

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMU VE KLİNİK
ÖNCELİKLER: BOYUTLU DÜŞÜNME ÖRNEĞİNDE
KİMİ SAPTAMALAR**

Dr. Tolgahan TUNCAL

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA-2016

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMU VE KLİNİK
ÖNCELİKLER: BOYUTLU DÜŞÜNME ÖRNEĞİNDE KİMİ
SAPTAMALAR**

Dr. Tolgahan TUNCAL

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Yıldırım Beyathı DOĞAN**

ANKARA-2016

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı : Tolgahan TUNCAL	Sınav tarihi: 23./09... / 2016...
Anabilim/Bilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof.Dr. Yıldırım Beyatlı DOĞAN	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: ABS ve Klinik Öncelikleri: Boyutlu Düşünme Örneğinde Kimi Saptamalar
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak <input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne <input type="checkbox"/> Reddine <input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine <input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

<i>Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız</i>
--

Jüri Başkanı

Prof.Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr. Yıldırım Beyatlı DOĞAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr. Zehra ARIKAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının konusunun belirlenmesi ve araştırmanın gerçekleşmesindeki katkıları, ihtisas eğitimim süresince gösterdiği yoğun emeği ve eleştirel düşünmenin aydınlatıcı yoluna beni yönlendirdiği için sevgili hocam Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı DOĞAN'a,

İhtisas eğitim boyunca değerli katkıları ve destekleri için Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK ve Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ'ye,

Tez çalışması esnasında yardımları ve insanı önceleyen yaklaşımı ile hayatımda önemli yeri olan Prof. Dr. İnci Özgür İLHAN'a,

Tezimde yer alan hastaların dahil edilme aşamasında ve sonrasında katkıları olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Birikimlerini benle paylaşan eğitimime katkısı olan tüm hocalarıma,

Asistanlık sürecinde yolumuz kesişen Dr. Nilay SEDES ile değerli dostlarım Dr. Gamze TAŞ, Dr. Fuad BASHİROV, Dr. Melike EZERBOLAT ÖZATEŞ, Dr. Vüsal ALİYEV, Dr. Kazım Cihan CAN, Dr. Emrah Cem BAYRAM ve kardeşim bildiğim Dr. Oğuzhan HERDİ'ye

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi ihtisas sürecinde de yanımda olan aileme ve özellikle olarak annem İnkılap TUNCAL'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tolgahan TUNCAL

Temmuz 2016

Ankara

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Alkol Bağımlılığı.....	5
2.1.1. Bağımlılık Kavramı	5
2.1.2. Alkol Bağımlılığının Tanımlanması	5
2.1.2.1. Biyolojik Nedenler.....	6
2.1.2.2. Bireysel Ruhsal Nedenler	6
2.1.2.3. Çevresel Nedenler	7
2.1.3. Alkol Bağımlılığı Epidemiyoloji	7
2.1.4. Tanısal Sınıflandırma Sistemleri İçinde Alkol Bağımlılığı	9
2.1.4.1. Alkol Bağımlılık Sendromu Tanısı için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	10
2.1.4.2. Alkol Bağımlılık Sendromu için ICD-10 Tanı Ölçütleri	11
2.1.5. Alkol Bağımlılığı Sendromu- 7 Fenomen	12
2.1.6. Alkol Bağımlılığı ve Beyin Ödül Sistemi.....	13
2.1.7. Alkol Bağımlılığında Relaps	16
2.1.7.1. Relaps Gelişim Modelleri	18
2.1.7.1.1. Psikobiyolojik Modeller.....	18
2.1.7.1.1.1. Karşıt Süreçler ve Edinilmiş Motivasyon.....	18
2.1.7.1.1.2. İstek ve Kontrol Kaybı	18
2.1.7.1.1.3. Aşırı Arzu ve İstek Modeli	19

2.1.7.1.1.4. Çekilme/Limbik Ateşleme Modeli	19
2.1.7.1.1.5. Çekilme Belirtileri Modeli	20
2.1.7.1.1.6. Akut Çekilme Sonrası Sendromu	20
2.1.7.1.2. Psikolojik Modeller	21
2.1.7.1.2.1. Bilişsel–Davranışçı Model	21
2.1.7.1.2.2. Bilişsel Değerlendirme Modeli.....	21
2.1.7.1.2.3. Birey–Durum Arası Etkileşim Modeli	22
2.1.7.1.2.4. Kendine Güven ve Sonuç Beklentileri Modeli.....	22
2.2. Tedaviye Hazır Olma ve Tedavi İçin Motivasyon	26
2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	27
2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Alkol Bağımlılığı	27
2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Dürtüsellik ve Bağımlılık İlişkisi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Örneklem	32
3.2. Veri toplama araçları	32
3.2.1. Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik Özellikler ve İçme Öyküsü Anketi	32
3.2.2. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	33
3.2.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği	33
3.2.4. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES).....	33
3.2.5. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi.....	34
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	34
4. BULGULAR	36
4.1. Sosyodemografik Özellikler Açısından Bulgular.....	36
4.2. İçme Öyküsü Açısından Bulgular	38
4.3. Psikolojik Değerlendirmeler Açısından Bulgular	40
5. TARTIŞMA	44

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler.....	53
ÖZET.....	55
SUMMARY	56
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	71
Ek-1. Demografik bilgi ve alkol öyküsü formu	71
Ek-2. Wender Utah derecelendirme Ölçeği	76
Ek-3. Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)	77
Ek-4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi.....	78
Ek-5. Sosya Uyum Kendini Değerlendirme ölçeği	79

KISALTMALAR

APA	: American Psychiatry Association
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DE	: Dikkat Eksikliği
DSM	: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HB	: Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	: International Classification of Disease
SUKDÖ	: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
YAA	: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Örneklemin Sosyodemografik özellikleri	36
Tablo 4.2. İş Durumunun Relaps ve Remisyonla İlişkisi.....	37
Tablo 4.3. Medeni Durumun Relaps ve Remisyonla İlişkisi	37
Tablo 4.4. Yaş ile Relaps Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 4.5. İçme Öyküsü Açısından Bulgular	38
Tablo 4.6. Alkol Kullanmaya Başlamada Etkili Faktörler.....	39
Tablo 4.7. Alkollü İken Yaşanan Sorunlar ve Alanları.....	39
Tablo 4.8. Alkol Çekilmesi İle İlgili Yaşanan Sorunlar.....	40
Tablo 4.8. Ölçek Kesme Puanları	41
Tablo 4.9. Ölçeklerin kesme puanlarına göre hasta dağılımı.....	42
Tablo 4.10. İlk Değerlendirmedeki Ölçek Puanları	42
Tablo 4.11. Altıncı Ay İzlemedeki Ölçek Puanları.....	42
Tablo 4.12. İlk Değerlendirmedeki Psikometrik Ölçümler ile Relaps İlişkisi	43
Tablo 4.13. İzlem Değerlendirmedeki Psikometrik Ölçümler ile Relaps İlişkisi	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Bağımlılık” kavramının tanımlanması ve bir paradigmayla bütünleştirilmesi için klinik sendromlar tanımlanmıştır. İnsanda bağımlılığın tanımlanması, basitleştirilmiş bir nedensellikte açıklanabilmekten çok uzaktır. Bu nedenle alkol veya madde ile kurulan “ilişkiyi” bağlamsal olarak ele alan, toplumsal ve bireysel özgül değişkenlerden dinamik olarak etkilenen bir “süreç” olarak tanımlamak daha anlamlı gözükmemektedir (Doğan, 1996).

Bağımlılık sendromu tanımı ilk kez alkol bağımlılığı tanımı için yapılmıştır. Alkol kullanımı için istek olması, bağımlılık sendromunun temel tanımlayıcı özelliğidir. Bu istek, sık sık alkol alma isteğinden, önu alınamaz bir alkol alma isteğine kadar değişen ölçülerde olabilir (Arıkan, 2008). Alkol bağımlılığı, bireyin ruh ve beden sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma, alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur (Uluğ ve Öztürk, 2008).

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenlerdir ve gerek gelişmiş ülkelerde gerekse ülkemizde giderek artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında yaklaşık 2 milyar insanın alkollü içecekler tükettiğini bildirerek tahminen 7.3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür (DSÖ, 2004). Amerika Birleşik Devletleri’nde, Topluluk Epidemiyoloji Çalışma Grubu tarafından yürütülmüş olan kapsamlı bir tarama çalışmasında 8.2 milyon insanın alkol bağımlısı olduğu bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Sağlık bakanlığı madde bağımlılığı tanı ve tedavi klavuzunun 2012 yılı yayınında Amerika’da alkol bağımlılığının %10 olduğu belirtilmiştir (Arıkan, 2012).

Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımında yeterli günlük işlevsellik için fazla miktarlarda alkol alma ihtiyacı doğmaktadır. İçme örüntüleri belli davranışlarla ilişkilidir. Bunlar; içmeyi durdurma veya kesme, fazla içmeyi kontrol edebilmek için çaba gösterme, içmeyi günün belli zamanına sınırlayamama, kişinin alkol kullanımıyla kötüleştiğini bildiği fiziksel rahatsızlığına rağmen içmeye devam etme, alkol içeren sanayi ürünlerini içmek amaçlı kullanma ve intoksikasyon sırasında

yaşananları hatırlayamama ile seyreden amnestik dönemler şeklindedir (Öztürk, 2011).

Alkol bağımlılığında, içki içmenin olumsuz sonuçlarıyla karşı karşıya kalındığı halde içme durdurulamaz ve kontrol edilemez hale gelmiştir. Alkole bağlı olumsuz sonuçlar bireyde ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklardan trafik kazaları, alkolle ilişkili kaza ve ölümler, doğum anomalileri, şiddet ve suç işlemeye yatkınlık, ailelerin parçalanması ve iş kayıplarına kadar çeşitlendirilebilir. Alkol bağımlılığı sadece rahatsızlığa sahip bireyi değil sosyal çevresini de etkilemektedir. Bireyin içinde bulunduğu aileden başlayarak tüm toplumu etkiler.

