların önemine bir kez daha dikkat çekilmiştir. Doksat ise mizacı, duygu ve dürtünün biyolojik temellerinin bir sonucu olmakla beraber duygular temelli olan becerilerin, alışkanlıkların bir bütün oluşturmasının altında var olan süreçler olarak tanımlanmaktadır. Doksat'ın tanımı daha profesyonel, genelleyici, güncel ve dışa vuruk bir tanım olması sebebiyle, yapılan tanımlar içinde en uygunu olduğu söylenebilir (Akt; Arkar, 2010).

4.3. Mizacın Boyutları

Mizaç açıklandığı gibi karışık ve dinamik bir kavram olması sebebiyle birtakım boyutlardan oluşmaktadır. Cloninger ve arkadaşları (1993) psikobiyolojik kişilik kuramında mizacı dört boyutta sınıflandırmışlardır (Akt; Arkar, 2008). Bu boyutlar şu şekildedir; zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme. Bu boyutlar psikolojik ve biyolojik bakış açılarının birleşimi yönünden incelendiğinde daha bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Mizacı boyutlara ayırmak hem tanımlamayı hem de yapılan çalışmaları kolaylaştırıcı bir özellik taşır. Mizacın her yönünün ayrıntılı ele alınmasına olanak sağlar.

4.3.1. Yenilik Arayışı Boyutu (Novelty Seeking)

Mizacın bu boyutu daha çok bedensel aktivitelerle birlikte kullanılır. Yeniliğe cevap olarak fazla araştırmacı faaliyet, kararlarını dürtüsel olarak alma, ödül alma durumu ortaya çıktığında aşırılığa kaçan hareketler ve taşkınlık, hızlı ve kolay sinirlenme, engellenmeden aktif olarak kaçınma gibi davranışların etkin hale geçmesinde ve başlamasındaki eğilim olarak açıklanabilir. Ayrıca bu boyut dört alt bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler şöyledir; birinci bileşen; keşfetmekten heyecan duyma-katılık, ikincisi, dürtüsellik- düşüncelilik, üçüncüsü, savurganlık-tutumluluk ve sonuncu bileşen ise, düzensizlik- düzenli olmadır (Arkar, 2008).

Bu boyuttun ortalamasının üstünde ya da ortalamasında olan kişiler, dürtüsel, araştırmayı seven, çok çabuk tahrik olabilen, basit bir şekilde sınırlendirilebilen, düzensiz ve plansız, bu mizaç boyutunda olan bireylerin bir şeye olan ilgileri çok çabuk sönebilir ve yaptıkları işlerden çok çabuk sıkılabirler kişiler olarak sınıflanabilir. Altında olan kişiler tam tersi özellikler gösterirler. Cloninger'in mizaç envanterinde yenilik arayışının dört alt ölçeği vardır. Bunlar; heyecan arama ve katılık, düzensizlik ve düzenlilik, müsriflik ve tutumluluk son olarak da dürtüsellik ve düşünceliliktir (Arkar, 2010).

4.3.2. Zarardan Kaçınma

Mizaç boyutunun ikincisi olan zarardan kaçınma, gelecekte çıkabilecek problemler ile ilgili olumsuz kaygılar ve endişeler, belirsizlik korkusu yabancı insanlardan kaçınma, utanma gibi pasif kaçından davranışlar ve davranışların sonlanmasındaki kalıtsal taraflılık, eğilim olarak tanımlanabilir. Bu boyut daha çok beynin engelleyici mekanizmasındaki farklılıklarla ilgilidir. Mizacın bu boyutunda ortalamadan yüksek alan bireyler, tedbirli, aşırı gergin, kaygılı, fazla utangaç kişilerdir. Bu boyutta olan kişiler çok çabuk yorulabilirler ve kronik yorgunluğa yatkındırlar. Başka insanlardan gelebilecek eleştiriye karşı çokça hassastırlar (Arkar, 2004). Gerçekleşecek bir tehlikeye karşı tetikte ve dikkatli olmaları bu mizaca sahip kişilerin faydasına olurken, tehlike yaratacak bir durum söz konusu değilken aşırı ketlenmiş ve dikkatli olmaları ise zararlarıdır.

Yüksek zarardan kaçınma davranışlarının kişileri depresyon ve anksiyete gibi durumlara sürükleyebilir ve bu kişilerde düşük benlik saygısına rastlanabilir. Bu mizaç boyutunun dört alt boyutu ise şöyledir; beklentisel endişe- iyimserlik, belirsizlik korkusu- güven, utangaçlık- toplumu sevmeye, hemen yorulma-dinçliktir (Köse ve arkadaşları, 2004).

4.3.3. Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

Mizaç alt boyutlarından üçüncüsü olan ödüle bağımlılık, çok fazla duygusallık, sosyal bağıllık ve çevresindeki diğer kişilerin sürekli olarak onayına bağımlılık gibi tutumlarla kendini gösterir. Mizacın bu boyutunda ortalamadan yüksek olan diğer iki boyutta orta düzeyde olan bireylerde, yardımsever, diğer insanlarını memnun ve mutlu etmeye çok istekli, çalışkan, sempatik, duyarlı, çevreden gelen uyaranlara karşı duyarlı, ödüllendirilme beklentisi ile bazı doyumlarını erteleyebilen kişiler olarak karakterize edilmiştir. Bu durumun tam tersi olarak diğer iki diğer iki boyutta normal değerler alıp bu boyutta normalin altında değerler alan bireyler ise, sosyal olarak isteksiz, duygusal olarak soğuk bir yapıda, tercihlerinde duygusal olmaktan uzak, katı ve pratik bireylerdir. Para gibi maddi ödüllere çabuk yanıt verirler ve onlara doyum vermeyen ilişkilerden ve sosyal çevreden çok çabuk soğuyabilir ve uzaklaşabilirler. Mizacın bu boyutunun da çeşitli sorularla belirlenen dört alt boyutu vardır. Bunlar; duygusallık- duyarlılık, bağıllık- uzak oluş, bağımlı olma- bağımsızlık ve ısrarcılık- kararlı olma şeklindedir (Arkar, 2004).

4.3.4. Sebat Etme

Mizacın son boyutu olan sebat etme Cloninger'in kuramına daha sonradan eklenmiş bir boyuttur. Sebat etme boyutu engellenme ve aşırı yorgunluğa karşı yine de davranışı sürdürme de kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Sebat etmeye eğilimli bireyler kişiyi engelleyen davranış sonucu bir ödül ya da doyumun yok olduğu durumlarda bile davranışa son ermeme hususunda ısrarcıdırlar. Mizacın bu boyutunda yüksek puan alan bireyler gayretli, çalışkan ve fazla sebatkâr kişilerdir. Her kişi gibi gelecek ödüle karşı duyarlıdırlar ve çabalarını yükseltirler.

Çalışmayı severler ve bir yer de bir iş yapılacaksa ona gönüllü olmaktan kaçınmazlar. Bu boyutta olan bireyler kolay bir şekilde vazgeçmezler ve biri onları eleştirdiğinde kendilerini bırakmaz daha çok gayret gösterirler. Sebat etme davranışı, ödüller aralıklarla gerçekleştiğinde ya da beklenmedik olaylar durağan bir hal aldığı anda adaptif bir davranış olmaktadır. Sebat etme puanı düşük olan bireyler ise, üşengeç, değişken ruh hali olan ve pek fazla güvenilmeyen kişiler olabilirler. Ayrıca bu boyuttaki kişiler var olan becerileri ile en iyisini yaparak yetinirler yeni beceri kazanmaya çalışmazlar (Arkar, 2008).

4.4. Kişilik ve Mizaç

Kişilik ve mizaç kavramları sıkça karıştırılmalarına rağmen birbirlerinden farklı kavramlardır. Kişilik; bireyin fiziksel, duygusal ve toplumsal özelliklerinin tümüdür. Bunun yanında kişilik bireyin kendisinden kaynaklanan davranış kalıplarını ve kişilik içi süreçleri de kapsamaktadır. Bu kapsamdaki iki özelliğin üzerinde durulması gerekmektedir. Tutarlı davranış kalıpları kişiliğin tutarlı olmasıdır. Bu davranış kalıpları her durum ve her zaman içinde kişide gözlemleyebilmemiz gerekmektedir. Bugün dışa dönük olan bir bireyin yarın dışa dönük olmaması gibi bir durum beklenemez. Kapsamın ikinci özelliği kişilik içi süreçleri ele almaktadır. Kişilik içi süreçler nasıl bir davranış sergileyeceğimizi ve hissedeceğimizi etkileyen ve içimizde oluşan duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçlerin tümünü kapsamaktadır. Bu süreçlerin bazıları tüm insanlar tarafından paylaşılır ve bilinir. Örneğin, bazı kuramcılara göre, her insan bir tehdit ile karşılaştığı zaman yaşadığımız kaygı ya da buna benzer süreçlerle başa çıkabilmek için benzer yeteneklere sahibizdir (Çetin ve Beceren, 2007; Taşdöven, Emhan ve Dönmez, 2012).

Kişiliğin kavramı pek çok araştırmacının ilgisini çekmiş ve odak noktası olmuştur. Freud, kişiliğin oluşumunu kendi kuramı açısından benlik, alt benlik ve üst benlik kavramları ile açıklarken, Adler' e göre ise kişiliğin temelinde diğer insanlara karşı geliştirdiğimiz aşağılık kompleksinden kaçınma davranışlarımız kişiliğimizin temelini oluşturur. Jung ise Freud'un kişilik kuramına ek olarak, toplumların da bir bilinçaltına sahip olduğunu ve toplumu oluşturan kişilerin kişilik yapılarının benzerliğinden söz etmiştir. Bunun yanında günümüz kişilik psikologları ve araştırmacıları ise kişiliği altı yaklaşımda inceler bunlar; insancıl yaklaşım, psikanalitik yaklaşım, ayırıcı özellik yaklaşımı, davranışsal/sosyal öğrenme yaklaşımı, biyolojik yaklaşım ve bilişsel yaklaşımlardır. Kişiliğin tanımı değerlendirmesi ve kişilik oluşumu görüşleri bu şekildedir ancak mizaç kişiliğin aksine bireyde kalıtsal olarak var olan ve yaşamın ilk yıllarında da görülen görece bir tutarlılık taşıyan temel eğilimlerdir kişinin gelişimi sürdükçe mizacın davranışsal boyutları çevresel etkenlerle biçimlendirilebilir. Örneğin, çocuğun hareketli bir mizaca sahip olması genetik bir durumdur gibi birçok örnekle de bu ayrım anlatılabilir (Burger, 2006; Çetin ve Beceren, 2007; Maçkalı, Gölübüz ve Oral, 2014).

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

5.1. Araştırmanın Konusu Ve Problemi

Yapılan çalışmanın konusu alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda komorbidite kumar bağımlılığını yordayıcısı olarak düşünülen mizaç ve dürtüsellik düzeylerinin incelenmesidir. Araştırmanın problemi alkol madde kullanım bozukluğu ve alkol madde komorbidite kumar oynama bozukluğu olanların mizaç boyutları ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki farklılık olup olmadığıdır.

5.2. Araştırmanın Amacı Ve Sınırlılıkları

Yapılan çalışmanın amacı kumar oynama bozukluğunun yordayıcı olarak görülen mizaç boyutları ve dürtüsellik düzeylerinin analiz edilmesidir. Ayrıca alkol-madde kullanım bozukluğunun olması, alkol veya madde komorbidite kumar oynama bozukluğunun olması ve demografik özelliklere göre katılımcıların mizaç boyutları ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki farkın incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan çalışmada kullanım bozukluğu olan kişilerle çalışılması ve görüşme tekniği yerine anket veri toplama tekniğinin kullanılması veri toplamı sürecinin uzamasına ve istenen örneklem sayısına ulaşılmasına etki etmiştir.