Bütün madde bağımlılıklarında olduğu gibi alkol bağımlılığında da en temel sorun “bağımlılık davranışının” tekrarlayıcı özelliğidir (Miller, 1996). Bu tekrarlamalar “relaps” adını alır ve bağımlılık tedavisinin klinik uygulamalarındaki en zorlu sorunlarından biridir. Relaps belli bir süre boyunca devam eden alkol almama (kuru kalma) davranışından sonra gelen, kişinin içme davranışının üzerindeki denetimimn kalktığı, kabul edilmeyen içme davranışı olarak tanımlanabilir (Miller, 1996). Alkol bağımlılığında relapsı yordadığı belirtilen çalışmalar daha çok boylamsal nitelikte olup, tutum ve davranış örüntüleri üzerine yoğunlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda relapsın depresyonla, fiziksel semptomlarla pozitif ilişkili, sosyal olarak iyi olma, bir işte çalışıyor olma ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Finney ve ark., 1980). Başetme yollarının işlevsel olmasının relaps ve remisyon üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Sjöberg ve Samsonowitz, 1985; Miller, 1996). Ayrıca benlik saygısındaki düşüklük, dürtüsellik, yetersiz sosyal destek, depresyon varlığı tekrarlayan alkol kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Graham ve Gillis, 1999). Düşük öz-yeterlik duygusu (self-efficacy), yalnız yaşama ve düşük gelir düzeyinin alkol kullanımına doğrudan yol açtığını belirten çalışmalar da vardır (Walton ve ark., 2003).

Çalışmamızda klinik seyri ve tedavi yaklaşımını etkileyen farklı zihinsel alanlarla ilişkili boyutların olabileceği düşünülerek, psikometrik ölçümlerle yeni bir kavramsallaştırma ve biyopsikososyal model açısından daha bütüncül bir yaklaşım geliştirme amaçlanmıştır. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Öncü ve ark., 2005), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (Akkaya ve ark., 2008),

Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği (Evren ve ark., 2008), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (Diriöz ve ark., 2012) kullanılarak farklı zihinsel alanlar değerlendirilmiştir.

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu taranarak, süreç haline gelmiş organik kökenli bir zeminin olup olmadığı ele alınmıştır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan ergenlerde ve yetişkinlerde alkol bağımlılığı riskinin artmış olduğu bilinmektedir (Biederman ve ark., 1998). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı riski, özellikle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun klinik özelliklerinden biri olan dürtüsellik ile yakından ilişkilidir (Ohlmeier ve ark., 2007). Ayrıca Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu komorbiditesi, alkol bağımlılığının şiddetini ve alkol bağımlılığının fenotipini belirleyen diğer etkenlerden biridir (Johann ve ark., 2003). Böylelikle alkol bağımlılığı sendromunda yalnızca içme davranışına ve tüketim miktarına bakarak alt gruplar oluşturma yerine, görece organik etkilerin ön planda olduğu ayrı öbekte bir hasta topluluğu oluşumu düşüncesi ele alınabilir.

Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği ile çevresinin ürünü olan bireyin büyük toplum içinde uyum becerileri ve bunların içme davranışı ile doğrudan ilişkileri ele alınmıştır. Alkol bağımlılığının gelişmesinde önemli faktörlerden biri de sosyal uyum kavramıdır (Kokkevi ve Hartgers, 1995). Alkol bağımlılığı olan bireylerin ciddi bir başatma gücüne yaşadığı, ego gücünün zayıf ve benlik saygısının düşük olduğu belirtilmektedir (Barrows, 1998). Ayrıca ergenlik döneminde alkol ve alkol dışı madde kullanmaya başlamak için risk faktörleri ele alınırken, sosyal uyumun ve bir gruba ait hissetmenin de önemli olduğu bildirilmektedir (Kellam ve ark., 1982; Caplan ve ark., 1992). Sosyal uyumun önemi ile ilişkili çalışmalar ele alındığında, kişinin süreç içerisinde bozulan uyumunun veya tedavi ile kurduğu sağlıklı ilişkiler ve sosyal uyumun, remisyon ve relapsları yordamada önemli olduğu düşünülmektedir.

Her tedavi, tedavisel her türlü yaklaşım, bireyde dönüşme, değişme isteği oluşturma amacı güder. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği, bu güdülenme durumunu klinik koşullarda değerlendirme amacı ile kullanılmıştır. Tedaviye dönük motivasyonun remisyon ve relapsları yordamadaki etkisi iyi

bilindiğinden, hastalarla görüşmede esas kabul edilen yöntem motivasyonel görüşmedir (Nyamathi ve ark., 2010).

Gerçek anlamda iyileşme tedavinin en son gününden sonraki gün başlar. Dolayısıyla gerek tedavide gerekse tedavisel özler taşıyan her yaklaşımda ayrılabilme becerisi klinik gidişatın kestirimi için bir gerektir. Ayrıca kişiler arası sağlıklı ilişkiler kurabilme yetisinin önemli bir ögesi ayrılabilme becerisi göstermekle de ilişkilidir. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri bu prognostik kestirimi değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Tüm sonuçları birarada değerlendirdiğimizde zihinsel alandaki tıkanıklıkların giderilmesi, iyi olma isteği ve güdüsünün açık seçik ortaya konabilmesi, hastanın içmediği günlerin sayısı kadar önemli hale gelmektedir. Bu da içme davranışını esas alan iyileşme tanımlarının daha da açarak boyutsal nitelikte tartışılması gerektiğine işaret etmektedir. Böylelikle boyutlu düşünme örneğinde hastaların değerlendirilmesi ile yeni klinik izlem ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine ışık tutmak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Bağımlılığı

2.1.1. Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık bir çeşit ilişki türü ve sürecidir. Bu ilişki biçiminde kişi özdenetimini yitirmekte ve özerkliğini kaybetmektedir. Bu ilişkinin bir ucunda kişi, diğer ucunda bir nesne, bir durum ya da başka bir kişi vardır. Bu ilişki durumu kişide bazı kayıplara yol açar (Doğan, 2000). Bunlar;

- Özdenetim kaybı
- Özerklik kaybı
- Özgüllüğün kaybı
- Özgür olamama

Bu kayıpların yer aldığı ilişki artık bir bağımlılık ilişkisi haline dönüşmüştür. Alkol bağımlılığında bu ilişki kimyasallarla kurulur. Kimyasallarla bağımlılığın gelişmesi, çeşitli nedenlerin bir araya gelmesi ile oluşur yani bağımlılık süreci, çoklu etkenlere bağlı olarak çok yönlü gelişir (Doğan, 2000).

2.1.2. Alkol Bağımlılığının Tanımlanması

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenlerdir ve gerek gelişmiş ülkelerde gerekse ülkemizde giderek artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, alkol bağımlılığını “uzun süre ve alışılmışın dışında miktarlarda alkol alan, alkole bağlı olarak ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşı içinde bulunduğu durumu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hastalıktır” diye tanımlar.

Bağımlılık hem ruhsal hem de fiziksel bir süreçtir. Fiziksel ve ruhsal bağımlılık önceleri birbirinden ayrı olarak ele alınırken artık günümüzde bu iki terim birlikte ele alınmaktadır. Hastalık modeline göre incelendiğinde alkol bağımlılığı kronik bir beyin

hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılık, kişinin olumsuz sonuçları olduğunu bilmesine rağmen, maddeyi ne pahasına olursa olsun kullanmasından dolayı kompulsif bir davranış olarak da tanımlanmıştır (Leshner, 1997).

Alkol bağımlılığının gelişmesi çok faktörlü bir süreçtir. Bu süreçte etkili olan faktörleri biyopsikososyal diye bilinen tümleşik yaklaşıma göre açıklarız. Bu açıklama ancak boyutlu düşünme ile mümkün olabilir. Bağımlılığın, biyolojik olarak başlayıp bireysel ruhsal değişkenlerle biçimlenerek ve çevresel etmenlerin kapsamladığı bir atmosferde bağımlılıkla sonuçlandığı bilinmektedir (Doğan, 2000). Bu etmenler aşağıda sırayla ele alınmıştır.

2.1.2.1. Biyolojik Etmenler

Maddenin santral sinir sistemini etkileme gücü ve bu etkinin ortaya çıkma süresinin kısalığı, o maddenin bağımlılık yapma gücünü belirler. Güçleri farklı olsa da güvenli bir madde yoktur. Sosyal kabul gören bir maddenin de kullanımı güvenli anlamına gelmez (Doğan, 2000).

Alkol bağımlılarının platelet serotonin düzeyleri ve serebrospinal sıvıdaki serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetikasit düzeyleri, bağımlı olmayan kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Bu özellikle dürtüsel davranışların görüldüğü bağımlılarda daha belirgindir (NIAA, 1997). Monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı dizigot ikizlere oranla daha yüksek bulunmuştur (Goodwin, 1985; Kendler, 1994; Heath, 1995; Cadoret, 1995; Gelder, 2012).

2.1.2.2. Bireysel Ruhsal Etmenler

Belli bir kişilik tipine dayanarak bağımlılık geliştirme potansiyelinden söz etmek suretiyle; belli ailelerden gelenlerin daha kolay bağımlılık geliştirdiği yada madde kullanmaya yatkın olduğunu belirten psikolojik nitelikli açıklamalardır. Ancak günümüzde, özellikle biyolojik psikiyatri alanında yapılmış kontrollü çalışmalar, madde kullanımı ve bağımlılık geliştirme açısından kullanan herkes için eş değer bir risk olduğundan söz etmektedir. Dolayısıyla toplumsal planda psikolojik teorilere göre insan ayıklamak ve bunların bağımlı olacağını varsaymak doğru bir anlayış değildir ve bilimin gerçeğiyle bağdaşmaz (Doğan, 2000).

2.1.2.3. Çevresel Etmenler

Bağımlılığı, sosyal çevre tanımı ile başka bir eksene oturttuğumuz vakit, bu tanım içinde öğrenme/ulaşabilme/temin edebilme gibi son derece ayrıcalıklı sorun alanlarına yönelmiş oluyoruz. Sosyal öğrenmenin madde kullanma davranışını hem başlattığı hem de biçim verdiği ileri sürülmektedir. Özellikle alkol ile yapılan kontrollü çalışmalarda sosyal öğrenme ile alkol kullanımı arasında yakın bir ilişki tespit edilmiştir. Sosyal öğrenme sürecinde en önemli iki unsur; “birincil grup” ve “akran grubu”dur. Aile birincil sosyal öğrenme ortamı olarak çevresel etmenler içinde yerini almaktadır. Çevre, sosyal öğrenmenin içinde gerçekleşmesinin yanı sıra alkolün ulaşılabilirliğinin, temin edilebilirliğinin de gerçekleşmesini sağlar. Sosyal öğrenme sürecinde bir diğer unsur da akran grubudur. Alkol kullanmaya başlama yaşı ergen yaş grubu olarak belirlendiğinde akran grubunun önemi ortadadır. Genç, aileden sonra bu gruba topluma geçiş yapar. Bu grubun normları arasında herhangi bir madde kullanımı davranışı var ise gruba dahil olabilmek hayati olduğundan madde kullanma davranışının benimsenmesi ergen için adeta bir zorunluluktur. Ayrıca ekonomik koşullar hatta beslenme alışkanlıkları da alkol kullanımında etkilidir (Doğan, 2000).

2.1.3. Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Alkolizm, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonlarından itibaren tüm dünyada hızla yayılmış ve topluma vermiş olduğu zarar oldukça hissedilir hale gelmiştir. Örneğin, Fransa, İspanya, Almanya gibi alkol tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde sağlık işlerine ayrılan bütçenin yaklaşık olarak yarısı alkolün neden olduğu ruhsal ve bedensel sorunların ve hastalıkların tedavisine harcanmıştır (Köknel, 1983).

Alkol kullanım bozuklukları gün geçtikçe mortalite ve morbidite açısından önem kazanmaya devam etmektedir. Avrupa ve Amerika’da her on insandan sekizi hayatının bir noktasında alkol kullanmıştır (Edwards ve ark., 1994). Gençlerin çoğu ergenlik döneminde özentili ile alkole başlamaktadır. İlk defa içkiyi kullanma yaşı 12-14 yaşa inmiştir. Alkolle ilgili sorunlar ise 18-25 yaş arasında ortaya çıkmaya başlamıştır. Tedavi için başvurma çoğu kez 40 yaşlarında olmakta ve ölüm 55-60 yaşlarında kalp hastalığı, kaza, intihar ve kanser gibi nedenlerle oluşmaktadır. ABD

ve Batı Avrupa ülkelerinde alkollü içecek tüketimi, genellikle kabul edilebilir, yaygın bir tutum olarak görülmektedir. Ancak bu tutumun bağımlılık haline dönüşmesi de önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD’de her 7 kişiden birinin alkol kullanımını ya da bağımlılığı olduğu, erkeklerin %10’unun, kadınların %3’ünün alkol bağımlısı olduğu, 18 yaş üzeri nüfusta ise yaklaşık 9.3–10 milyon bireyin alkol bağımlısı olduğu, hastane yatışlarının üçte birinin alkol nedenli olduğu, alkole bağlı trafik kazalarının önemli bir sorun olmayı sürdürdüğü ve alkolün ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir (Kaptanoğlu ve ark., 1997).

Grant ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı NLAES çalışmasının sonuçlarına göre; DSM-IV kriterleri göz önüne alındığında; son bir yıl içinde alkol bağımlılığı ve kötüye kullanım prevalansı %7.4, ömür boyu alkol kötüye kullanım ve bağımlılık prevalansı ise %18.2 bulunmuştur. Aynı çalışmada sadece alkol bağımlılığı değerlendirildiğinde; son bir yıllık prevalansın %4.4, ömür boyu prevalansın ise %13.3 olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında; ömür boyu alkol bağımlılığı prevalansı erkeklerde %18.6, kadınlarda %8.4, etnik kökene göre değerlendirme yapıldığında; ömür boyu alkol bağımlılığı prevalansı siyah ırkta %8.6, siyah ırk dışı etnik kökenden olanlarda %13.9 bulunmuştur. Yaşa göre değerlendirme yapıldığında ise; en yüksek alkol bağımlılığı prevalansının %19.9 ila 18-24 yaş arasında görüldüğü saptanmıştır (Grant ve ark., 1994).

Türkiye’de 15 yaş üstü 7681 kişiyi tarayan Madde Kullanımı ve Bağımlılık Profili Araştırması’na göre Türkiye’de alkolle bir şekilde tanışık olma oranı %30.6 olarak belirlenmiştir (Türk Psikologlar Der. Nihai Rapor, 2002). Bu oran kadınlarda %13.9, erkeklerde %48.5 olarak bulunmuştur. Tarama testi olarak kullanılan CAGE anketi’ne göre klinik olarak anlamlı kabul edilen bağımlılık riskine sahip kişilerin oranı %3.3 olarak bulunmuştur (Türk Psikologlar Der. Nihai Rapor, 2002). Ülkemizde büyük kentlerde küçük ölçekli yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12’lere kadar indiğini göstermektedir (Arıkan, 2012). Evren ve Çakmak ise ülkemizde alkol bağımlısı bireylerin %4.8’inin kadın, %95.2’sinin erkek olduğu, alkol bağımlıların %70.4’ünün evli ve eşi ile birlikte yaşadığını saptamışlardır (Evren ve Çakmak, 2001).

Alkol kullanımının toplumsal kabul gördüğü ülkelerde alkol kullanımının hem nicelik hem de nitelik olarak tanımı ve tanımı var olan durumun anlaşılmasının ötesinde alınacak koruyucu ve önleyici önlemler açısından son derece önemlidir. Türkiye’de alkol kullanımı ya da “içme davranışı” toplumsal kabul gören bir davranıştır. Nesnel veriler bu gerçeğe işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bölgesi’ne dahil 51 ülke içinde, alkollü içkilerin üretim ve pazarlanmasının devlet tekeli aracılığıyla yapıldığı beş ülkeden bir tanesi de yakın zamana kadar Türkiye idi.. TÜİK yıllık istatistiklerine bakıldığında, fiyat artışına rağmen, her geçen yıl alkol üretiminde artış vardır. Alkol ihraç ürünleri arasında yer almamakta olup bağımlılarında sabitlenmiş miktarlarda alkol tükettiği gözönüne alınırsa, giderek artan alkol üretimi yeni içicilerin yükselen sayısına işaret etmektedir (Doğan, 2000). Epidemiyolojik bir çalışmanın önündeki en önemli engeller, alkol içmenin toplumsal kabul görmesi, ulusal alkol politikası yokluğu ve bunu yansıtacak bilincin henüz yeteri kadar işlevsel olmaması olarak sayılabilir. Bu nedenle alkol bağımlılığı ile ilgili epidemiyolojik veriler yeterli ve güvenilir bilgiler sunamamaktadır.

2.1.4. Tanısal Sınıflandırma Sistemleri İçinde Alkol Bağımlılığı

“Alkol Bağımlılığı Sendromu” kavramı, 1976’da Edwards ve Gross tarafından geliştirilmiştir (Edwards ve Gross, 1976). ICD (International Classification of Diseases) ve DSM (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırma sistemlerinde alkol bağımlılığı ile ilgili tanımların geliştirilmesinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir (McCrary ve Epstein, 1999).

Alkol bağımlılığı ruhsal hastalıklar sınıflandırılması sistemi içine ilk kez DSM-II’de girmiştir. 1968 yılında yayınlanan DSM-II’de alkolizm ve madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları ve psikotik olmayan “diğer bozukluklar” başlığı altında yer almış, tutkunluk (addiction) kavramı yerini bağımlılık (dependence) kavramına bırakmıştır. Bağımlılık ile ilgili bozuklukların ayrı grup olarak kabulü ise 1980’de yayınlanan DSM-III ile mümkün olmuştur. Bu sınıflamada alkol bağımlılığı “Madde Kullanım Bozuklukları” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak yer almıştır. Alkol kullanım bozuklukları “Alkol Kötüye Kullanımı” ve “Alkol Bağımlılığı” olarak iki alt grupta incelenmiştir.

Alkol Kötüye Kullanımı, patolojik alkol kullanma biçimiyle birlikte toplumsal, yasal, bedensel, işlev bozukluklarının varlığı; Alkol Bağımlılığı ise, bunlarla birlikte tolerans ve yoksunluk belirtilerinin varlığı ile tanımlanmıştır. 1987’de yayınlanan DSM-III-R’de madde bağımlılığını tanımlayan dokuz ölçüt tanımlanmış, özellikle davranışa dayalı bağımlılık özellikleri daha ayrıntılı belirtilmiştir. İçme üzerinde denetimin yitilmesi, zorlantılı kullanma davranışı bunlar arasındadır. Bağımlılık tanısı koymak için dokuz ölçütten üçü yeterli kabul edilmiş ve fizyolojik bağımlılık koşulu aranmasından vazgeçilmiştir. Tolerans ve yoksunluk belirtileri dokuz ölçüt arasına girmiş ancak tanı için “mutlak” sayılmamıştır. 1994’te DSM-IV, farklı olarak tabloya fizyolojik bağımlılığın (tolerans ve kesilme sendromu) eşlik edip etmediğinin belirtilmesini zorunlu kılmıştır.

DSM-IV’te ICD-10’la uyum içinde olması açısından “Alkol Kötüye Kullanımı” tanısı korunmuştur. DSM-IV’teki Madde Kötüye Kullanımı tanısı için kişinin madde kullanımının toplumsal, yasal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerle ilgili sorunlara yol açması gerekmektedir. Oysa ICD-10’da “Zararlı Kullanım” başlığı altında yer alan tanı için madde kullanımının ruhsal sorunlara ve sağlık sorunlarına yol açması yeterlidir.

2.1.4.1. Alkol Bağımlılık Sendromu Tanısı için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir alkol kullanım örüntüsüdür.

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:
 - i. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimleri
 - ii. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- i. Alkole özgü yoksunluk sendromu
 - ii. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol kullanımı
3. Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır
 4. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır
 5. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak
 6. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır
 7. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür (alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme)

Varsa belirtiniz:

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı vardır (yani ya birinci ya da ikinci madde vardır).

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Tolerans ve yoksunluğun kanıtı yoktur (yani ne birinci ne de ikinci madde vardır).

2.1.4.2. Alkol Bağımlılık Sendromu için ICD-10 Tanı Ölçütleri

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

1. Kişinin alkol almak için güçlü bir istek duyması
2. Alkol alma davranışını denetlemede güçlük (alınan alkol miktarını ayarlayamama, kullanım süresini ayarlayamama ve başarısızlıkla sonlanan bırakma girişimleri) çekmesi

3. Alkol kullanımını azalttığında ya da bıraktığında tipik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
4. Alkol ile gerekli iyilik halini elde etmek için (rahatlık, sarhoşluk, keyif) gittikçe artan miktarlarda alkole gereksinim duyması (tolerans gelişimi)
5. Alkolü elde etmek, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
6. Aşırı alkol kullanımı nedeniyle ruhsal, sosyal, fiziksel zararlar ortaya çıkmış olmasına rağmen alkol kullanımını sürdürme (DSÖ, 1992).