5.3. Araştırmanın Örnekleme

Yapılan çalışmanın örneklemini yaş ortalaması $28,02 \pm 6,31$ olan İstanbul ilindeki 10'u kadın 90'ı erkek olmak üzere 100 kişi oluşturmaktadır. Ancak verilerin tasnif edilmesinde 2 kişi eksik bilgiler verdiği için çalışma dışında tutulmuş ve çalışma 98 kişi ile yürütülmüştür. Yürütülen çalışma tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleşmiştir.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak sosyal bilimler içinde sıkça kullanılan anket veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla hazırlanan anket formunda sosyodemografik veri formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Mizaç Ve Karakter Envanteri, ve South Oaks Kumar Tarama Testi kullanılmıştır.

Sosyodemografik veri formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan ve içinde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir, kullanılan ilk bağımlılık yapıcı madde, halen kullanılan veya bırakılan bağımlılık yapıcı madde, kullanılan yada bırakılan maddenin kullanım sıklığı, anne veya babada alkol veya madde öyküsü, kardeşlerde alkol veya madde öyküsü, anne ve babada kumar öyküsü, kardeşlerde kumar öyküsü, kişide cezaevi öyküsü, anne ve babada cezaevi öyküsü, kardeşlerde cezaevi öyküsü, kişinin kendine zarar verme davranışı, anne baba birlikteliği gibi konularda bilgi almak için hazırlanmış olan veri formudur.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11): Dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDÖ-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır

Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI): TCI'nin İngilizce formu (Version 9, 240 madde) Samet Köse tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, tersine çevirme işlemi ölçeği daha önce hiç görmemiş olan Kemal Sayar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin son şekli yazarlarca geçerlik-güvenirlik çalışmasında kullanılmak üzere Cloninger tarafından onaylanmıştır (Köse ve Sayar, 2001). Ölçek "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşturulan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI 7 üst-sıra (higher order) ölçekten oluşmaktadır. Sebatsızlık (P) dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (NS) 4 alt ölçeğe, Zarardan Kaçınma (HA) 4 alt ölçeğe, Ödül Bağımlılığı (RD) 4 alt ölçeğe, karakter boyutunda Kendini yönetme (SD) 5 alt ölçeğe, İşbirliği Yapma (C) 5 alt ölçeğe, Kendini Aşma (ST) 3 alt ölçeğe ayrılmıştır.

South Oaks Kumar Tarama Testi: Kumar bağımlılığını tespit etmek için Lesieur ve Blume (1987) tarafından oluşturulmuştur. Duvarcı ve Varan (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçekte 16 soru bulunmaktadır ve kesme puanı 5 olarak belirlenmiştir. Puanlar riskli cevaplar gösteren soruların puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.

5.5. Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi

Yürütülen bu çalışmada veriler toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analiz edilmesi işleminde SPSS.21 (Statistical Package For The Social Sciences) kullanılmıştır. Analiz yöntemleri için frekans, descriptive, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

5.6. Araştırmanın Bulguları

Araştırmada kullanılan South Oaks Kumar Tarama Testi kesme puanına göre madde kullanım bozukluğu olan katılımcılarda komorbidite kumar oynama bozukluğu belirlenmiş ve araştırma için iki grup oluşturulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Grupları için Sosyodemografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişkenler		AMKB		AMKB komorbidite Kumar	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	8	9,0	2	22,2
	Erkek	81	91,0	7	77,8
Medeni Durum	Evli	18	20,2	2	22,2
	Bekar	71	79,8	7	77,8
Gelir durumu	500 TL ve altı	16	18,0	0	0,0
	501-1000 TL arası	10	11,2	0	0,0
	1001-1500 TL arası	8	9,0	2	22,2
	1501-2000 TL arası	21	23,6	2	22,2
	2001 TL ve üzeri	34	38,2	5	55,6
Yaş	25 yaş ve altı	31	35,6	4	44,4
	26-30 yaş arası	38	43,7	4	44,4
	31 yaş ve üstü	18	20,2	1	11,1
Toplam		89	100,0	9	100,0

Değişkenler		AMKB		AMKB Komorbidite Kumar	
		n	%	n	%
Eğitim Durumu	İlkokul-Ortaokul	25	28,1	0	0,0
	Lise	24	27,0	3	33,3
	Ön Lisans	10	11,2	1	11,1
	Lisans	20	22,5	3	33,3
	Yüksek Lisans	10	11,2	2	22,2
Anne-Babada Alkol veya Madde Kullanımı	Var	21	23,6	3	33,3
	Yok	68	76,4	6	66,7
Kardeşlerde Alkol veya Madde Kullanımı	Var	15	16,9	2	22,2
	Yok	74	83,1	7	77,8
Anne veya Babada Kumar Öyküsü	Var	10	11,2	2	22,2
	Yok	79	88,8	7	77,8
Kardeşlerde Kumar Öyküsü	Var	3	3,4	0	0,0
	Yok	66	96,6	9	100,0
Herhangi Bir Olaydan Cezaevi Öyküsü	Var	8	9,0	2	22,2
	Yok	81	91,0	7	77,8
Anne veya Babada Cezaevi Öyküsü	Var	5	5,6	0	0,0
	Yok	84	94,4	9	100,0
Kardeşlerde Cezaevi Öyküsü	Var	6	6,7	0	0,0
	Yok	83	93,3	9	100,0
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	28	31,5	1	11,1
	Yok	61	68,5	8	88,9
Anne-Baba Birlikteliği	Birlikte	68	76,4	7	77,8
	Ayrı(Boşanmış)	21	23,6	2	22,2
Toplam		89	100,0	9	100,0

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Yapılan çalışmada AMKB grubundaki katılımcıların 8'i kadın (%9,0) ve 81'i erkek (%91,0)'tir. 89 alkol ve madde kullanım bozukluğu olanın 18'i evli (%20,2) ve 71'i, bekaardır (%79,8). 500 TL ve altı gelire sahip 16 kişi (%18,0), 501-1000 TL arası gelire sahip 10 kişi (%11,2), 1001-1500 TL arası gelire sahip 8 kişi (%9,0), 1501-2000 TL arası gelire sahip 21 kişi (%23,6) ve 2001 TL ve üzeri gelire sahip 34 kişi (%38,2) vardır. 25 yaş ve altı 31 kişi (%35,6), 26-30 yaş arasında olan 38 kişi (%43,7) ve 31 yaş ve üstü 18 kişidir (%20,2). İlkokul-ortaokul mezunu 25 kişi (%28,1), lise mezunu 24 kişi (%27,0), ön lisans mezunu 10 kişi (%11,2), lisans mezunu 20 kişi (%22,5) ve yüksek lisans mezunu 10 kişidir (%11,2).

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubundaki katılımcıların 2'si kadın (%22,2) ve 7'si erkek (%77,8)'tir. 9 AMKB komorbidite kumar kumar oynama bozukluğu olanın 2'si evli (%22,2) ve 7'si bekindir (%77,8). 1001-1500 TL arası gelire sahip 2 kişi (%22,2), 1501-2000 TL arası gelire sahip 2 kişi (%22,2) ve 2001 TL ve üzeri gelire sahip 5 kişi (%55,6) vardır. 25 yaş ve altı 4 kişi (%44,4), 26-30 yaş arasında olan 4 kişi (%44,4) ve 31 yaş ve üstü 1 kişidir (%11,1). Lise mezunu 3 kişi (%33,3), ön lisans mezunu 1 kişi (%11,1), lisans mezunu 3 kişi (%33,3) ve yüksek lisans mezunu 2 kişidir (%22,2).

AMKB grubu için anne-babasinda alkol veya madde kullanımı olan 21 kişi (%23,6) ve alkol veya madde kullanımı olmayan 68 kişi vardır (%76,4). Kardeşlerde alkol veya madde kullanımı olan 15 kişi (%16,9) ve alkol veya madde kullanımı olmayan 74 kişidir (%83,1). Anne-babasinda kumar öyküsü olan 10 kişi (%11,2) ve kumar öyküsü olmayan 79 kişidir (%88,8). Kardeşlerde kumar öyküsü olan 3 kişi (%3,4) ve kumar öyküsü olmayan 66 kişidir (%96,6). Herhangi bir olaydan cezaevi öyküsü olan 8 kişi (%9,0) ve cezaevi öyküsü olmayan 81 kişidir (%91,0).

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için anne-babasinda alkol veya madde kullanımı olan 3 kişi (%33,3) ve alkol veya madde kullanımı olmayan 6 kişi vardır (%66,7). Kardeşlerde alkol veya madde kullanımı olan 2 kişi (%22,2) ve alkol veya madde kullanımı olmayan 7 kişidir (%77,8). Anne-babasinda kumar öyküsü olan 2 kişi (%22,2) ve kumar öyküsü olmayan 7 kişidir (%77,8). Kardeşlerde kumar öyküsü olan kişi yokken kardeşlerde kumar öyküsü olmayan 9 kişidir (%100,0). Herhangi bir olaydan cezaevi öyküsü olan 2 kişi (%22,2) ve cezaevi öyküsü olmayan 7 kişidir (%77,8).

AMKB grubu için anne-babasinda cezaevi öyküsü olan 5 kişi (%5,6) ve cezaevi öyküsü olmayan 84 kişidir (%94,4). Kardeşlerde cezaevi öyküsü olan 6 kişi (%6,7) ve cezaevi öyküsü olmayan 83 kişidir (%93,3). Kendine zarar verme davranışı olan 28 kişi (%31,5) ve olmayan 61 kişidir (%68,5). Anne-babası birlikte olan 68 kişi (%76,4) ve ayrı olan 21 kişidir (%23,6).

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için anne-babasinda cezaevi öyküsü olan yokken cezaevi öyküsü olmayan 9 kişidir (%100,0). Kardeşlerde cezaevi öyküsü olan yokken cezaevi öyküsü olmayan 9 kişidir (%100,0). Kendine zarar verme davranışı olan 1 kişi (%11,1) ve olmayan 8 kişidir (%88,9). Anne-babası birlikte olan 7 kişi (%77,8) ve ayrı olan 2 kişidir (%22,2).

Tablo 2. Araştırma Bağımlı Değişkenleri için Betimleyici İstatistiksel Tablo

	Değişkenler	\bar{x}	Medyan	Mod	ss	Varyans
AMKB	Yenilik Arayışı	22,98	22,00	19,00	5,24	27,41
	Zarardan Kaçınma	19,65	20,00	21,00	4,24	17,96
	Kendi Kendini Aşma	20,83	21,00	24,00	5,31	28,23
	Kendi Kendini Yönetme	26,35	26,00	25,00	6,34	40,14
	İş Birliği Yapma	25,09	25,00	26,00	3,89	15,11
	Ödül Bağımlılığı	15,94	16,00	18,00	3,03	9,19
	Sebat Etme	5,03	5,00	4,00	1,84	3,37
	Plan Yapmama	32,39	32,00	32,00	4,81	23,13
	Motor Dürtüsellik	14,35	14,00	15,00	3,13	9,80
	Dikkatte Dürtüsellik	21,90	22,00	21,00	3,32	11,02
AMKB komorbidite kumar	Yenilik Arayışı	23,56	23,00	32,00	7,73	59,78
	Zarardan Kaçınma	20,56	20,00	24,00	4,90	24,03
	Kendi Kendini Aşma	20,56	22,00	29,00	7,84	61,53
	Kendi Kendini Yönetme	27,89	27,00	36,00	8,24	67,86
	İş Birliği Yapma	28,78	28,00	35,00	5,61	31,44
	Ödül Bağımlılığı	16,22	17,00	17,00	3,56	12,69
	Sebat Etme	5,22	6,00	6,00	2,05	4,19
	Plan Yapmama	29,44	28,00	24,000	6,44	41,53
	Motor Dürtüsellik	14,67	14,00	14,00	3,46	12,00
	Dikkatte Dürtüsellik	21,56	21,00	21,00	3,00	9,03