2.1.5. Alkol Bağımlılığı Sendromu- 7 Fenomen

Alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan pek çok tanımlama içinde Edwards ve Gross'un 1976'da yaptıkları 'Alkol Bağımlılığı Sendromu' tanımı, bağımlılık kavramının ve sürecin anlaşılması, fiziksel ve ruhsal bağımlılık ayrımının yapıldığını vurgulaması açısından önemlidir. Alkol Bağımlılığı Sendromu ampirik olarak tanımlanmış yedi fenomenen oluşmaktadır. Bu fenomenlerin her zaman ve her durumda birlikte bulunmaları koşulu olmadığı gibi bireysel ve kültürel etkilerle farklı görünüşler de kazanabilirler. Bu fenomenleri sıralayacak olursak:

1. **Alkol kullanma dağarcığının daralması:** Bu fenomen alkol kullanımının giderek daha "stereotipik" hale gelmesi anlamına gelir. Sosyal içiciler için alkol kullanımı sıklığı ve miktarı değişkenlik gösterirken bağımlı için içme davranışı günlük rutin bir aktivite haline dönüşür.
2. **Alkol arama davranışının yoğunluğu:** Bağımlılık geliştikçe alkolün temin edilmesi, alkole ulaşma kişinin hayatında çok önemli bir yer tutmaya başlar. Bununla birlikte sosyal sorumluluklarını, rollerini, ödevlerini ihmal eder.
3. **Toleransın artması:** Alkolün tekrarlayan miktarlarda kullanımına karşın ortaya çıkan etkinin beklenenden az olması durumudur. Kişi aynı etkinin oluşabilmesi için daha fazla miktar ve sıklıkta alkol kullanmaya başlar.

- 4. Kesilme belirtileri:** Bu belirtiler tolerans artması fenomeni ile ilişkilidir. Kanda alkol miktarının sabitlenmiş günlük miktarın altına düşmesi sonucu gelişir. Kişi alkolsüz kalmış ya da her zamankinden daha az içmiştir. Kesilme belirtilerinin ortaya çıkma süresi ve şiddeti genellikle kullanılan doz ve içilen içkinin türü ile ilişkilidir. Genelde 6-72 saat içerisinde gelişir. Yerleşmiş alkol bağımlılığında kesilme belirtileri gün boyunca, alkol almanın durduğu kısa aralarda da görülebilir.
- 5. Kesilme belirtilerinin içerek iyileştirilmesi/önlenmesi:** Kesilme belirtileri yaşayan kişi, bu belirtilerin alkol kullanımıyla iyileştiğini, geçtiğini öğrenir. Bunu bir kez öğrenen kişi için bu yaklaşım yani kesilme belirtilerinin alkol kullanarak giderilmesi çok önemli hale gelir.
- 6. İçme dürtüsünün (kompulsif) öznel farkındalığı:** Alkol kesilmesi sırasında ortaya çıkan bir durumdur. En belirgin özelliği alkole yönelme isteğindeki artış olup dürtüsel niteliktedir. Bu döneme aşerme (craving) de denir. Zihinsel olarak alkol ile uğraş içindedir. Alkol alımının yaratacağı memnuniyet beklentisi içindedir ve alkole yaklaştığında içme davranışını denetleyemeyeceğini de bilir.
- 7. Yoksunluk döneminden sonra bağımlılığın yeniden kurulması:** Kesilme belirtileri, yoksunluğu (abstinence) izleyen ilk haftada iyileşmekte ve tıbbi müdahale ile en fazla on günde kontrol edilmektedir. Yoksunluk süresince tolerans da azalmakta yani alkol daha yavaş metabolize edilmektedir. Yoksunluk süresi ne kadar olursa olsun bağımlı kişi yeniden alkol aldığı anda içilen miktardan bağımsız olarak yoksunluk öncesi döneme birkaç gün içinde yeniden dönmektedir.

2.1.6. Alkol Bağımlılığı ve Beyin Ödül Sistemi

Motivasyon, hedonik dürtülerin doyurulmasına yönelik (appetitive) veya tatsız bir uyarandan kaçış ve güvenlik ortamının sağlanmasına yönelik (aversive) olabilir. Dürtü kuramları, ödüle yönelik davranışın yalnızca açlık ve susuzluğun caydırıcı niteliğinden kaçış ile ilişkili negatif pekiştirme olduğunu öne sürmekteydi

ancak bugün doğrudan amaca yönelik davranışlardaki “ödül beklentisi”nin hedonik nitelikli olduğunu biliyoruz.

Hedonik mekanizmaların insan davranışını yönlendirici olabileceği düşüncesi Antik Yunan’da Epicurus (İ.Ö.341-270) zamanına dek uzanmaktadır. 1928’de Troland, organizmanın veya türün sağkalımına yönelik süreçlerin hedonik nitelikli olarak algılandığını (beneception) önermiştir.

Davranışçılık ekolü, genel olarak öznel deneyimlerin davranışı belirlemedeki rolünü reddeder. Davranış sonunda ceza veya ödül verilerek ilgili davranışın pekiştirilebileceğini iddia eder. Skinner tarafından ortaya atılan işevuruk (operan, enstrumental) koşullanma kuramına göre, davranışı şekillendiren üç ana ilkenin varlığı söz konusudur: Pozitif pekiştirme, negatif pekiştirme, cezalandırma.

Pozitif pekiştirme, hoşnutluk sağlayan bir uyarıyı ortaya çıkaran davranışın ortaya çıkma olasılığının veya sıklığının artması anlamına gelmektedir. Negatif pekiştirme, tatsız ve caydırıcı bir uyarının kesilmesinden önceki davranışın ortaya çıkma olasılığının veya sıklığının artması anlamına gelmektedir. Ceza, belli bir davranış sonrasında caydırıcı nitelikte bir uyarının ortaya çıkmasıyla, öncül davranışın sıklığı ve ortaya çıkma olasılığının azalacağı anlamına gelmektedir. Pekiştireçlerden farklı olarak ceza, davranışı baskılayan bir düzenlemedir. Böylelikle, pekiştirme ve cezalandırmayla ilişkili duygusal bileşenlerin davranışa neden olmaktan çok davranışsal koşullanmanın bir sonucu olduğu iddia edilmektedir.

Bugün için ödüllerin yalnızca davranışı pekiştiren nesnelere olmaktan çok, en az hedonik dürtüler kadar önemli, motivasyon ve amaç izlemine ortaya çıkaran özgül nöral örüntüler olduğunu biliyoruz (Kelley ve Berridge, 2002). Bir başka ifadeyle ödüllerin biyolojik gerekler doğrultusunda organizmaların sağkalımı ve iyilik halinin korunmasındaki rolü, vejetatif işlevlerin korunmasından, istemli amaca yönelik etkinliklerin örgütlenmesine kadar çeşitlilik gösterebilir (Schultz, 2000).

Olds ve Milner, ilk kez 1954’te bazı beyin alanlarının elektrikle uyarılmasının pozitif olarak pekiştirici etki yaptığını buldular (Olds ve Milner, 1954). Deney hayvanları, kısa uyarı atımları elde etmek için saatte 6000 defadan fazla beyinlerine elektrik veren düzeneğe basıyorlar ve bunu aç ve susuz kalma pahasına yapıyorlardı (Routtenberg, 1965). Beyin ödül sistemlerinin doğrudan uyarımında ödüller üstün

güçlü (süper-potent) niteliklidir (doğal ödüllerden farklı olarak) ve bu tür ödüllerde doygunluk sözkonusu değildir (Bozarth, 1994).

Beynin birçok alanının uyarımı ödül benzeri etkiler ortaya çıkarabilmektedir, ancak 1977'den bugüne dek özellikle medial orta beyin demetinin ödül sistemiyle doğrudan ilişkili olduğunu gösteren birçok hayvan deneyi yapılmıştır. İnsanlarda yapılan deneylerde, olguların doğrudan beyin ödül sistemlerinin uyarılmasının neye benzediğine ilişkin yaptıkları yorumlarda “çok yoğun bir orgazm” benzetmesi dikkat çekicidir. Yine bazı denekler, deneyi uygulayan bilim adamlarına yoğun romantik ve cinsel çekim bildirmişlerdir. Etik nedenlerle, bu konuda daha çok bilgiye ulaşmamızı sağlayacak insan deneyi araştırmaları çok sınırlıdır.

Beynin farklı bölgelerinin uyarımında birçok farklı nörotransmitterin, ödül sistemiyle ilgili olduğu bilinmektedir ancak dizgedeki anahtar nörotransmitterin dopamin olduğu ilk kez Philips ve Fibiger'in 1978 yılında yaptıkları çalışmalardan sonra anlaşılmıştır (Philips ve Fibiger, 1978). Dopamin, hedonik bir sinyal görevi görmekten çok, amaca yönelik istem ve ödüle yönelik davranış ile ödülün hedonik niteliklerini bağlantılıyor gibi görünmektedir (Berridge ve Robinson, 1998).

Beyindeki ödül bilgisini işleyen dizgenin ve nörotransmitterlerin aydınlatılması için in vivo mikrodializ, voltametri ve nöral görüntüleme teknikleri kullanılmıştır (Schultz, 2000). Beyin ödül dizgesindeki anatomik alanlar, uyarıcı ilaçlar (amfetamin, kokain) ve opiyatlar (eroïn, morfin) tarafından doğrudan uyarılabilirler. Deney hayvanlarına cerrahi olarak yerleştirilmiş bir intravenöz kateter ile kendi kendilerine bu maddeleri uygulayabilmeleri sağlanarak deney ortamları tasarlanmıştır. Hayvanlar, kokain ve eroïn gibi maddeleri intravenöz olarak kendilerine enjekte eden düzenekleri kullanmayı hızlı bir şekilde öğrenebilmektedir. Bu şekilde, bağımlılık kavramında madde kullanma davranışının pekiştirici özelliklerini çalışabileceğimiz deney ortamları elde edilmektedir. Uyarıcı ilaçlar ve opiyatlar dışında birçok madde (alkol, barbitürat, kafein, kannabinoidler ve nikotin) ödül sistemini ventromedial çekirdek üzerinden ve dopamin aracılığı ile uyarabilmektedir. Ancak bu aktivasyon, uyarıcılar ve opiyatlar dışındaki maddelerin etkinliği ve pekiştirici etkileri için mutlaka gerekli değildir (Bozarth, 1994). Üstelik,

kokain ya da morfinin yoksunluğunda, beyin ödül sisteminde dopamin düzeyleri düşük bulunmuştur (Rossetti, 1992).

Beyin ödül sisteminin uyarılıyor olması, bağımlılık anlamına gelmez. Bağımlılık, motivasyonel olarak “doğal ödüllerin davranışı yönlendirmesindeki bozukluk” (motivasyonel toksisite) ile davranışın kontrolündeki kayıp şeklinde tanımlanmaktadır. Gerçekten de, daha önceleri potent ödüller kabul edilen ve sağkalıma yönelik doğal kazanımlar değerini yitirir, ödül sisteminin farmakolojik uyarımı öncelikli hale gelerek motivasyonel hiyerarşi, sağkalıma yönelik hedeflerin önceliği azalacak şekilde değişir. Ödüller için özelleşmiş periferel reseptörler yoktur ancak ödül niteliği taşıyan uyarılara daha fazla yanıt veren anatomik bölgeler belirlenmiştir. Bu alanlar, ödüllere ilişkili zihinsel süreçlerde aktifleşirken, motivasyonel içeriği nötral olan uyarılarda aktif değildirler. Bu alanların en belirginini ventral tegmental alan ve nükleus akkumbens arasındaki dopaminerjik nöronlardan zengin özel nöral devredir (Hamilton ve Bozarth, 1988).

Beyin ödül sistemi ile ilgili bilinenler alkol bağımlılığı ile ilişkilendirildiğinde, bağımlılığın gelişimindeki biyolojik süreçler, kişinin yaşamsal önceliklerindeki hiyerarşisinin farklılığa uğraması ve bilişsel yanlılıklarındaki sapmalar anlaşılır olmaktadır. Bir kez daha vurgulamak gerekirse; beyin ödül sisteminin uyarılıyor olması, bağımlılık anlamına gelmez. Bağımlılık, motivasyonel olarak “doğal ödüllerin davranışı yönlendirmesindeki bozukluk” (motivasyonel toksisite) ile davranışın kontrolündeki kayıp şeklinde tanımlanmaktadır. Daha önceleri potent ödüller kabul edilen ve sağkalıma yönelik doğal kazanımlar değerini yitirir, ödül sisteminin farmakolojik uyarımı öncelikli hale gelerek motivasyonel hiyerarşi, sağkalıma yönelik hedeflerin önceliği azalacak şekilde değişir.

2.1.7. Alkol Bağımlılığında Relaps

Alkol bağımlılığı, psikososyal, biyokimyasal ve genetik unsurların farklı farklı etkilerinin olduğu düşünülen bir bozukluktur (Farren ve Tripton, 1999). Bireylerde alkol kullanım bozukluklarının gelişmesi, bireyle birlikte bireyin ailesini, yaşadığı toplumu ve toplumun ekonomik ve hukuksal işleyişine kadar her alanı ciddi şekilde etkileyen olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Davidson, 1999).

Alkol bağımlılığında remisyon ve relaps, bağımlılığın doğal gidişini belirleyen iki temel süreçtir. Relaps, belirli bir içmeme döneminden yani remisyon sürecinden sonra tekrar içmeye başlamak ve kontrolü kaybederek eski içme dönemlerindeki -gerek miktar olarak gerekse davranış olarak- duruma gelmektir. Relaps ile ilgili yapılan bir araştırmada bir yıllık bir izlem sonucunda hastaların ancak %39'unun kuru kalmayı devam ettirebildikleri bulunmuştur (Gordon ve Zrull, 1991). Diğer taraftan yine alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların %50-60 veya daha fazlasının detoksifikasyondan sonraki birkaç ay içinde tekrar içmeye başladıkları yani relaps olduğu saptanmıştır (Walton ve ark., 1994). Relapsların büyük bir bölümünün olumsuz duygusal durumlar, kişiler arası çatışmalar ve sosyal baskı ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Irvin ve ark., 1999). Bu yüzden dünyada kabul edilmiş nerdeyse tüm alkol ve madde tedavi programları ilk amaç olarak bağımlıyı olabildiğince uzun süre remisyonunda tutabilmek ve relapsden korumak üzerine yapılandırılmıştır (Schuckit, 1994).

Relaps alkol bağımlılığının takibi ve tedavisinde en önemli faktörlerdendir. Yapılan çeşitli araştırmalarda alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi edilmiş kişiler arasında kümülatif relaps oranları tedaviden 2 hafta sonra %35, 3 ay sonra %58 bulunurken, relapsın tedavi öncesi içme miktarına dönüş şeklinde tanımlandığı başka bir araştırmada tedavi sonrası 12 aylık izlemde %50 civarında bulunmuştur. Ülkemizde de yatan alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada 12 ay sonunda relaps %62 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2010). Relapsın bir kez içki tüketimi olarak tanımlandığı diğer bir çalışmada ise relaps %90 olarak bildirilmiştir (Connors ve ark., 1996).

Webster's New Collegiate Sözlüğü'nde relaps iki şekilde tanımlanmıştır: Birincisi "bir düzelleme periyodundan sonra bir hastalığın belirtilerinin tekrarlaması"dır. İkinci tanım ise "tekrar doğru yoldan sapma, kötüleşme, çökme eylemi veya durumu"dur. Aynı sözlükte "lapse" (kayma) ise şu şekilde tanımlanır: Tek bir olaydır, daha önceki alışkanlığın tekrar ortaya çıkmasıdır, relapsa neden olabilir, olmayabilir. Bu konuda kavramsal bir ayrım yapan Marlatt'a göre kayma bir kuru kalma periyodundan sonra maddenin ilk kullanımını; relaps ise ilk kullanımdan sonra süregiden içme davranışını içerir (Marlatt, 1996). Bu kaymaların relaps olup olmayacağını bireyin tepkisi belirler. Bu, kişiden kişiye değişir ve algılanan kontrol kaybı ile en iyi şekilde tanımlanır (Brownell ve ark., 1986; Marlatt ve George, 1984).

Bu süreçleri kestirebilmek ve kişiyi relapstan uzak tutabilmek için çeşitli relaps modelleri tanımlanmıştır.

2.1.7.1. Relaps Gelişim Modelleri

Relaps modelleri, psikobiyolojik modeller ve psikolojik modeller olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır (Connors ve ark., 1996).

2.1.7.1.1. Psikobiyolojik Modeller

2.1.7.1.1.1. Karşıt Süreçler ve Edinilmiş Motivasyon

Bu modele göre, vücut yeni bir uyarı formu ile karşılaştığı zaman bu uyarının etkilerini hafifletmeye çalışır. İlk uyarı özel bir duygusal duruma neden olan bir süreci tetikler ancak bu süreç de karşıt bir ikinci süreci tetikleyerek ilk durumu etkisiz hale getiren veya hafifleten bir duygusal duruma neden olur. Sonuçta bireyin yaşadığı duygu, birinci ve ikinci duygusal durumların toplamıdır. Bir uyarıya tekrarlayan maruz kalmalar sonucunda, ilk duygusal durum yoğunluğunu kaybeder ve ikinci durum arasındaki latans kısılır, yaşanan duyguyu belirlemede ikinci durum daha baskın hale gelir (Connors ve ark., 1996). Bu modeli alkol veya madde kullanımına uyarladığımızda alkol ve madde ilk uyarı olarak hareket ederek süreci başlatacaktır. İlk durum hoşça giden, rahatlatıcı; ikinci durum ise depresif, irritabl duygudurumu içerir. Alkol kullanımında hafif içiciler veya sosyal içiciler için ilk durum yaşanan duyguduruma daha fazla katkıda bulunacaktır. Ancak alkol bağımlıları alkol almayı sürdürmediğinde ikinci durum baskın olacaktır. Sonuçta kişi olumsuz duygudurumu iyileştirmek veya olumlu duygudurum yaşamak için relaps yaşayacaktır (Connors ve ark., 1996; Dodge ve ark., 2005).

2.1.7.1.1.2. İstek ve Kontrol Kaybı

Bu modelde remisyonda olan kişide, isteğe içsel ve dışsal hatırlatıcılar (cue) neden olmaktadır. İçsel hatırlatıcılar, olumsuz duygudurum durumlarını (depresyon, anksiyete gibi) veya alkol çekilmesinin fiziksel belirtilerini içerebilir. İstek bu içsel

ve dışsal hatırlatıcılardan kaynaklanan uyarılma hislerine atfedilen bilişsel bir etiket olarak görülür. Bireyin bu uyarılma hislerini nasıl yorumladığı, istek yaşayıp yaşamamasını belirler (Sinha, 2007). Dışsal hatırlatıcılar ise alkol veya maddenin varlığını, stresli bir durumu ve kişinin yaşamındaki bir başarısızlığı içerebilir (Sinha, 2007).

2.1.7.1.1.3. Aşırı Arzu ve İstek Modeli

Madde kullanım davranışlarının çoğu otomatik sreerle kontrol edilir. Bu modelin odak noktası otomatik ve otomatik olmayan bilişsel süreçlerdeki farklılıktır. Aşırı arzu ve istekler ya madde çekilmesi ya da maddelerin olumlu güçlendirme etkileri ile oluşur (Wrase ve ark., 2006). Tekrarlayan maruz kalmalar otomatik tepkiye neden olur. Bu modele göre madde bağımlısı bireyin alkolden uzak kalma girişimleri son derece güç olacaktır ve efor gerektirecektir. Kökleşmiş otonomik sreer, bireyi kullanma davranışını başlatması için etkileyecektir. Maddeden uzak durma girişimleri istemli, otomatik olmayan, süreçlere bağlıdır. Çeşitli içsel ve dışsal uyarılar bilinçli bir niyet olmaksızın madde kullanım eylem planı adı verilen duruma neden olan otomatik bilişsel süreçleri tetikleyebilir. Bu otomatik eylem planını atlatmak için birey otomatik olmayan bilişsel süreçlerini kullanmayı öğrenmelidir. Eğer bireyin otomatik olmayan bilişsel yöntemler repertuarı yetersizse veya başka eylemler için kullanılmaktaysa relaps olasılığı yüksektir (Connors ve ark., 1996; Sinha, 2007). Madde aşermesinin relaps üzerine olan bu etkisinin önemi zaman içerisinde daha da ön planda yer almaya başlamıştır. Ülkemizde alkol bağımlıları ile yapılan bir çalışmada da aşerme şiddetinin yüksek olmasının relapsı belirleyen en önemli faktörlerden olduğu bulunmuştur (Evren ve ark., 2010). Aşermenin DSM-IV'ten farklı olarak DSM-V'te madde kullanım bozuklukları tanımlama ölçütlerinin içinde yer alması bunun bir göstergesi olarak düşünülebilir.