AAMKB= Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

AMKB ve AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyutları için ortalama, mod, medyan, standart sapma ve varyans değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 3. Eğitim Durumu Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Eğitim Durumu	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Yenilik Arayışı	İlkokul-Ortaokul	25	47,76	7,48	0,11	0	0,00	4,23	0,24
	Lise	24	51,56			3	3,33		
	Ön Lisans	10	51,30			1	3,00		
	Lisans	20	38,38			3	5,33		
	Yüksek Lisans	10	29,30			2	8,00		
Zarardan Kaçınma	İlkokul-Ortaokul	25	52,70	5,57	0,23	0	0,00	0,83	0,84
	Lise	24	47,27			3	4,67		
	Ön Lisans	10	33,95			1	4,00		
	Lisans	20	38,45			3	4,67		
	Yüksek Lisans	10	44,45			2	6,50		
Kendi Kendini Aşma	İlkokul-Ortaokul	25	54,08	7,11	0,13	0	0,00	3,77	0,89
	Lise	24	46,27			3	3,67		
	Ön Lisans	10	41,80			1	3,00		
	Lisans	20	41,20			3	5,00		
	Yüksek Lisans	10	30,05			2	8,00		
Kendi Kendini Yönetme	İlkokul-Ortaokul	25	53,70	9,74	0,04*	0	0,00	4,14	0,25
	Lise	24	50,04			3	4,00		
	Ön Lisans	10	45,65			1	2,00		
	Lisans	20	33,70			3	5,00		
	Yüksek Lisans	10	33,10			2	8,00		
İş Birliği Yapma	İlkokul-Ortaokul	25	54,04	8,25	0,08	0	0,00	4,46	0,22
	Lise	24	37,63			3	3,33		
	Ön Lisans	10	54,80			1	2,00		
	Lisans	20	42,78			3	6,00		
	Yüksek Lisans	10	34,75			2	7,50		
Ödül Bağımlılığı	İlkokul-Ortaokul	25	49,58	5,92	0,20	0	0,00	2,53	0,47
	Lise	24	48,58			3	3,67		
	Ön Lisans	10	46,20			1	5,00		
	Lisans	20	43,00			3	4,67		
	Yüksek Lisans	10	27,75			2	7,50		
Sebat Etme	İlkokul-Ortaokul	25	45,24	3,56	0,47	0	0,00	0,60	0,90
	Lise	24	50,77			3	4,17		
	Ön Lisans	10	49,30			1	5,00		
	Lisans	20	37,13			3	5,83		
	Yüksek Lisans	10	42,00			2	5,00		

Toplam Puan	Eğitim Durumu	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Plan Yapmama	İlkokul-Ortaokul	25	43,42	1,30	0,86	0	0,00	5,85	0,12
	Lise	24	46,77			3	7,00		
	Ön Lisans	10	41,70			1	1,00		
	Lisans	20	42,88			3	6,00		
	Yüksek Lisans	10	52,25			2	2,50		
Motor Dürtüsellik	İlkokul-Ortaokul	25	43,96	6,51	0,16	0	0,00	2,58	0,46
	Lise	24	40,69			3	5,67		
	Ön Lisans	10	42,65			1	1,00		
	Lisans	20	43,05			3	5,67		
	Yüksek Lisans	10	64,20			2	5,00		
Dikkatte Dürtüsellik	İlkokul-Ortaokul	25	37,44	3,76	0,44	0	0,00	3,394	0,34
	Lise	24	46,98			3	5,17		
	Ön Lisans	10	54,20			1	1,00		
	Lisans	20	47,45			3	6,50		
	Yüksek Lisans	10	45,05			2	4,50		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

Araştırma grupları için eğitim durumu seviyelerine göre Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık sadece AMKB grubu için kendi kendini yönetme alt boyutunda görülmüştür. Yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda madde bağımlısı grup için eğitim durumuna göre katılımcıların kendi kendini yönetme puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(4)=9,74$; $p<0,05$. İlkokul-ortaokul eğitim seviyesindeki katılımcıların kendini yönetme sıra ortalaması en yüksekken; yüksek lisans eğitim düzeyindekilerin en düşüktür. Eğitim seviyesi yükseldikçe AMKB grubundaki katılımcıların kendi kendini yönetme sıra ortalamalarında düşüş gözlenmiştir.

Tablo 4. Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olanlar ve Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbidite Kumar Oynama Bozukluğu Olanlar için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam puan	Bağımlılık	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	AMKB	89	49,11	366,00	0,68
	AMKB Komorbidite Kumar	9	53,33		
Zarardan Kaçınma	AMKB	89	49,04	360,00	0,62
	AMKB Komorbidite Kumar	9	54,00		
Kendi Kendini Aşma	AMKB	89	49,48	399,00	0,98
	AMKB Komorbidite Kumar	9	49,67		
Kendi Kendini Yönetme	AMKB	89	48,80	338,50	0,44
	AMKB Komorbidite Kumar	9	56,39		
İş Birliği Yapma	AMKB	89	47,72	242,50	0,05
	AMKB Komorbidite Kumar	9	67,06		
Ödül Bağımlılığı	AMKB	89	49,06	361,50	0,63
	AMKB Komorbidite Kumar	9	53,83		
Sebat Etme	AMKB	89	49,03	358,50	0,60
	AMKB Komorbidite Kumar	9	54,17		
Plan Yapmama	AMKB	89	51,03	264,50	0,09
	AMKB Komorbidite Kumar	9	34,39		
Motor Dürtüsellik	AMKB	89	49,52	398,50	0,98
	AMKB Komorbidite Kumar	9	49,28		
Dikkatte Dürtüsellik	AMKB	89	49,71	382,00	0,82
	AMKB Komorbidite Kumar	9	47,44		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

AMKB ve AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu olan katılımcıların Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Cinsiyet Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Cinsiyet	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Kadın	8	25,25	166,00	0,02*	2	8,00	1,00	0,07
	Erkek	81	46,95			7	4,14		
Zarardan Kaçınma	Kadın	8	14,00	76,00	0,00*	2	6,50	4,00	0,38
	Erkek	81	48,06			7	4,57		
Kendi Kendini Aşma	Kadın	8	30,19	205,50	0,08	2	8,00	1,00	0,07
	Erkek	81	46,46			7	4,14		
Kendi Kendini Yönetme	Kadın	8	26,06	172,50	0,03*	2	8,00	1,00	0,07
	Erkek	81	46,87			7	4,14		
İş Birliği Yapma	Kadın	8	37,31	262,50	0,376	2	7,50	2,00	0,14
	Erkek	81	45,76			7	4,29		
Ödül Bağımlılığı	Kadın	8	35,94	251,50	0,30	2	7,50	2,00	0,13
	Erkek	81	45,90			7	4,29		
Sebat Etme	Kadın	8	24,81	162,50	0,02*	2	5,00	7,00	1,00
	Erkek	81	46,99			7	5,00		
Plan Yapmama	Kadın	8	40,94	291,50	0,64	2	2,50	2,00	0,14
	Erkek	81	45,40			7	5,71		
Motor Dürtüsellik	Kadın	8	38,94	275,50	0,48	2	5,00	7,00	1,00
	Erkek	81	45,60			7	5,00		
Dikkatte Dürtüsellik	Kadın	8	48,31	297,50	0,70	2	4,50	6,00	0,76
	Erkek	81	44,67			7	5,14		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için kadın ve erkeklerin Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

AMKB grubu için kadın ve erkeklerin yenilik arayışı alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; U= 166,00; p<0,05. Erkeklerin yenilik arayışı alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için kadın ve erkeklerin zarardan kaçınma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; $U= 76,00$; $p<0,05$. Erkeklerin zarardan kaçınma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için kadın ve erkeklerin kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; $U= 172,50$; $p<0,05$. Erkeklerin kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için kadın ve erkeklerin sebat etme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; $U= 162,50$; $p<0,05$. Erkeklerin sebat etme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 6. Medeni Durum Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Medeni Durum	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Evli	18	27,97	332,50	0,00*	2	2,50	2,00	0,14
	Bekar	70	48,75			7	5,71		
Zarardan Kaçınma	Evli	18	35,03	459,50	0,07	2	4,50	6,00	0,77
	Bekar	70	46,94			7	5,14		
Kendi Kendini Aşma	Evli	18	34,14	443,50	0,05	2	2,50	2,00	0,14
	Bekar	70	47,16			7	5,71		
Kendi Kendini Yönetme	Evli	18	30,75	382,50	0,01*	2	3,00	3,00	0,23
	Bekar	70	48,04			7	5,57		
İş Birliği Yapma	Evli	18	34,31	446,50	0,06	2	2,50	2,00	0,14
	Bekar	70	47,12			7	5,71		
Ödül Bağımlılığı	Evli	18	33,08	424,50	0,03*	2	3,00	3,00	0,23
	Bekar	70	47,44			7	5,57		
Sebat Etme	Evli	18	42,00	585,00	0,64	2	4,75	6,50	0,88
	Bekar	70	45,14			7	5,07		
Plan Yapmama	Evli	18	46,94	586,00	0,65	2	6,00	5,00	0,56
	Bekar	70	43,87			7	4,71		
Motor Dürtüsellik	Evli	18	36,97	494,50	0,16	2	4,00	5,00	0,55
	Bekar	70	46,44			7	5,29		
Dikkatte Dürtüsellik	Evli	18	42,39	592,00	0,69	2	3,25	3,50	0,29
	Bekar	70	45,04			7	5,50		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için kadın ve erkeklerin Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