2.1.7.1.1.4. Çekilme/Limbik Ateşleme Modeli

Alkol kullanımı inhibitör nörotransmitter olan GABA'nın benzodiazepin reseptör kompleksine etkisini güçlendirmektedir. Alkol kesildiğinde ani disinhibisyon, alkol çekilme sendromu ve diğer bazı semptomlarla ilgili fizyolojik

değişikliklere neden olur. Tekrarlayan çekilmeler gittikçe artan fizyolojik değişikliklere, semptomatolojiye neden olur. Bu modele göre tekrarlayan çekilme dönemleri “uzun süren limbik aşırı uyarılmışlığa” neden olur. Çekilmedeki birey çeşitli hatırlatıcılara tepki olarak spontan bir şekilde fizyolojik belirtiler yaşayabilir ve bu belirtiler anksiyete olarak yorumlanabilir. Birey daha sonra istek yaşayabilir. Bu anksiyete belirtilerini geçirmek için içmeye motive edebilir verelaps böylece oluşur (Marlatt, 1996).

2.1.7.1.1.5. Çekilme Belirtileri Modeli

Bu modele göre; anksiyete, subakut alkol çekilme sendromunun bir parçası olup alkol isteği ile ilişkilidir. Hiperventilasyon, alkol kullanımının fizyolojik bir sonucudur. Bu durum anksiyete ve panik gibi organ sistemlerinde belirtilere sebep olur. Alkol bu belirtilerden kurtulmak için kullanılır. Akut çekilmeyi takip eden 4–8 haftalık dönemde anksiyete, uyku belirtileri, otonomik bozukluklar, depresif belirtiler, konsantrasyon güçlükleri ve bellek problemleri yaşanır. Bu 4–8 haftalık dönemden sonra 1–3 haftalık duygudurum değişikliği periyodları yaygındır. Bu periyotlar alkol çekilmesinin neden olduğu düşünülen relapsın olduğu periyotlardır (Heinz ve ark., 2003).

2.1.7.1.1.6. Akut Çekilme Sonrası Sendromu

Bu model, alkolün fizyolojik ve nörolojik etkilerine odaklanır. Alkol bağımlısı alkolü kestiğinde bir çekilme periyoduna girer. Bu süreci Akut Çekilme Sonrası Sendromu adı verilen sendrom takip eder. Akut Çekilme Sonrası Sendromu çekilmenin 1–2. haftasında başlar, 1.5–2 ayda zirve yapar ve daha sonraki üç ay içinde azalır. Birincil olarak yüksek seviye bilişsel işlevselliği (soyut düşünme, bellek) etkiler ve strese aşırı tepki ile bağlantılıdır (Sinha, 2007). Bu modele göre ilk olarak birey kendinin iyilik hali ve kuru kalma becerisini sorgulamaya başladığında tutumu değişir. Olumsuz duygusal sonuçlar oluşur ve uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma yöntemleri kullanmaya başlar. Bu sürecin sonucu içmeye tekrar başlanmasıdır (Connors ve ark., 1996).

2.1.7.1.2. Psikolojik Modeller

Relapsın anlaşılmasında dört temel model geliştirilmiştir. Bu modeller ayrı antitelerden bahsetmezler, birbirleri ile ilişkili, birbirini tamamlayan hatta çakışan modellerdir. Uygun baş etme yolu kullanmayan birey, alkol kullanımına yol açacak yüksek riskli bir ortamla karşılaştığında, sorun çözme ile ilgili yeterlilik duygusunda belirgin azalma olacak ve alkol kullanımına doğru itilmiş hissedecektir. Alkol kullanımı sonrasında da birey yoksunluğun olumsuz etkilerinden uzaklaşmak için yeniden içme ihtiyacı duyabilecektir. Relapsın psikolojik modellerinden söz edilirken özellikle bilinmesi gereken, bireysel baş etme yolları becerisi, kişinin kendi öz-yeterliği hakkındaki algısı, baş etme mekanizmalarının uygunluğunun birlikte ele alınmasıdır.

2.1.7.1.2.1. Bilişsel–Davranışçı Model

Bu model, kendine yeterlilik ve güven duygusuna, içmemeyi sürdürmede zorluk yaratan yüksek riskli durumlara ve bu durumlarla başa çıkma becerilerini kullanabilmeye dikkat çeker. Yüksek riskli bir durumla karşılaşıldığında birey etkili bir başa çıkma davranışı kullanamazsa, sonuç kendine güven duygusunda azalma ve alkolün bir başa çıkma mekanizması olarak çekiciliğinde artış şeklinde olabilir. Dolayısı ile artık alkol veya madde kullanımı daha olasıdır ve alkol/maddeden uzak kalmanın ihlali etkisi (abstinence violation effect) ile sonuçlanabilir (Marlatt, 1996; Connors ve ark., 1996; Beck ve ark., 1993).

2.1.7.1.2.2. Bilişsel Değerlendirme Modeli

Bireyin yüksek riskli durumları nasıl algıladığına odaklanır. Bu modelde yüksek riskli durumların kendisinin, kişinin değerlendirmeleri kadar önemli olmadığı kabul edilir. Bağımlılar için alkol ya da madde kullanımı ya olumsuz durumlarla başa çıkma yolu ya da kendi içinde değerli bir aktivite olarak değerlendirilebilir. Bireyler olumsuz durumlarla başa çıkmak için daha uygun başa çıkma becerileri geliştirmezler. Bunun yerine alkol madde kullanımını alışkanlık haline getirdikleri

için problemler doğar (Tiffany, 1990). Bu mekanizma kullanımının devamı ve relapsların altında yatan mekanizmadır (Connors ve ark., 1996; Beck ve ark., 1993).

2.1.7.1.2.3. Birey–Durum Arası Etkileşim Modeli

Çeşitli değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşime önem verir. Bu değişkenler şunlardır: relaps için yüksek bir risk, bireyin başa çıkma becerileri repertuarı ve bireyin bu başa çıkma becerilerinin özellikle yüksek riskli durumlarda etkinliği ve uygunluğu algısı (Wong, 2006). Yüksek riskli durumlar için dört birincil kategori tanımlanmıştır:

1. Olumsuz duygu durum, örneğin depresyon, anksiyete
2. Daha önceki içme davranışı ile ilişkili durumlar
3. Sosyal-kişiler arası anksiyete
4. Azalmış bilişsel dikkat, ilk içkiyi almak için rasyonalizasyonlar (Connors ve ark., 1996).

2.1.7.1.2.4. Kendine Güven ve Sonuç Beklentileri Modeli

Kendilik etkinliği ve kendine güven modelinden doğar. Kişinin özel bir davranışla ilgili sonuçların olasılığını tahmini ve kişinin davranışı yerine getirebilme yeteneğinin tahmininin altını çizer. Hem olumlu ve olumsuz sonuçlar ve hem de kendinin yeterliliği beklentileri karşılıklı etkileşerek tedaviden sonraki relaps sürecini etkiler (Tiffany, 1990).

Relaps Belirleyicileri

Alkol bağımlılığının tedavisi boyunca relaps oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Gordon ve Zrull, 1991). Relaps riski bireysel, durumsal ve fizyolojik faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile belirlenir (Brownell ve ark., 1986; Marlatt ve George, 1984). Alkol madde bağımlılığı bir süreç hastalığıdır, aynı zamanda relaps da bu hastalığın bir süreci olarak kabul edilir (Stinson ve ark., 1979). Relaps olayının hemen her bağımlıda her defasında benzer bir süreç izlediği

belirtilmektedir (Marlatt ve Gordon, 1985). Bu nedenle önceki relaps süreçlerinin tanımlanması daha sonraki relaps süreçlerini de önlemeyi kolaylaştıracaktır. Relaps süreci genellikle olumsuz düşüncelerle başlamaktadır. Bu düşüncelerin temelinde de daha önceden alkol madde bağımlılığı konusundaki “yanlış inançlar” yani mitler vardır (Uğurlu ve ark., 2012). Tedavi sürecinde bu yanlış inançların bulup çıkarılması relaps sürecinin engellenmesini de kolaylaştıracaktır.

“İçmeme” bağımlınının motivasyonu ile yakın ilişki içerisindedir. Motivasyon; alkole bağlı oluşan olumsuzluklara ve alkol olmadan yaşamının olumlu yanlarına bağlıdır (Marlatt ve Barret, 1994). Özellikle relaps belirleyicileri üzerine Marlatt ve Gordon ile Shiffman’ın çalışmaları dikkat çekiçidir.

1. Marlatt ve Gordon’a Göre Relaps Belirleyicileri

İçmeme motivasyonunu azaltan ve tekrar içmeye gerekçe olabilen faktörler vardır. Bunlar Marlatt ve Gordon tarafından relaps belirleyicileri olarak adlandırılmıştır. İki ana grup oluşturmaktadırlar (Marlatt ve Gordon, 1985):

1. Kişinin doğrudan kendisine bağlı olanlar %61;
 - a. Olumsuz duygusal durumlar %38,
 - b. Olumsuz fiziksel durumlar %3,
 - c. Kontrol etmeyi deneme %9,
 - d. Dürtü ve istekler %11
2. Kişiler arası durumlar %39;
 - a. Kişilerarası çatışmalar %18,
 - b. Sosyal baskılar %18,
 - c. Olumlu duygusal durumlar %3

Marlatt yaptığı çalışmasında alkol bağımlılığında relapsın kişisel belirleyicilerinin %61, kişilerarası belirleyicilerin ise %39 etkili olduğunu belirtmiştir. En önemli relaps belirleyicileri olarak olumsuz duygusal durumlar öne çıkmaktadır (Marlatt, 1979).