AMKB grubu için evli ve bekarların yenilik arayışı alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; U= 332,50; p<0,05. Evlilerin yenilik arayışı alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için evli ve bekarların kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; U= 382,50; p<0,05. Evlilerin kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için evli ve bekarların ödül bağımlılığı alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; U= 424,50; p<0,05. Evlilerin ödül bağımlılığı alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 7. Anne-Babada Alkol veya Madde Kullanımı Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Anne-Babada Madde Kullanımı	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	21	36,24	530,00	0,07	3	6,67	4,00	0,19
	Yok	68	47,71			6	4,17		
Zarardan Kaçınma	Var	21	41,36	637,50	0,46	3	7,00	3,00	0,12
	Yok	68	46,13			6	4,00		
Kendi Kendini Aşma	Var	21	35,81	521,00	0,06	3	6,67	4,00	0,19
	Yok	68	47,84			6	4,17		
Kendi Kendini Yönetme	Var	21	43,14	675,00	0,71	3	7,00	3,00	0,11
	Yok	68	45,57			6	4,00		
İş Birliği Yapma	Var	21	40,10	611,00	0,32	3	6,33	5,00	0,30
	Yok	68	46,51			6	4,33		
Ödül Bağımlılığı	Var	21	38,74	582,50	0,20	3	6,67	4,00	0,19
	Yok	68	46,93			6	4,17		
Sebat Etme	Var	21	33,21	466,50	0,01*	3	6,00	6,00	0,42
	Yok	68	48,64			6	4,50		
Plan Yapmama	Var	21	49,55	618,50	0,35	3	3,00	3,00	0,12
	Yok	68	43,60			6	6,00		
Motor Dürtüsellik	Var	21	43,88	690,50	0,82	3	4,33	7,00	0,60
	Yok	68	45,35			6	5,33		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	21	51,62	575,00	0,18	3	3,67	5,00	0,28
	Yok	68	42,96			6	5,67		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu için anne-babasinda madde kullanım öyküsü olanlar ve olmayanların sebat etme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; U= 466,50; p<0,05. Anne-babasinda madde kullanım öyküsü olmayanların sebat etme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 8. Kardeşlerde Alkol veya Madde Kullanımı Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Kardeşlerde Madde Kullanımı	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	15	50,97	465,50	0,33	2	8,00	1,00	0,07
	Yok	74	43,79			7	4,14		
Zarardan Kaçınma	Var	15	44,83	552,50	0,98	2	6,50	4,00	0,38
	Yok	74	45,03			7	4,57		
Kendi Kendini Aşma	Var	15	44,40	546,00	0,92	2	8,00	1,00	0,07
	Yok	74	45,12			7	4,14		
Kendi Kendini Yönetme	Var	15	46,33	535,00	0,83	2	8,00	1,00	0,07
	Yok	74	44,73			7	4,14		
İş Birliği Yapma	Var	15	49,83	482,50	0,42	2	7,50	2,00	0,14
	Yok	74	44,02			7	4,29		
Ödül Bağımlılığı	Var	15	49,80	483,00	0,42	2	7,50	2,00	0,13
	Yok	74	44,03			7	4,29		
Sebat Etme	Var	15	48,03	509,50	0,61	2	5,00	7,00	1,00
	Yok	74	44,39			7	5,00		
Plan Yapmama	Var	15	48,00	510,00	0,62	2	2,50	2,00	0,14
	Yok	74	44,39			7	5,71		
Motor Dürtüsellik	Var	15	40,27	484,00	0,43	2	5,00	7,00	1,00
	Yok	74	45,96			7	5,00		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	15	50,87	467,00	0,33	2	4,50	6,00	0,760
	Yok	74	43,81			7	5,14		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Araştırma gruplarına göre kardeşlerinde madde kullanımı olan ve olmayanların Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 9. Anne-Baba Kumar Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Anne-Baba Kumar Öyküsü	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	10	34,40	289,50	0,17	2	1,50	0,00	0,04*
	Yok	79	46,34			7	6,00		
Zarardan Kaçınma	Var	10	47,85	366,50	0,71	2	2,00	1,00	0,08
	Yok	79	44,64			7	5,86		
Kendi Kendini Aşma	Var	10	48,50	360,00	0,65	2	1,50	0,00	0,04*
	Yok	79	44,56			7	6,00		
Kendi Kendini Yönetme	Var	10	45,65	388,50	0,93	2	2,50	2,00	0,14
	Yok	79	44,92			7	5,71		
İş Birliği Yapma	Var	10	42,95	374,50	0,79	2	2,00	1,00	0,08
	Yok	79	45,26			7	5,86		
Ödül Bağımlılığı	Var	10	40,20	347,00	0,53	2	2,00	1,00	0,07
	Yok	79	45,61			7	5,86		
Sebat Etme	Var	10	39,95	344,50	0,51	2	4,75	6,50	0,88
	Yok	79	45,64			7	5,07		
Plan Yapmama	Var	10	42,95	374,50	0,79	2	6,50	4,00	0,38
	Yok	79	45,26			7	4,57		
Motor Dürtüsellik	Var	10	45,25	392,50	0,97	2	3,50	4,00	0,37
	Yok	79	44,97			7	5,43		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	10	46,40	381,00	0,85	2	6,25	4,50	0,44
	Yok	79	44,82			7	4,64		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için anne-babasinda kumar öyküsü olan ve olmayanların yenilik arayışı alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=0,00; p<0,05. Anne-babasinda kumar öyküsü olmayanların yenilik arayışı toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için anne-babasinda kumar öyküsü olan ve olmayanların kendi kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=0,00; p<0,05. Anne-babasinda kumar öyküsü olmayanların kendi kendini aşma toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 10. Kardeşlerde Kumar Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Kardeşlerde Kumar Öyküsü	AMKB			
		n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	3	45,17	128,50	0,99
	Yok	86	44,99		
Zarardan Kaçınma	Var	3	32,17	90,50	0,38
	Yok	86	45,45		
Kendi Kendini Aşma	Var	3	59,17	86,50	0,33
	Yok	86	44,51		
Kendi Kendini Yönetme	Var	3	40,33	115,00	0,75
	Yok	86	45,16		
İş Birliği Yapma	Var	3	54,50	100,50	0,52
	Yok	86	44,67		
Ödül Bağımlılığı	Var	3	51,50	109,50	0,66
	Yok	86	44,77		
Sebat Etme	Var	3	49,33	116,00	0,76
	Yok	86	44,85		
Plan Yapmama	Var	3	46,67	124,00	0,91
	Yok	86	44,94		
Motor Dürtüsellik	Var	3	28,83	80,50	0,27
	Yok	86	45,56		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	3	63,67	73,00	0,20
	Yok	86	44,35		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Yapılan analiz sonucunda AMKB grubu için kardeşlerde kumar öyküsü olanların ve olmayanların Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu olan grupta kardeşlerinde kumar öyküsü olan kimse bulunmadığı için analiz yapılamamıştır.

Tablo 11. Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Cezaevi Öyküsü	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	8	44,00	316,00	0,91	2	3,00	3,00	0,23
	Yok	81	45,10			7	5,57		
Zarardan Kaçınma	Var	8	51,94	268,50	0,42	2	3,00	3,00	0,24
	Yok	81	44,31			7	5,57		
Kendi Kendini Aşma	Var	8	50,06	283,50	0,56	2	3,50	4,00	0,37
	Yok	81	44,50			7	5,43		
Kendi Kendini Yönetme	Var	8	47,50	304,00	0,77	2	3,50	4,00	0,37
	Yok	81	44,75			7	5,43		
İş Birliği Yapma	Var	8	44,81	322,50	0,98	2	3,00	3,00	0,24
	Yok	81	45,02			7	5,57		
Ödül Bağımlılığı	Var	8	51,56	271,50	0,45	2	3,00	3,00	0,23
	Yok	81	44,35			7	5,57		
Sebat Etme	Var	8	42,38	303,00	0,76	2	2,25	1,50	0,09
	Yok	81	45,26			7	5,79		
Plan Yapmama	Var	8	58,25	218,00	0,13	2	8,50	0,00	0,04*
	Yok	81	43,69			7	4,00		
Motor Dürtüsellik	Var	8	48,38	297,00	0,70	2	7,00	3,00	0,23
	Yok	81	44,67			7	4,43		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	8	44,56	320,50	0,96	2	6,75	3,50	0,28
	Yok	81	45,04			7	4,50		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için cezaevi öyküsü olan ve olmayanların plan yapmama alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=0,00; p<0,05. Cezaevi öyküsü olanların plan yapmama toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 12. Anne-Baba Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Anne-Baba Cezaevi Öyküsü	AMKB			
		n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	5	44,40	207,00	0,96
	Yok	84	45,04		
Zarardan Kaçınma	Var	5	54,70	161,50	0,38
	Yok	84	44,42		
Kendi Kendini Aşma	Var	5	50,40	183,00	0,63
	Yok	84	44,68		
Kendi Kendini Yönetme	Var	5	50,50	182,50	0,62
	Yok	84	44,67		
İş Birliği Yapma	Var	5	53,20	169,00	0,46
	Yok	84	44,51		
Ödül Bağımlılığı	Var	5	54,80	161,00	0,38
	Yok	84	44,42		
Sebat Etme	Var	5	32,90	149,50	0,27
	Yok	84	45,72		
Plan Yapmama	Var	5	33,60	153,00	0,31
	Yok	84	45,68		
Motor Dürtüsellik	Var	5	38,20	176,00	0,54
	Yok	84	45,40		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	5	39,80	184,00	0,64
	Yok	84	45,31		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Yapılan analiz sonucunda AMKB grubu için anne-baba cezaevi öyküsü olanların ve olmayanların Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için anne-babada cezaevi öyküsü olan kimse bulunmadığı için analiz yapılamamıştır.

Tablo 13. Kardeşlerde Cezaevi Öyküsü Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Kardeşlerde Cezaevi Öyküsü	AMKB			
		n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	6	46,08	242,50	0,92
	Yok	83	44,92		
Zarardan Kaçınma	Var	6	61,17	152,00	0,11
	Yok	83	43,83		
Kendi Kendini Aşma	Var	6	41,67	229,00	0,74
	Yok	83	45,24		
Kendi Kendini Yönetme	Var	6	47,08	236,50	0,84
	Yok	83	44,85		
İş Birliği Yapma	Var	6	56,08	182,50	0,27
	Yok	83	44,20		
Ödül Bağımlılığı	Var	6	51,00	213,00	0,55
	Yok	83	44,57		
Sebat Etme	Var	6	45,08	248,50	0,99
	Yok	83	44,99		
Plan Yapmama	Var	6	46,50	240,00	0,88
	Yok	83	44,89		
Motor Dürtüsellik	Var	6	49,75	220,50	0,64
	Yok	83	44,66		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	6	46,33	241,00	0,90
	Yok	83	44,90		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Yapılan analiz sonucunda AMKB grubu için kardeşlerde cezaevi öyküsü olanların ve olmayanların Mizaç Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). AMKB komorbidite kumar oynama bozukluğu grubu için kardeşlerinde cezaevi öyküsü olan kimse bulunmadığı için analiz yapılamamıştır.

Tablo 14. Kendine Zarar Verme Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Kendine Zarar Verme	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Var	28	47,13	794,50	0,60	1	1,00	0,00	0,12
	Yok	61	44,02			8	5,50		
Zarardan Kaçınma	Var	28	46,21	820,00	0,76	1	1,00	0,00	0,12
	Yok	61	44,44			8	5,50		
Kendi Kendini Aşma	Var	28	48,79	748,00	0,35	1	1,00	0,00	0,12
	Yok	61	43,26			8	5,50		
Kendi Kendini Yönetme	Var	28	53,27	622,50	0,04*	1	1,00	0,00	0,12
	Yok	61	41,20			8	5,50		
İş Birliği Yapma	Var	28	43,57	814,00	0,72	1	1,00	0,00	0,12
	Yok	61	45,66			8	5,50		
Ödül Bağımlılığı	Var	28	42,43	782,00	0,52	1	1,00	0,00	0,11
	Yok	61	46,18			8	5,50		
Sebat Etme	Var	28	45,96	827,00	0,81	1	1,50	0,50	0,16
	Yok	61	44,56			8	5,44		
Plan Yapmama	Var	28	53,29	622,00	0,04*	1	8,00	1,00	0,24
	Yok	61	41,20			8	4,63		
Motor Dürtüsellik	Var	28	48,05	768,50	0,48	1	5,00	4,00	1,00
	Yok	61	43,60			8	5,00		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	28	52,59	641,50	0,06	1	4,50	3,50	0,84
	Yok	61	41,52			8	5,06		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu için kendine zarar verenlerin ve vermeyenlerin kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=622,50; p<0,05. Kendine zarar verenlerin kendi kendini yönetme toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

AMKB grubu için kendine zarar verenlerin ve vermeyenlerin plan yapmama alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=622,00; p<0,05. Kendine zarar verenlerin plan yapmama toplam puan ortalaması en yüksektir.

Tablo 15. Anne-Baba Birlikteliği Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Anne-Baba Birlikteliği	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	U	p	n	s.o	U	p
Yenilik Arayışı	Birlikte	68	47,63	535,50	0,08	7	5,00	7,00	1,00
	Ayrı (Boşanmış)	21	36,50			2	5,00		
Zarardan Kaçınma	Birlikte	68	46,70	598,50	0,26	7	5,00	7,00	1,00
	Ayrı (Boşanmış)	21	39,50			2	5,00		
Kendi Kendini Aşma	Birlikte	68	48,43	481,00	0,02*	7	5,14	6,00	0,76
	Ayrı (Boşanmış)	21	33,90			2	4,50		
Kendi Kendini Yönetme	Birlikte	68	44,49	679,00	0,73	7	5,29	5,00	0,55
	Ayrı (Boşanmış)	21	46,67			2	4,00		
İş Birliği Yapma	Birlikte	68	45,08	708,50	0,96	7	5,00	7,00	1,00
	Ayrı (Boşanmış)	21	44,74			2	5,00		
Ödül Bağımlılığı	Birlikte	68	47,38	522,00	0,12	7	5,43	4,00	0,37
	Ayrı (Boşanmış)	21	37,29			2	3,50		
Sebat Etme	Birlikte	68	46,82	590,50	0,28	7	5,07	6,50	0,88
	Ayrı (Boşanmış)	21	39,12			2	4,75		
Plan Yapmama	Birlikte	68	45,53	678,00	0,73	7	4,86	6,00	0,77
	Ayrı (Boşanmış)	21	43,29			2	5,50		
Motor Dürtüsellik	Birlikte	68	46,01	645,50	0,50	7	5,00	7,00	1,00
	Ayrı (Boşanmış)	21	41,74			2	5,00		
Dikkatte Dürtüsellik	Birlikte	68	45,26	696,00	0,86	7	5,14	6,00	0,76
	Ayrı (Boşanmış)	21	44,14			2	4,50		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu için anne-babası birlikte olan ve ayrı olanların kendi kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; U=481,00; p<0,05. Anne-babası birlikte olanların kendi kendini aşma toplam puan sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 16. Maddi Durum Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Maddi durum	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Yenilik Arayışı	500 TL ve altı	16	41,75	7,24	0,12	0	0,00	0,09	0,95
	501-1000 TL arası	10	61,60			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	35,94			2	4,50		
	1501-2000 TL arası	21	50,17			2	5,00		
	2001 TL ve üzeri	34	40,59			5	5,20		
Zarardan Kaçınma	500 TL ve altı	16	48,63	15,47	0,00*	0	0,00	1,45	0,48
	501-1000 TL arası	10	70,30			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	27,56			2	3,00		
	1501-2000 TL arası	21	46,29			2	6,00		
	2001 TL ve üzeri	34	39,16			5	5,40		
Kendi Kendini Aşma	500 TL ve altı	16	47,66	14,48	0,01*	0	0,00	0,39	0,82
	501-1000 TL arası	10	72,85			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	40,00			2	4,00		
	1501-2000 TL arası	21	41,57			2	5,00		
	2001 TL ve üzeri	34	38,85			5	5,40		
Kendi Kendini Yönetme	500 TL ve altı	16	49,59	12,61	0,01*	0	0,00	2,25	0,32
	501-1000 TL arası	10	64,90			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	45,50			2	2,50		
	1501-2000 TL arası	21	48,88			2	6,00		
	2001 TL ve üzeri	34	34,47			5	5,60		
İş Birliği Yapma	500 TL ve altı	16	46,38	4,60	0,33	0	0,00	0,54	0,76
	501-1000 TL arası	10	60,25			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	46,94			2	4,00		
	1501-2000 TL arası	21	41,64			2	6,00		
	2001 TL ve üzeri	34	41,49			5	5,00		
Ödül Bağımlılığı	500 TL ve altı	16	43,88	2,88	0,58	0	0,00	0,93	0,63
	501-1000 TL arası	10	57,65			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	40,31			2	3,50		
	1501-2000 TL arası	21	43,14			2	6,00		
	2001 TL ve üzeri	34	44,06			5	5,20		
Sebat Etme	500 TL ve altı	16	44,41	1,43	0,84	0	0,00	3,66	0,16
	501-1000 TL arası	10	53,15			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	40,81			2	3,25		
	1501-2000 TL arası	21	45,95			2	8,00		
	2001 TL ve üzeri	34	43,28			5	4,50		

Toplam Puan	Maddi durum	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Plan Yapmama	500 TL ve altı	16	50,50	1,40	0,84	0	0,00	0,36	0,83
	501-1000 TL arası	10	40,85			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	39,81			2	4,00		
	1501-2000 TL arası	21	46,21			2	5,50		
	2001 TL ve üzeri	34	44,10			5	5,20		
Motor Dürtüsellik	500 TL ve altı	16	47,06	0,76	0,94	0	0,00	0,39	0,82
	501-1000 TL arası	10	39,05			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	42,88			2	4,00		
	1501-2000 TL arası	21	45,36			2	5,00		
	2001 TL ve üzeri	34	46,06			5	5,40		
Dikkatte Dürtüsellik	500 TL ve altı	16	48,38	0,94	0,92	0	0,00	0,75	0,69
	501-1000 TL arası	10	44,20			0	0,00		
	1001-1500 TL arası	8	48,94			2	4,00		
	1501-2000 TL arası	21	46,10			2	6,25		
	2001 TL ve üzeri	34	42,04			5	4,90		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu için maddi duruma göre zarardan kaçınma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(4)=15,47$; p<0,05. Gelir durumu 501-1000 TL arasında olanların zarardan kaçınma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksek; gelir durumu 1001-1500 TL arasında olanların zarardan kaçınma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en düşüktür.

AMKB grubu için maddi duruma göre kendi kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(4)=14,48$; p<0,05. Gelir durumu 501-1000 TL arasında olanların kendi kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksek; gelir durumu 2001 TL ve üzerinde olanların kendi kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en düşüktür.

AMKB grubu için maddi duruma göre kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(4)=12,61$; p<0,05. Gelir durumu 501-1000 TL arasında olanların kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksek; gelir durumu 2001 TL ve üzerinde olanların kendi kendini yönetme alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en düşüktür.

Tablo 17. Tercih Maddesi Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Tercih maddesi	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Yenilik Arayışı	Alkol	23	46,72	4,82	0,44	2	4,00	3,31	0,19
	Esrar	9	36,50			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	30,50			0	0,00		
	Eroin	9	50,61			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	60,25			0	0,00		
	Çoklu madde	38	45,33			6	6,00		
Zarardan Kaçınma	Alkol	23	40,80	9,29	0,10	2	2,50	5,65	0,06
	Esrar	9	45,72			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	21,00			0	0,00		
	Eroin	9	57,33			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	59,13			0	0,00		
	Çoklu madde	38	46,75			6	6,50		
Kendi Kendini Aşma	Alkol	23	34,87	8,84	0,12	2	3,50	3,95	0,14
	Esrar	9	43,33			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	32,00			0	0,00		
	Eroin	9	53,94			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	59,38			0	0,00		
	Çoklu madde	38	49,95			6	6,17		
Kendi Kendini Yönetme	Alkol	23	35,24	6,33	0,28	2	3,50	3,95	0,14
	Esrar	9	45,06			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	42,08			0	0,00		
	Eroin	9	56,56			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	56,75			0	0,00		
	Çoklu madde	38	47,38			6	6,17		
İş Birliği Yapma	Alkol	23	36,52	7,57	0,18	2	4,50	2,78	0,25
	Esrar	9	50,33			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	27,50			0	0,00		
	Eroin	9	50,67			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	48,50			0	0,00		
	Çoklu madde	38	49,92			6	5,83		
Ödül Bağımlılığı	Alkol	23	43,52	2,31	0,80	2	2,50	5,84	0,05
	Esrar	9	34,44			1	1,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	42,58			0	0,00		
	Eroin	9	47,67			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	50,50			0	0,00		
	Çoklu madde	38	47,57			6	6,50		

Toplam Puan	Tercih maddesi	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Sebat Etme	Alkol	23	39,70	6,39	0,27	2	4,57	2,17	0,34
	Esrar	9	46,17			1	1,50		
	Sentetik Kannabinoid	6	33,92			0	0,00		
	Eroin	9	49,00			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	70,38			0	0,00		
	Çoklu madde	38	46,07			6	5,67		
Plan Yapmama	Alkol	23	38,33	3,79	0,58	2	6,00	2,04	0,36
	Esrar	9	42,78			1	8,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	36,58			0	0,00		
	Eroin	9	50,56			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	51,50			0	0,00		
	Çoklu madde	38	48,89			6	4,17		
Motor Dürtüsellik	Alkol	23	34,22	12,03	0,03*	2	4,50	0,09	0,95
	Esrar	9	48,22			1	5,00		
	Sentetik Kannabinoid	6	37,83			0	0,00		
	Eroin	9	39,06			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	74,63			0	0,00		
	Çoklu madde	38	50,18			6	5,17		
Dikkatte Dürtüsellik	Alkol	23	40,91	2,94	0,71	2	7,50	2,34	0,31
	Esrar	9	45,61			1	4,50		
	Sentetik Kannabinoid	6	35,17			0	0,00		
	Eroin	9	41,39			0	0,00		
	Uyarıcı madde	4	53,75			0	0,00		
	Çoklu madde	38	48,82			6	4,25		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu için tercih maddesine göre motor dürtüsellik alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(5)=12,03$; $p<0,05$. Uyarıcı madde kullanan bireylerin motor dürtüsellik alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksek; alkol kullanan bireylerin motor dürtüsellik alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en düşüktür.

Tablo 18. Yaş Değişkeni için Mizaç ve Karakter Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puan Sıra Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Toplam Puan	Maddi durum	AMKB				AMKB Komorbidite Kumar			
		n	s.o	χ^2	p	n	s.o	χ^2	p
Yenilik Arayışı	25 yaş altı	31	46,76	1,39	0,50	4	6,25	1,55	0,46
	26-30 yaş	38	40,38			4	4,00		
	31 yaş üstü	18	46,89			1	4,00		
Zarardan Kaçınma	25 yaş altı	31	45,85	1,60	0,45	4	4,75	1,38	0,50
	26-30 yaş	38	45,64			4	4,50		
	31 yaş üstü	18	37,33			1	8,00		
Kendi Kendini Aşma	25 yaş altı	31	46,13	7,36	0,02*	4	6,00	1,00	0,61
	26-30 yaş	38	36,68			4	4,25		
	31 yaş üstü	18	55,78			1	4,00		
Kendi Kendini Yönetme	25 yaş altı	31	45,89	0,61	0,74	4	5,25	0,07	0,97
	26-30 yaş	38	41,61			4	4,75		
	31 yaş üstü	18	45,81			1	5,00		
İş Birliği Yapma	25 yaş altı	31	41,23	1,20	0,37	4	5,75	0,57	0,75
	26-30 yaş	38	42,79			4	4,50		
	31 yaş üstü	18	51,33			1	4,00		
Ödül Bağımlılığı	25 yaş altı	31	42,56	1,84	0,40	4	5,50	0,28	0,87
	26-30 yaş	38	41,80			4	4,50		
	31 yaş üstü	18	51,11			1	5,00		
Sebat Etme	25 yaş altı	31	42,10	0,88	0,64	4	4,13	1,75	0,42
	26-30 yaş	38	43,28			4	5,13		
	31 yaş üstü	18	48,81			1	8,00		
Plan Yapmama	25 yaş altı	31	45,89	3,87	0,14	4	3,25	3,93	0,14
	26-30 yaş	38	47,36			4	7,00		
	31 yaş üstü	18	33,67			1	4,00		
Motor Dürtüsellik	25 yaş altı	31	48,79	3,53	0,17	4	4,50	1,24	0,54
	26-30 yaş	38	44,42			4	6,00		
	31 yaş üstü	18	34,86			1	3,00		
Dikkatte Dürtüsellik	25 yaş altı	31	45,76	0,27	0,87	4	4,25	2,94	0,23
	26-30 yaş	38	42,59			4	6,50		
	31 yaş üstü	18	43,94			1	2,00		

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu; *p<0,05

AMKB grubu yaş kategorilerine göre kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur; $\chi^2(2)=7,36$; $p<0,05$. 31 yaş ve üstü olanların kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en yüksek; 26-30 yaş arasında olanların kendini aşma alt boyutu toplam puan sıra ortalaması en düşüktür.