2. Shiffman'a Göre Relaps Belirleyicileri

Shiffman, 1989'da potansiyel relaps belirleyicilerini değerlendirmek için çok değişkenli, çok seviyeli bir yaklaşımı anlamaya yarayan bir model sunmuştur (Donovan, 1996; Shiffman, 1989). Shiffman'a göre relaps olasılığını yeterince öngörebilmek için üç aşamada değerlendirme yapmak gerekir. Birinci kategori; göreceli olarak uzun süredir varolan, süregiden, değişmeyen uzak kişisel özellikleri içerir. İkinci kategori; zaman içinde dalgalanan fakat bunu göreceli olarak tedricen yapan ara arka plan özellikleri içerir ve artmış relaps olasılığına az çok katkıda bulunur. Üçüncü kategori; yakın nedenleri içerir. Kayma sırasında veya hemen öncesinde ortaya çıkarlar, göreceli olarak geçicidirler ve bir yüksek risk durumu bağlamında ortaya çıkarlar (Donovan, 1996; Shiffman, 1989). Shiffman'ın belirtmediği ancak önemli olan diğer bir kategori geçiş değişkenlerini içerir. Kaymadan relapsa geçişte aracılık ederler. Bu kategoriler arasında kayma olabileceği ve farklı kategorilerdeki değişkenler arasında etkileşim olabileceği belirtilmiştir. Bu kategoriler şunlardır:

a. Uzak kişisel faktörler:

Bu kişisel arka plan özellikleri, kişinin daha büyük alkol problemlerine maruz kalmasına ve relaps yaşamasına neden olan davranış paternleri göstermesine neden olabilir. Örneğin ailede alkolizm veya madde bağımlılığı öyküsü olup olmaması bireyin alkole veya maddeye verdiği tepkiyi farklılaştırır (Wong, 2006). Benzer şekilde içmeye başlama yaşı, kişilik özelliklerinin, örneğin dürtüsellik ve risk alma kombinasyonuna dayanan alkolizm alt tipleri süreci etkiler. Bağımlılığın ağırlığı, ciddi ve ağır ek psikiyatrik bozuklukların bulunması, ek ilaç kullanımı, bozulmuş kişilerarası ve bilişsel problem çözme yetileri de relaps riskini artırmaya katkıda bulunur (Shiffman, 1989).

b. Ara arka plan faktörleri:

Shiffman'a göre uzak kişisel faktörlerle ara arka plan faktörleri, kişiyi relapsa birlikte hazırlar. Ortalama faktörlerin etkisinin kümülatif olduğu düşünülmektedir. Nadir görülen önemli yaşam olaylarına, devam eden yaşam güçlüklerine ve günlük

yaşam problemlerine sıkça maruz kalma, stresin seviyesini arttırarak bireyi içmeye dönme için kritik eşik seviyesine getirir (Sinha ve Li, 2007). Ancak değişkenler bireyin sosyal ve çevresel destekleri, genel kendine güven hissi veya algılanan kontrol duygusu, stresle başa çıkma becerisi ile birlikte değerlendirilmelidir. Stres seviyesinin kişinin başa çıkma becerisini aştığı ve maddenin umulan faydalarının daha fazla olduğu noktada relaps riski yüksektir (Sinha, 2007; Shiffman, 1989).

c. Yakın hazırlayıcı faktörler:

Yüksek riskli durumlar relaps belirleyicisi olabilmektedir. Alkol veya madde etkilerine dair olumlu beklentileri olan, kendine güven duygusu düşük olan ve yüksek riskli durumlarla başa çıkma becerileri kısıtlı olan kişilerde relaps riski yüksektir (Wong ve ark., 2006).

d. Geçiş faktörleri:

Saunders ve Allsop, başlangıçtaki kaymayı tetikleyen faktörlerin, devam eden içmeye, uzamış relapsa katkıda bulunanlarla aynı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Marlatt'ın modeli, relapsın sorumluluğunu kişiye (içsel atıf) ve suçluluk, depresyon, öfke gibi olumsuz duygulara yüklemeye odaklanır. Ancak bireyin olumsuz sonuçlar ve duygularla başa çıkma becerileri, aile ve arkadaşlarının reaksiyonu ve maddeden uzak kalma sözü de önemlidir (Donovan, 1996; Marlatt, 1996; Shiffman, 1989; Miller, 1996).

Shiffman'ın modelinde sunulan faktörlerin relapsı belirleme ve öngörmedeki önemleri 1970'lerden bu yana birçok kez çalışılmıştır. Bu çalışmalardan sosyal stabilite göstergeleri dışında prognozun tedaviden bağımsız, değişmeyen genel göstergelerini belirlemeye yönelik çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. Sonucun genel öngörücülerini belirleyememek, prognozun, hasta ve tedavi değişkenlerini içerdiğini düşündürür. Hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerinin prognozu etkilediği gösterilmiştir. Örneğin stabil evlilik, yüksek sosyoekonomik durum ve ileri yaşın olumlu, nöropsikolojik bozulma, bağımlılığının derecesinin ağır olması ve psikiyatrik semptom seviyesinin yüksekliği olumsuz etkiyle ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ise 6 aylık izlemde demografik değişkenlerin sonucu

öngörmede etkisiz olduğu, daha önceki hastaneye yatış sayısının yüksekliği ve uzun zamandır alkol kullanıyor olmanın remisyonu olumsuz etkilediği bulunmuştur (Ito ve Donovan, 1990).

Eğitim düzeyi ile remisyon ilişkisini araştıran daha önce farklı yöntemlerle yapılmış üç çalışmanın sonuçları çelişkilidir. Birincisinde düşük eğitim düzeyinin bağımlılığın sürmesi lehine bir etmen olduğu saptanmış (Grant, 1997), diğesinde ise eğitim düzeyi düşük olan bir grup alkol bağımlısının, eğitim düzeyi yüksek olan bağımlı gruba göre daha uzun süre remisyonda kaldığı gösterilmiştir (Ortaer, 1997). Üçüncü bir çalışmada ise eğitim düzeyi ile alkolden uzak kalma süreleri arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır (İlhan, 2003). Yapılan başka çalışmalarda tedaviden sonra relapsların %75'inde olumsuz duygusal durumların, kişilerarası çatışmaların ve sosyal baskının etkili olduğu bulunmuştur (Sutton, 1993; Birke ve ark., 1990). Yayınlanmış bir bildiride, olumsuz duygusal durumlar tüm depresmelerin %30'unun, sosyal baskı %20'sinin, kişilerarası çatışma %16'sının nedeni olarak gösterilmiştir (Schuckit, 1994).

Düşük sosyoekonomik durumun, uzun süreli daha ağır alkol bağımlılığının ve detoksifikasyon için daha önce hastaneye daha fazla sayıda yatmış olmanın, erken başlangıç yaşının, gelecek amaçlarının yokluğunun, değişmeye hazır olmamanın, düşük engellenme toleransının, düşük kendine güvenin, sosyal desteklerin yokluğunun, dürtüselliğin, ek psikopatoloji varlığının, düşük duygudurumun, yüksek riskli durumlardan kaçınmanın, çok sayıda madde kullanmanın artmış relapsı öngördüğü bulunmuştur (Janowsky ve ark., 2001; Noone ve ark., 1999).

Klinik açıdan önemli olan, hangi hastanın relaps yaşayacağını ve ne zaman olacağını bilebilmektir. Böyle bir bilgi ile relaps önleme stratejileri geliştirilip uygulamaya konabilir (Janowsky ve ark., 2001).

2.2. Tedaviye Hazır Olma ve Tedavi İçin Motivasyon

Tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyon, son dönemde bağımlılık tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalar için en ilgi çekici konulardan biri olmuştur (Burrow ve Lundberg, 2007). Yardım arama kararı ile yardımı kabul etmek, yani değişim için hazır olma ve tedavi isteği, birbirinden farklıdır (Claus ve Kindleberger,

2002). Olumsuz tedavi seyrinin bildirilen en sık nedeni, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılımında azlık ve relapsta artma ile kendini gösteren, tedaviye hazır olmama ve tedavi için motivasyonda yetersizlik olmasıdır (Ryan, 1995; Joe, 1998; DiClemente ve ark., 1999). Aslında tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyon kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir (Prochaska ve DiClemente 1982; Prochaska ve ark.,1992). Motivasyon, değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumu olarak görülen, zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkenlerden etkilenen içsel bir durum olarak anlaşılabilir (Figlie ve ark., 2005).

Değişim Modelinin Transteorik Aşamaları davranışsal değişim süreci için yaygın olarak kullanılan bir kavramdır. Bu modelin beş aşaması da [niyet öncesi (pre- contemplation); (değişimi henüz düşünmüyor), niyet (contemplation); (değişimi düşünüyor ancak harekete geçmiyor), hazırlık (preparation); (değişimi planlıyor), hareket (action); (kişinin davranışlarında değişiklik yapması) ve idame (maintenance); (kişi yeni davranışı koruyabilmek için yaşam şeklini değiştiriyor)], değişim için hiç niyet olmamasından yeni davranışı sürdürmek için belirgin davranışsal değişikliğe ulaşmaya kadar değişen derecelerdeki motivasyon düzeyleri ile ilişkilidir (Prochaska ve DiClemente, 1982). Hastaların motivasyon veya değişime hazır olmaları konularında farklılık gösterdiğini anlayan araştırmacılar motivasyonu değerlendirmek için ölçekler (Evren, 2004; Evren ve ark., 2006), arttırmak için ise görüşme teknikleri ve tedaviler geliştirmişlerdir (DiClemente ve ark., 1992; Stitzer ve ark., 1993; Miller, 1996).

Alkol bağımlılarında tedavi için motivasyon, genellikle tedavi arayışı ve tedavi başarısının güçlü belirleyicisi olarak değerlendirilir (Cahill ve ark., 2003). Kısa motivasyonel görüşme ve değerlendirmeler ise hastanın değişime hazır olmasını artırarak tedavi programlarına daha iyi hazırlar (Carey ve ark., 2002).

2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Alkol Bağımlılığı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan çocukluk çağının en sık nöropsikiyatrik

bozukluklardan birisidir (Biederman, 2005; Biederman ve Faraone, 2005). DEHB'nin temel özelliği; kalıcı ve sürekli dikkat süresinin kısalığı, engellenmeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ve bilişsel süreçlerde ortaya çıkan aksaklık ve huzursuzluktur (McCracken, 2000; Arnold ve Jensen, 1995). DEHB tanısı konup tedavi edildiğinde belirgin bir düzelmenin olduğu bir bozukluktur (Biederman, 2005; Biederman ve Faraone, 2005). Bununla beraber tedavi edilmediğinde ise, eşhastalanmaların eşlik ettiği (Pliszka, 2000), yaşam boyu devam eden (Weiss ve Murray, 2003; Young ve ark., 2003), pek çok psikiyatrik ve sosyal soruna yol açan (Biederman, 2005) bir bozukluktur.