Tablo 19. Kumar Oynama Bozukluğu Toplam Puanının Yordayıcılarını Bulmak İçin Kurulan Regresyon Modeli

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Kumar Oynama Bozukluğu	Sabit (a)	0,076	4,222	-	0,018	0,986
	Yenilik arayışı	-0,240	0,142	-0,337	-1,694	0,094
	Zarardan kaçınma	0,142	0,135	0,157	1,048	0,297
	Kendi kendini aşma	-0,092	0,108	-0,131	-0,849	0,398
	Kendi kendini yönetme	0,098	0,098	0,164	1,000	0,320
	İşbirliği yapma	0,217	0,135	0,233	1,603	0,113
	Ödül bağımlılığı	-0,165	0,198	-0,130	-0,834	0,407
	Sebat etme	0,273	0,269	0,130	1,015	0,313
	Plan yapmama	0,018	0,104	0,024	0,177	0,860
	Motor dürtüsellik	0,213	0,159	0,172	1,341	0,183
	Dikkatte dürtüsellik	-0,128	0,158	-0,108	-0,811	0,419

R ²	F	s.d.	p
0,137	1,378	10/87	0,204

Kumar oynama bozukluğunun yordayıcılarını bulmak için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F(10/87)=1,378$; $p>0,05$). Kurulan modelde parametre değerinin anlamlı olmaması da modelin başarısız olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak mizaç ve dürtüsellik ölçekleri alt boyutları kumar oynama bozukluğunun yordayıcısı olarak bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada alkol veya madde kullanım bozukluğu ve alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olan kişilerin mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları incelenmiştir. Ayrıca kumar oynama bozukluğunun yordayıcısı olarak görülen mizaç ve dürtüsellik boyutlarına bakılmıştır. Son olarak araştırmacı tarafından seçilen demografik özelliklere göre katılımcıların mizaç ve dürtüsellik boyutları arasındaki farklılıklar araştırılmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında South Oaks Kumar Tarama Testi yardımı ile alkol veya madde kullanımı olan bireylerde kumar oynama bozukluğu komorbiditesi incelenmiştir. Ayrıca uygulanan DSM-V kriterleri sonucunda madde kullanım bozukluğu olan kişilerde komorbidite kumar oynama bozukluğu olup olmadığı belirlenmiştir. Daha sonra alkol veya madde kullanım bozukluğu olan ve alkol veya madde komorbidite kumar oynama bozukluğu grupları oluşturulmuştur. Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olanlarda yenilik arayışı mizaç boyutu medyanı yüksek bulunmuştur. Bu boyutun özellikleri olan keşfetmekten heyecan duyma, savurganlık ve düzensizlik (Arkar, 2008) alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olan bireyleri yansıtır niteliktedir. Çünkü bu kişiler hem alkol veya madde kullanma hem de kumar oynama için içlerinde aşırı bir istek duymakta ve hep daha fazlasını isteme eğiliminde olacaktırlar (Köse, Çınar, Akduran, 2013).

Alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olan grupta zarardan kaçınma medyanı en yüksek bulunmuştur. Kumar oynama bozukluğu olan kişilerin belirgin geleceğe yönelik kaygı huzursuzluk halleri, aşırı gergin ve tedbirli olmaları bu sonuçları açıklar niteliktedir (Arkar, 2004). Alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu bireylerde görülecek aşırı huzursuzluk ve tedirginlik hali kendi kendilerini yönetmelerine engel olacaktır (Türkcan, Arslan ve Çakmak, 2001). Ancak çalışmamızda bunun tersine alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olanların kendini yönetme medyanı en yüksek bulunmuştur.

Alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olan kişilerde iş birliği yapma mizaç boyutu medyanı alkol veya madde kullanım bozukluğu olanlardan yüksek bulunmuştur. Kişi sayısının artırılması bu sonucun anlamlı olmasına katkı sağlayacaktır. Kumar oynama bozukluğu olan bireyler alkol veya madde kullanım bozukluğu olan bireyler gibi sosyal ilişkilerde düşüş, düşmanca tutum (hostalite), duygu durum bozukluğundan çok (Elmacı, 2010) çevreyle iletişim kurma, zengin sosyal bağlar edinme gibi özellikler görülecektir (Ayhan, Pektaş ve Mırsal, 2003). Çünkü bu kişiler kumar oynamak için sürekli bir fırsat aramaktadır ve bu sebeple kumar oynayacak insanlara ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak son zamanlarda kumar oynama alışkanlığının sanal ortamda kişilerle iletişim kurmadan gerçekleşmesi mevcut bulguların aksi bilgiler içermektedir.

Sebat etme alt boyutu için alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olanların medyanları en yüksektir. Sebat etme engellenmeye karşı davranışı sürdürmede yatkınlık kazanma şeklinde tanımlanır ve ödül veya doyum yok olduğu durumlarda bile kişi davranışı sürdürmeye devam etmektedir (Arkar, 2008). Kumar oynama bozukluğu olan bireyler de kazanmadıkları zamanlarda bile bu isteklerine engel olamazlar ve oynama davranışlarını devam ettirirler. Oyun sırasında kendilerini iyi hissetseler dahi oyun bitince huzursuz ve depresif olurlar ve yine oynama isteği duyarlar (Blaszczynski, 1994).

Araştırmanın 2. hipotezi doğrultusunda kumar oynama bozukluğunun yordayıcısı olarak görülen mizaç ve dürtüsellik boyutlarının bulunduğu regresyon modeli tahmin edilmiştir. Elde edilen model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu noktada araştırmanın 2. hipotezi desteklenememiştir.

Cinsiyet değişkeni için farklılıklar alkol veya madde kullanım bozukluğu grubunda bulunmuştur. Erkek katılımcıların zarardan kaçınma mizaç alt boyutu için istatistiksel farklılık bulunmuştur. Kadınların zarardan kaçınma puan ortalamasının erkeklerden düşük olduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarının aksine alan dizinde kadınların gelecek için endişelerinin olduğu, belirsizlik korkusu yaşamaları, utanma ve çekingen olma durumları olduğu bilinmektedir (Duman, 2012).

Erkeklerin sebat etme medyanlarının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür. Sebat etme boyutu için erkeklerin karşılaştıkları zorluklara rağmen pes etmeyen, başladıkları işi bitiren ve bazı zamanlarda mükemmeliyetçi özellikler gösterdiklerinden dolayı yüksek puan almış olabilirler (Arkar, 2005). Cinsiyet değişkeni için son farklılık yenilik arayışı ve kendi kendini yönetme boyutlarında görülmüştür. Erkeklerin yenilik arayışı ve kendi kendini yönetme medyanları kadınlardan yüksek bulunmuştur. Alan dizinde ilgili değişken için çalışma bulunmadığından erkekler için elde edilen bu farklılığın medeni durum değişkeni ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Alkol veya madde kullanım bozukluğu olan 81 erkeğin 64'ü bekar ve 17'si evlidir.

Medeni durum değişkeni için alkol veya madde kullanım bozukluğu olan bekarların yenilik arayışı, kendi kendini yönetme ve ödül bağımlılığı mizaç boyutu medyanları evlilerle farklılık göstermektedir. Bekar bireylerin araştırmacı faaliyetlere yönelmesi, keşfetmekten haz duymaları, monotonluktan kaçma istekleri yenilik arayışı boyutundan yüksek puan almalarını açıklar niteliktedir (Duman, 2012). Ayrıca ödül bağımlılığı boyutunun özelliklerinden bağlanmaya karşı uzak durma ve bağımlı olmayı düşünmeme ele alındığında bekar bireylerle uygunluğu görülecektir (Elli, 2010). Son olarak bekar bireylerin kendi kendini yönetme boyutlarındaki yüksek medyanları bekarların olgun, güçlü, kendi kendine yetebilen, yaratıcı ve liderlik özelliklerine sahip bireyler olmaları ile açıklanabilir (Tarhan, 2014).

Araştırmacı tarafından belirlenen anne-babada madde kullanımı değişkeni için katılımcıların mizaç ve dürtüsellik boyutları arasında farklılık sadece sebat etme boyutunda görülmüştür. Diğer yandan anne ve babasında madde kullanımı olmayanların yenilik arayışı, kendi kendini aşma ve ödül bağımlılığı medyanları daha yüksektir. Elde edilen bulgular anne babası birlikte olan bireylerin mizaç özellikleri ile de benzerlik göstermektedir. Alan dizinde ilgili değişken için çalışma bulunmamakla birlikte anne ve babada madde kullanımının olmamasının koruyucu etkisi, aile ilişkilerini yıpratıcı etkisinin olmaması ve kişileri madde kullanımına özendirmemesi gibi nedenler bulunan sonuçların açıklayıcısı olabilir.

Diğer yandan her iki grup için kardeşlerinde madde kullanımı olan katılımcıların yenilik arayışı, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve ödül bağımlılığı medyanları yüksek bulunmuştur. Bulunan sonuçlar anne-babada madde kullanımı değişkeni için elde edilen bulgularla zıt sonuçlar göstermektedir. Bu noktada anne-baba ve kardeş bireyler için farklı etkisinin olduğu görülmekle birlikte alan dizinde ilgili bir çalışma görülmemiştir. Cezaevi öyküsü değişkeni için alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu grubundaki katılımcıların plan yapmama boyutu medyanlarında farklılık görülmüştür. Cezaevi öyküsü olanların plan yapmama medyanları en yüksek bulunmuştur. Plan yapmama puanı yüksek kişilerin davranışlarını kontrol edemedikleri, kurallı yaşama uymada zorluk çektikleri ve çevre ile sürekli çatışma halinde oldukları bilinmektedir (Akboya, 2016). Bu farklılığın alkol veya madde kullanım bozukluğu olan grupta ortaya çıkmaması kumar oynama bozukluğu olan bireylerde oynayp-oynanama şeklinde görülen bilişsel karışıklık ve kontrolün sağlanamaması durumları ile açıklanabilir. Ayrıca suçlularda yüksek düzeyde dürtüsellik olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012). Sonuç olarak cezaevi öyküsü olan bireylerin toplumla uyumsuz, kurallara uymayan ve uyarıları dikkate almayan bireyler olmaları elde edilen bulgularla tutarlık göstermektedir.

Demografik değişkenlerden kendi kendine zarar verme değişkeninde alkol veya madde kullanım bozukluğu grubu için kendine zarar verme davranışı olanlarda plan yapmama medyanı en yüksek bulunmuştur. Alan dizinde dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmalarda dürtüsellığe yatkınlığı olan bireylerin hayatlarının zorlandıkları bir döneminde kendine zarar verme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Ayrıca kendi kendine zarar verme davranışının önemli bir etkeni olan olarak da madde kullanımı gösterilmiştir (Ak, Gülsün ve Özmenler, 2009).

Yapılan çalışmada maddi durum düzeyine göre katılımcıların mizaç özellikleri ve dürtüsellik boyutları arasındaki farklılık incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda genellikle 501-1000 TL arası geliri olan bireylerin yenilik arayışı, zarardan kaçınma, kendi kendini aşma, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma, ödül bağımlılığı ve sebat etme mizaç boyutları medyanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Düşük sosyoekonomik durumun bireylere olumsuz etkisinin olduğu bilinmektedir (Öz ve Yılmaz, 2009). Bu noktada düşük sosyoekonomik seviyedeki katılımcılarda gelecekle ilgili kötümser endişeler ve belirsizlik korkusunu içeren zarardan kaçınma boyutundan yüksek puan almaları düşük sosyoekonomik durumun olumsuz etkisine paralellik göstermektedir (Duman, 2012).

Ancak bağıllık ve duygusallık özelliklerini içeren ödül bağımlılığı boyutundan; beceriklilik, çalışkanlık ve direnç gibi özellikleri içeren sebat etme boyutundan; kendi kendini geliştirme, amaçlılık ve planlılık gibi özellikleri içeren kendi kendini yönetme boyutundan; sosyal kabul, empati, yardımseverlik ve merhamet gibi özellikleri içeren iş birliği yapma boyutundan ve son olarak bencil olmama, inanç ve yaratıcılık (Duman, 2012) gibi özellikleri içeren kendi kendini aşma boyutundan yüksek puan almaları düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerin olumsuzlukları aşmak için kendi kişilik ve mizaç özelliklerinde yaptıkları bir düzenleme olabilir.

Tercih maddesi için alkol veya madde kullanım bozukluğu olan grupta motor dürtüsellik medyanları anlamlı farklılık göstermektedir. Analiz sonucunda uyarıcı madde tercih eden katılımcıların motor dürtüsellik medyanları en yüksek bulunmuştur. Moeller ve arkadaşları (2002) çalışmalarında kokain kullanıcılarının dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermişlerdir. Uyarıcı maddelerin merkezi sinir sistemini uyararak psikomotor aktiviteyi artırması motor dürtüsellik boyutundaki anlamlı farklılığı açıklayabilir. Diğer maddeler için motor dürtüsellik medyanlarının düşük bulunması bu maddelerin merkezi sinir sistemini baskılayıcı etkileri ile açıklanabilir. Çalışmamızda uyarıcı madde grubunda kokain, ekstazi ve metamfetamin yer almaktadır.

Sonuç

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular ışığında alkol veya madde kullanım bozukluğu ile alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olanların mizaç ve dürtüsellik boyutları için anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca regresyon analizinde mizaç ve dürtüsellik özelliklerinin kumar oynama bozukluğunu yordayıcı nitelikte olmadığı görülmüştür. Son olarak araştırma gruplarında yer alan katılımcıların maddi durum, medeni durum ve tercih maddesi gibi bilgilerine göre mizaç boyutları ve dürtüsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür.

Öneriler

Bundan sonraki çalışmalarda alkol veya madde kullanımının yanında bireyleri kumar oynamaya yönlendiren sebepleri içeren demografik soruların bulunduğu araştırmalar alan dizine kumar oynama bozukluğu için güncel ve yeni bilgiler kazandıracaktır. Ayrıca kullanım bozukluğu spektrumunun genişletilmesi ve çeşitli bağımlılık türleri arasında dürtüsellik veya mizaç özelliklerinin etkisinin görülmesi açısından önemli olacaktır.

Kısıtlılıklar

Yapılan çalışma alkol veya madde kullanım bozukluğuna sahip olmanın yanında alkol veya madde kullanım bozukluğu komorbidite kumar oynama bozukluğu olan kişileri kapsadığı için örneklem bulma evresinde zorluk yaşanmıştır. Ayrıca kullanım bozukluğu olan kişilerin anket çalışmasına katılmada gönülsüz olmaları ve düzgün kodlama yapmamaları veri toplama sürecine olumsuz yansımıştır. Veri toplama sürecinde yüz yüze görüşme (interview) tekniğinin uygulanmaması araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Son olarak alan dizinde kumar oynama bozukluğuna yönelik çalışmanın az oluşu tartışma kısmında elde edilen bulguların desteklenmesi noktasında zorluk yaşanmasına neden olmuştur.

KAYNAKÇA

- Adler, A. (1927). Individual psychology. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22(2), 116-129.
- Ak, M., Gülsün, M. ve Özmenler, K.N. (2009). Özkıyım ve Kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1), 45-54.
- Akboya, O. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılarında Uyku Bozukluğu ve Dürtüsellik Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akvardar, Y., Arkar, P. H., Akdede, B. B., Gül, S., Sarı, P. Ö. ve Tunca, Z. (2005). Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri. *Journal of Dependence*, 6, 53-59.
- Arısoy, Ö. (2009) İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 55-67.
- Arkar, H. (2004). Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramının Türk örnekleminde sınanması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, İzmir.
- Arkar, H. (2005). Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramı. *Türk Psikoloji Bülteni*, 36, 82-94.
- Arkar, H. (2008). Cloninger'in Mizaç Ve Karakter Boyutları İle Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri*, 11, 115-124.
- Arkar, H. (2010). Depresif Duygu Durum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanterinin Karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*, 48(2), 116-121.
- Aslan, S. (2011). Akademisyenlerde İnternet Bağımlılık Düzeyleri ve Buna Bağlı Oluşabilecek Sağlık Sorunları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Aslan, S. Ve Demir, E. (2008). Yineleyici Ve Tek Dönem Major Dönem Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik Ve Affektif Mizaç Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 11, 61-71.
- Barratt, E. ve Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, Behavioral, and Psychophysiological Correlates. M. Zuckerman (Ed.). *The Biological basis of impulsivity and sensation seeking* içinde. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 77-116.

- Batıgün, A., ve Şehrin, N. (2003). Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(51), 37-52.
- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri*, 6(2), 221-230.
- Beyazyürek, M. ve Şatır, T.T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 50-56.
- Birliği, A. P. (2001). DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Çev: Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Birliği, A. P. (2013). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-V). *Köroğlu E (çeviri ed.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği*.
- Blanco, C., Oresanz-Muñoz, L., Blanco-Jerez, C. and Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *Am J Psychiatry*, 153, 119-121.
- Blaszczynski, A. (1994). Criminal offenses in pathological gamblers. *Psychiatr Psychol Law*, 1, 129–138.
- Blaszczynski, A. ve Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487-99.
- Bostancı, A. ve Doksat, M.K. (2000). Patolojik Kumar Oynama. *Yeni symposium*, 38(4), 157-161.
- Boztaş, M. ve Arısoy, Ö. (2010). Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.
- Brunner, D. and Hen, R. (1997). Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 81-105.
- Burger, J. M. (2006). Kişilik. (Çev: Sarioğlu, İ. D.). İstanbul. Kaknüs Yayınları.
- Cimete, G. (2002). Gebelikte Madde Kullanımının Anne, Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 67-77.
- Cloninger, C. R. (2000). Biology Of Personality Dimonsions. *Current İn Psychiatry*, 13, 611-616.

- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. and Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
- Corless, T. and Dickerson, M. (1989). Gamblers' Self-Perceptions of the Determinants of Impaired Control. *British Journal of Addiction*, 84(12), 1527-1537.
- Coşkunol, H. ve Altıntoprak, E. (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2(4), 222-229.
- Çakmak, D. ve Ögel, K. (2000). Bağımlılık Yapıcı ve Uyarıcı Maddeler Hakkında Bilmemiz Gerekenler El Kitabı. İstanbul: Üçer Ofset.
- Çetin, N. ve Beceren, E. (2007). Lider Kişilik: GANDHİ. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5), 110-132.
- Daley, A.J. (2002). Exercise Therapy And Mental Health İn Clinical Populatin: Is Exercise Therapy A Worthwhile İntervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 262-270.
- Derevensky, J.L., Gupta, R. and Winters, K. (2003). Prevalence Rates of Youth Gambling Problems: Are the Current Rates Inflated? *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 405-425.
- Dickerson, M. (1989). Gambling: a dependence without a drug. *International Review of Psychiatry*, 1, 152-172.
- Dickman, S.J. (1990). Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
- Dişsiz, M. (2012). Alkol ve Madde Bağımlılığına Kadının Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dişsiz, M., Oskay, U. Y. and Beji, N. K. (2010). Use of alcoholic beverages and other psychoactive substances among women in Turkey: medical, biological, and social consequences. A pilot study. *Substance use and misuse*, 45(7-8), 1060-1076.

- Duman, M. (2012). Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Evlilik Uyumu Ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Duvarcı, İ. ve Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 33-45.
- Duvarcı, İ. ve Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 26-33.
- Ekşi, F. (2012). Narsistik Kişilik Özelliklerinin İnternet Bağımlılığı ve Siber Zorbalığı Yordama Düzeyinin Yol Analizi ile İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(3), 1683-1706.
- Elli, Ü. (2010). Yetişkinlerde Bağlanma Biçimleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Depresyon İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Elmacı, F. (2006). Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Desteğin Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(2), 405-423.
- Elmas, H., Cesur, G. ve Oral, T. (2016). Alekstim ve Patolojik Kumar: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 28-39.
- Eysenck, H. J. ve M. W. Eysenck (1985). *Personality And Individual Differences: A Natural Science Approach*. New york: Plenum Press.
- Flexner, A. (1908). *The American college: a criticism*. Century Company.
- Goldsmith, H. H., Buss, A.H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., et. al. (1987). Roundtable: What is temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58 (2), 505-529.
- Gorski, T. (1986). Relapse prevention planning: A new recovery tool. *Alcohol Health and Research World*, 3, 6-11.
- Gönül, A.S. (2002). Patolojik İnternet Kullanımı. *Yeni Symposium*, 4(3), 105-110.
- Grant, J. E. and Chamberlain, S. R. (2014). Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: Cause or consequence?. *Addictive behaviors*, 39(11), 1632-1639.
- Gray, J. A. (1987). Perspectives on Anxiety and Impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21(4), 493-509.

- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.
- Grüsser, S.M., Thalemann, C. and Griffiths, M. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychol Behav*, 10, 290-292.
- Gülaç, G., Köşger, F. ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5' te Alkol ve Madde Kullanım Boz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Gümüş, İ., Kurt, M., Ermurat, D. ve Feyatorbay, E. (2011). Lise Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları Düzeylerinin Belirlenmesi (Erzurum Örneği). *Ekev Akademi Dergisi*, 15(45), 97-101.
- Güngör, B., Askın R., Taymur, İ. ve Sarı, S.(2014). Alkol Bağımlılığında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dürtü Kontrol Bozukluğu Ek Tanısı İle Dürtüsellik, Kompulsivitenin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The H-Journal Of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(3), 233-241.
- Irmak, A.Y. ve Erdoğan, S. (2015). Dijital oyun bağımlılığı ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(özel sayı 1), 10-19.
- Irmak, A.Y. ve Erdoğan, S. (2016). Ergen Ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-11.
- İbiloğlu, A. Ve Çayköylü, A. (2011). Bipolar- I, Bipolar- II Ve Major Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik Ve Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 159-165.
- Kalyon, A., Dektaş, Ö. ve Mırsal, H. (2003). Patolojik Kumar Oynama: Biyopsikososyal Yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 76-80.
- Kalyoncu, A. ve Mırsal, H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.
- Kef, S. (1997). The Personel Networks and Social Supports Of Blind and Visually Impaired Adolescents. *Journal Of Visual Impairment and Blindness*, 91, 236-244.
- Keller, M.C., Coventry, W.L., Heath, A.C. and Martin, N.G.(2005). Widespread evidence for non-additive genetic variation in Cloninger's and Eysenck's personality dimensions using a twin plus sibling design. *Behav. Genetics*, 35, 707-721.

- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F. Ve Yüncü, Z. (2005). Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 164-169.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K. and Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887-894.
- Koob, G.F. (2003). Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*, 56, 18-31.
- Köse, D., Çınar, N. ve Akduran, F. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Kişilik Özelliklerinin ve Zaman Yönetimi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sakarya.
- Köse, S., Sayar, K., Ak, I., Aydın, N., Kirpınar, I., Reeves, R. A. ve Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14(3), 107-131.
- Kuluoplu, M. ve Atmaca, M. (2001). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. *Kriz Dergisi*, 9(1), 33-38.
- Lesieur H.R. and Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 144, 1184-1188.
- Levenson, R.W., Oyama, O.N. and Meek, P.S. (1987). Greater reinforcement from alcohol for those at risk: parental risk, personality risk, and sex. *J Abnorm Psychol.* 96(3), 242-253.
- Lipszyc, J. and Schachar, R. (2010). Inhibitory control and psychopathology: a meta analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(06), 1064-1076.
- Loney, B.R., Frick, P.J., Clements, C.B., Ellis, M.L. and Kerlin, K.J. (2003). Callous-Unemotional Traits, Impulsivity, and Emotional Processing in Adolescents with Antisocial Behavior Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 32(1), 66-80.
- Lorenz, V. ve Yaffee, R. (1988). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.

- Maccallum, F. ve Blaszczynski, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide Life Threat Behav.* 33, 88-98.
- Maçkalı, Z., Gölübüz, S. ve Oral, T. (2014). Yaratıcılık ve İki Uçlu Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 50-59.
- Maher, A. M., Thomson, C. J. ve Carslon, S. R. (2015). Risk-Taking and Impulsive Personality Traits in Proficient Downhill Sports Enthusiasts. *Personality and Individual Differences*, 79, 20–24.
- McCarthy, D.M., Niculete, M.E., Treloar, H.R., Morris, D.H. and Bartholow, B.D. (2012). Acute alcohol effects on impulsivity: associations with drinking and driving behavior. *Addiction*, 107(12), 2109-2114.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Oderinde, V., Mathias, C. W., Harper, R. A., & Swann, A. C. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and alcohol dependence*, 68(1), 105-111.
- Olçay, G.N. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ögel, K., Aksoy, A., Topuz, A., Liman, O. ve Coşkun, S. (2005).Ergenlerde Uçucu Madde Kullanımı Şiddetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 260-267.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Çakmak, D. (2001). İstanbul’da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yordayıcısı. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 242-245.
- Ögel, K., Taner. S. ve Eke, C. (2006). Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklem. *Journal of Dependence*, 7, 18-23.
- Öz, F. Ve Yılmaz, E. B. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özdemir, S., Selvi, Y. ve Aydın, A.(2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 299-314.