DEHB/DE, bireyin yaşına ve zihinsel kapasitesine uygun olmayacak bir şekilde; bir konuya odaklanmada güçlük, verilen görevleri tamamlayamama, sınırlı dikkat süresi ve dikkat dağınıklığı ile ilgili klinik belirtileri içerir. DEHB/DE bireyin yaşına ve gelişimine uygun olmayacak biçimde hareketli olmasıdır. Hiperaktivite alt tipi ketleme (inhibisyon) sorunu olarak da adlandırılabilir. Hiperaktivite alt tipinin diğer önemli özelliği dürtüsellik (impulsivite) ise bireyin kendini kontrol etmedeki güçlük olarak tanımlanabilir. Dürtüsellik davranışın ölçülebilir bir özelliği olarak, bir dürtüye yada uyarana veya kişinin kendisine ya da çevresine zarar verme isteğine karşı koyamamayı içerir (Hollander ve Evers, 2001).

DEHB alkol ve madde kullanımı için bağımsız bir risk etmenidir. Çocukluktan ergenliğe dek izlenen DEHB olgularında madde kullanımı gelişme riskinin kontrollere göre 3 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Doyle, 2007). DEHB olan yetişkinlerde alkol ve madde kullanımı daha küçük yaşlarda başlamaktadır. DEHB değerlendirmesi için başvuran yetişkin bir hastada halihazırda madde kötüye kullanımının olma olasılığı %10, yaşam boyu madde kullanma olasılığı ise %50'dir. DEHB'de yaşam boyu madde kullanma oranları DEHB olmayanların iki katıdır (Doyle, 2007). Alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde de DEHB oranları yüksektir (Biederman ve ark., 1995). DEHB olan yetişkinlerde alkol kötüye kullanım gelişme riski %32-53 olarak tespit edilmiştir. Alkolden sonra en çok kullanılan madde marihuana olarak belirtilmiştir (Adler ve Cohen, 2004). DEHB ve alkol-madde bağımlılığının birlikte görüldüğü bireylerde tedavide öncelik alkol ve madde bağımlılığına dönük olmalıdır.

2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Dürtüsellik ve Bağımlılık İlişkisi

Dürtüsellik, insan hayatının her alanını potansiyel olarak etkileyebilen geniş kapsamlı bir kavramdır. Madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, dürtü-denetim bozuklukları, gibi birçok psikiyatrik hastalıkta dürtüsel davranışlar temel belirtilerden biridir (Evenden, 1999; Kalenscher ve ark., 2006; Chamberlain ve Sahakian, 2007).

Dürtüsellik genel olarak bekleme, alınacak hazzı erteleme ve uygunsuz davranışı baskılamada güçlük, istemli olarak verilen cevabı erteleme ya da ketleme güçlüğü, kısa yanıt eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler, ileriye düşünmeden harekete geçme eğilimi, yapılan eylemin sonuçlarına karşı duyarsızlık ya da uygunsuz davranışı baskılama konusunda başarısızlık olarak tanımlanabilir (Dawe ve ark., 2004; Gunn ve Finn, 2013). Barratt ve Patton tarafından dürtüsellik; nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Barratt ve Patton, 1983). Moeller ve arkadaşları dürtüsellik tanımında 3 önemli yönün yer alması gerektiğini söylerler; (1) olumsuz sonuçlara karşı azalmış duyarlılık (2) bilgi işleme tamamlanmadan önce uyarana karşı hızlı ve plansız tepki verme ve (3) uzun zaman gerektiren sonuçları dikkate almada eksiklik (Moeller ve ark., 2001). Dürtüsellik normal ve klinik popülasyonda görülebilmektedir. Patolojik boyuttaki dürtüsellik kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve işlevselliklerini azaltmaktadır (Moeller ve ark., 2001).

Dürtüsel davranış tek bir nörobiyolojik temelden kaynaklanmamaktadır. Dürtüsellik ile ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında genellikle bozulmuş orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, ventral prefrontal korteks ve anterior singulat girus aktivitesi üzerinde durulmaktadır (Evenden, 1999; Chamberlain ve Sahakian, 2007). Serotonin, dopamin ve norepinefrin düzeylerinin bozulmuş dürtü kontrolü ile ilişkili olduğu söylenmektedir. Benzer şekilde alkol bağımlılığı tanısı olan kişilerle yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında frontal ve temporal loblarda hacim kaybı, striatumda dorsolateral prefrontal kortekte,

orbitofrontal korteks ve ventral prefrontal kortekste anormal aktivasyon saptanmıştır (Crews ve Boettiger, 2009; Nardone ve ark., 2012).

Alkol bağımlılarında dürtüselliğin, bağımlılığın gelişiminde ve pekişmesinde önemli davranışsal ve bilişsel ölçüt olduğunu ortaya koyan çalışma bulguları vardır (Jakubczyk ve ark., 2013). Yürütücü işlevlerdeki bozukluk ve dürtüselliğin sonucunda karar vermede güçlük ve risk almada artışın; bağımlılığın kronik tekrarlayıcı bir bozukluk haline gelmesine neden olduğuna dair önemli nöropsikolojik, nörobiyolojik ve nörogörüntüleme bulguları mevcuttur (Koob ve Volkow, 2010; Gunn ve Finn, 2013). DEHB'li bireylerde yürütücü işlevlerde bozukluk ve dürtüselliğin varlığı bilindiğinden alkol bağımlılığı ile ilişkisi araştırmalara konu olmuştur. Ayrıca klinik araştırmalarda da alkol bağımlılığı ile DEHB eş tanısının sık bulunması bağımlılık sürecinin bir boyutu olarak biyolojik etkilerin varlığını araştırmaya değer kılmaktadır.

Dürtüsellik, alkol kullanmaya başlamada olduğu kadar, kullanmayı sürdürme ile de yüksek olasılıkla bağlantılı olan oldukça önemli bir özelliktir; dolayısı ile madde ve alkol kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Dürtüsellik düzeyi yüksek olan bir kişi, olasılıkla ödüllendirecek bir uyaran ile karşılaştığında düşük dürtüsellik düzeyine sahip bir kişiye göre davranışını engellemede daha büyük zorluk yaşamaktadır (Finn ve ark., 1999; Dawe ve ark., 2004; Dom ve ark., 2006; Boettiger ve ark., 2007).

Alkol kullanım bozuklukları, zayıf öz-denetim (self-regülasyon), kontrolsüz, dürtüsel kişilik ve azalmış işleyen bellek, plansızlık, tepki ketleme ve karar vermede bozulma gibi bilişsel işlevlerde bozulma ile ilişkilidir. Dürtüsellikte, azalmış ve yetersiz öngörme, daha fazla yenilik arama davranışı nedeni ile alkol kullanımı da artmaktadır (Dawe ve ark., 2004; Hyman, 2007; Gunn ve Finn., 2013; Noel ve ark., 2013).

Dürtüsellik, alkol kullanımına bağlı oluşan hedonik yanıtı ulaşmadaki motivasyonu belirler. Dürtüsellik ve karar verme, ICD-10 ve DSM-IV ölçütlerine göre planlanandan daha fazla içme ve olumsuz sonuçlarına rağmen içmeye devam etme gibi dürtü kontrol bozukluğu ve zayıf öz-denetimden kompulsif bozukluğa kadar yani bağımlılığın ilk evresinden son evresine kadar önemli rol oynayan, alkol

bağımlılığının en az 2 bulgusu ile örtüşmektedir (Allen ve ark., 1998; Dawe ve ark., 2004; Hyman, 2007; Gunn ve Finn, 2013; Noel ve ark., 2013). Dürtüsellik, yoksunluk dönemi sonrasında aşırma ve relapsın gelişmesinde de önemlidir. Dürtüsel öğrenme, alkol kullanımına geri dönüşte önemli davranışsal motivasyondur (Koob ve Volkow, 2010; Papachristou ve ark., 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Etik kurul onayının alınmasından hemen sonra, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran DSM-IV-TR'e göre Alkol Bağımlılığı Sendromu tanısı alan 60 hastaya ilk görüşmeden sonra ve tedavi sonrası 6. ayın sonunda psikometrik ölçümler uygulanması planlandı.

Örneklem olarak Eylül 2014 - Mayıs 2015 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü Alkol Bağımlılığı Kliniği'ne başvuran ve dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara ulaşılarak çalışmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı.

Birisi ilk görüşme sonrası ve diğeri tedavi sonrası 6. ayda olmak üzere iki kere psikometrik ölçümleri uygulandı. 6. Ay izlemde hastaların 21 tanesine psikometrik ölçümler uygulanabildi. 15 hastanın relaps bilgisine telefonda ulaşıldı. 18-65 yaş arası, ağır ek tıbbi hastalığı olmayan, okuma-yazma bilen hastalar dahil edildi. Sonuçların istatistiksel çözümlenmesi sonucunda, ön bulgular kabulü ile eğilimsel irdelemeler yapıldı.

3.2. Veri toplama araçları

3.2.1. Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik Özellikler ve İçme Öyküsü Anketi

Anket ile hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, iş durumu, düzenli kullanımın ilk 5 yılında ve son 3 yılında içme sıklığı, aile öyküsü, alkole bağlı fiziksel hastalığı, alkollü iken kendine ya da çevreye zarar verme durumu, intihar düşünceleri ve girişimleri, alkol nedeniyle iş yerinde aldığı disiplin cezası, alkollü iken yasalarla sorun yaşama, içmeyi denetleme kararındaki etmenler (bedensel sorunlar, işyeri sorunları, yasal sorunlar, diğer), kendiliğinden alkol bırakmayı deneme öyküsü (yakınlarından yardım isteme, din hocalarına başvurma, AA'ya başvurma) verileri elde edilmiştir.

3.2.2. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

Çocukluktaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla Ward ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öncü ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. 25 soruluk kısa formun kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzerindeki değerler alındığında DEHB olan erişkinlerin %82.5'ini (duyarlılık), kontrol grubunun %90.8'ini (özgüllük), depresyon grubunun %66'sını ve iki uçlu bozukluk grubunun %64.3'ünü doğru olarak sınıflandırılabilirdiğini Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tespit edilmiştir (Öncü