- Öztürk, Y.E., Kırlioğlu, M. ve Kıracı, R. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılarında Risk Faktörlerin. *Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 86-95.
- Patton, J.H., Stanford, M.S. and Barratt. E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*, 51, 768-774.
- Pektaş, Ö., Mırsal, H., Kalyoncu, Ö.A., Tan, D. ve Beyazyürek, M. (2003). Remisyondaki Alkol Bağımlılarında Kontrol Odağı. *Journal Of Dependence*, 4, 72-75.
- Petry, N.M. (2001). Substance Abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend*, 63, 29-38.
- Potenza, M.N., Steinberg, M.A., Skudlarski, P., Fulbright, R.K., Lacadie, C.M., Wilber, M.K., Rounsaville, B.J., Gore, J.C. and Wexler, B.E. (2003). Gamblingurges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 828-836.
- Rado, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *The Psychoanalytic Quarterly*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2, 1-23.
- Richards, J.B., Zhang, L., Mitchell, S.H. and Wit, H. (1999). Delay or probability discounting in a model of impulsive behavior: effect of alcohol. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 71(2), 121-143.
- Rohsenow, D.J. (1982). Social anxiety, daily moods, and alcohol use over time among heavy social drinking men. *Addictive Behaviors*, 7(3), 311-315.
- Romero, E., Luengo, M. A. ve Sobral, J. (2001). Personality and Antisocial Behaviour: Study of Temperamental Dimensions. *Personality and Individual Differences*. 31(3), 329-348.
- Rosenthal, R. J. (1992). Pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 22(2), 72-78.
- Rosenthal, R.J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 108-120.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. and Linnoila, M. (1988). Depreessed pathological gamblers. *Acta PsychiatrScand*, 77, 163-165.
- Roy, A., Dejong, J. and Linnoila, M. (1989). Extraversion in pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 679-681.

- Sağkal, T. ve Gürken, A. (2010). İzmir ve Manisa' da Madde Bağımlılarına Uygulanan İki Farklı Klinik Tedavi Programının Öğrenilmiş Güçlülüğe Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(3), 109-116.
- Samhsa (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2005). Evaluating and Improving Methods Used in the National Survey on Drug Use and Health. Erişim Tarihi: 06.01.2017, <http://www.oas.samhsa.gov>.
- Samhsa. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2007). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Erişim Tarihi: 06.01.2017, <http://www.oas.samhsa.gov>.
- Schuckit, M. A., Mazzanti, C., Smith, T. L., Ahmed, U., Radel, M., Iwata, N. and Goldman, D. (1999). Selective genotyping for the role of 5-HT 2A, 5-HT 2C, and GABA α 6 receptors and the serotonin transporter in the level of response to alcohol: a pilot study. *Biological Psychiatry*, 45(5), 647-651.
- Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267- 272.
- Sucaklı, M., Keten, H., Çelik, M., Ölmez, S. ve Yılmaz, A. (2013). Yetiştirme Yurdunda Kalan Çocuk ve Ergenlik Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1), 23-27.
- Tabak, S. (2010). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yetişkin Erkeklerle Normal Yetişkin Erkeklerin Tematik Algı Testi Bulguları Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Tarhan, F. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Sabahçıl-Akşamcıl Sirkadyen Ritim Özellikleri Ve Sabahçıl-Akşamcılığın Mizaç İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.
- Taşdöver, H. , Emhan, A. ve Dönmez, M. (2012). Liderlik Tarzı ve Mizaç Karakter İlişkisi: Polis Teşkilatında Bir Uygulama. *Yönetim ve Ekonomi*, 19(2), 165-177.
- Türkcan, A., Arslan, H. ve Çakmak, D. (2001). Alkol Bağımlılarında Patolojik Kumar Oynamanın Yaygınlığı ve Eşlik Eden Özellikler. *Düşünen Adam*, 14(2), 104-108.

- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş. Ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 230-234.
- Ünal, M. ve Özpoymaz, N. (1997). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1. (Ed: Güleç, C. ve Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Whiteside, S. P. ve Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and Impulsivity: Using a Structural Model of Personality to Understand Impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
- World Health Organization: WHO. (1992) 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). Geneva.
- Yazıcı, K. ve Yazıcı, A. (2010). Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 254-280.
- Yeltepe, H. (2010). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Depresyon Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, B., Engin, E. ve Yıldırım, S.(2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 25-30.
- Yıldırım, İ. (1997). Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 147-155.
- Yılmaz, E., Genç, G., Ünal, Ö., Örek, A., Aydemir, Ö., Deveci, E. Ve Kırkpınar, İ. (2015). Dokuz Tıp Mizaç Modeli İle Psikobiyoloji Kişilik Modeli Ve Affektif Mizaç Modeli Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 95-103.
- Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel Toplumsal Sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Zincir, S., Zincir, S., Sünbül, E. ve Kaymak, E. (2012). Sigara Bağımlılarında Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Bağımlılık Düzeyleri ile İlişkisi. *Journal Of Mood Disorders*, 2(4), 160-166.

EKLER

Ek 1- Sosyodemografik Form

Bu form Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastalarda Komorbidite Kumar Oynama Bozukluğunu Yordayan Özellikler: Dürtüsellik ve Mizaç özelliklerini araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Anket formu ile toplanılan bilgiler Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tezi içindir. Toplanan bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Lütfen her soru için size en uygun seçeneği daire içine alınız, parantez içine “x” işareti koyunuz.

1. **Cinsiyet:** Kadın () Erkek ()

2. **Yaşınız:**

3. **Medeni Durum** Evli () Bekar () Dul ()

4. **Eğitim Düzeyi** İlk Okul () Orta Okul () Lise () Ön Lisans ()

Lisans () Yüksek Lisans () Doktora ()

5. **Aylık geliriniz:**

500 tl ve altı () 501- 1000 tl aralığında () 1001- 1500 tl aralığında ()

1501-2000 tl aralığında () 2001 tl ve üstü ()

6. **Kullanılan İlk Bağımlılık Yapıcı Madde**

Alkol () Esrar () Sentetik Kannabinoid / Jameika, Bonzai () Extacy ()

Kokain/Taş () Eroin () Metanfetamin () Lsd ()

Uçucu Maddeler ()

7. Şuan Kullanılan (veya bırakılan) Bağımlılık Yapıcı Madde
(birden fazla var ise işaretleyiniz)

Alkol () Esrar () Sentetik Kannabinoid / Jameika, Bonzai () Extacy ()

Kokain/Taş () Eroin () Metanfetamin () Lsd ()

Uçucu Maddeler ()

8. Kullanılan ya da Bırakılan Bağımlılık Yapıcı Maddenin Kullanım Sıklığı
(bırakıldı ise, bırakılmadan önceki kullanım sıklığı)

Yılda bir veya birkaç kez ()

Ayda bir veya birkaç kez ()

Haftada bir veya birkaç kez ()

Her gün ()

9. Anne veya Babada Kullanılan ya da Bırakılan Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı

Var () Yok ()

10.Kardeşlerde Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı

Var () Yok ()

11.Anne veya Babada Kumar öyküsü

Var () Yok ()

12.Kardeşlerde Kumar Öyküsü

Var () Yok ()

**13. Herhangi Bir Olaydan
Ötürü Cezaevi Öyküsü**

Var () Yok ()

**14. Anne veya Babada
Cezaevi Öyküsü**

Var () Yok ()

**15. Kardeşlerde Cezaevi
Öyküsü**

Var () Yok ()

16. Kendine Zarar Verme Davranışı
(kendini kesme, vücutta sigara söndürme vb)

Var () Yok ()

Ek 2- Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Açıklama: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle yaparım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiçbir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Düzenli para biriktiririm				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

Ek 3- Mizaç Ve Karakter Envanteri (Türkçe-TCI)

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

	Doğru	Yanlış
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınıyorum.		
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.		
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.		
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.		
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.		
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.		
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.		
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.		
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.		
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırır.		
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.		
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.		
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.		
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.		
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.		
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.		
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.		
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.		
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım.		
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.		
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.		
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.		
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.		
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.		
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.		
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir.		
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.		
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkıldığımıdır.		
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.		
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.		
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.		

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

	Doğru	Yanlış
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur.		
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim.		
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir.		
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.		
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.		
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim.		
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.		
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.		
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.		
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.		
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.		
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.		
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır.		
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.		
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.		
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.		
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.		
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.		
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam.		
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim.		
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.		
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.		
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.		
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım.		
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.		
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.		
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim.		
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.		
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.		

	Doğru	Yanlış
117. Candan ve yakın arkadaşlarımın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.		
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.		
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.		
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.		
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar.		
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.		
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.		
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.		
125. Çoğu zaman yaptığım isin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.		
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.		
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım.		
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.		
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim.		
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim.		
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.		
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.		
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır.		
134. Başkaları benden daha çok is beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.		
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikincil huy” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.		
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.		
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.		
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.		
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.		
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder isler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.		
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman islerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.		
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.		
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.		
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile isleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.		

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

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

	Doğru	Yanlış
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.		
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.		
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.		
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.		
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D		
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım.		
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır.		
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.		
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyordum duygusuna kapılırım.		
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmağın yalnızca kendisini düşünür.		
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim.		
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.		
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.		
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.		
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.		
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.		
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.		
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.		
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider.		
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim.		
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.		
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.		
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam.		
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.		
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.		
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.		
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.		

	Doğru	Yanlış
234. Benimle ilgili kimseler isleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.		
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.		
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.		
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım.		
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım.		
239. Bazen keyifsiz olurum.		
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.		

Ek 4- South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) Türkçe Formu

İsim: _____ Tarih: _____

1. Bugüne kadar aşağıdaki kumar çeşitlerinden hangilerini oynadığınızı belirtiniz. Her kumar çeşidi için üç cevaptan

	Hiç	Haftada birden	Haftada birkere veya daha fazla
At yarışı	()	()	()
Parasına Kağıt Oyunları (yanık, poker gibi)	()	()	()
Parasına Okey () () ()			
Parasına Zar Oyunları (barbut gibi)	()	()	()
Horoz Dövüşü () () ()			
Spor-Toto veya Spor-Loto	()	()	()
Sayısal-Loto	()	()	()
Kazı-Kazan	()	()	()
Milli Piyango	()	()	()
Borsada Oynama	()	()	()
Casino Oyunları	()	()	()
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	()	()	()
Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yazınız: _____)	()	()	()

2. Bugüne kadar bir günde kumara yatırdığınız en fazla para ne kadardır?
_____ TL

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

- () Baba () Anne () Kardeşler
() Büyük anne ve baba () Eş veya partner () Çocuklar
() Diğer akrabalar () Arkadaş veya yaşamımdaki önemli başka biri

4. Kumar oynadığınızda, kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için bir başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?

- () Hiç gitmem
() Bazen giderim (kaybettiğim zamanların yarısından azında)
() Kaybettiğim çoğu zaman giderim
() Her kaybettiğimde giderim

5. Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?

- () Asla
() Evet, kaybettiğim zamanların yarısının azında
() Evet, çoğu zaman

6. Bahis ve kumarla ilgili hiç sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

- () Hayır
() Evet, geçmişte fakat şimdi değil
() Evet

7. Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?

- () Evet, oldu () Hayır, olmadı

8. Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorunuz olduğunusöyledikleri oldu mu?

- () Evet, oldu () Hayır, olmadı

9. Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

10. Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

11. Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden

çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

12. Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

13. (Eğer yukarıdaki soruyu Evet diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde

yoğunlaştığı oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

14. Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

15. Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

Evet, oldu Hayır, olmadı

16. Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız? (Lütfen işaretleyiniz)

a. Evin parasından

b. Akrabalarınızdan

c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından

d. Kredi kartlarından

e. Tefecilerden

f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma

g. Arkadaş veya tanıdıklardan

h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme

j. Bahisçiye borçlanma

k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma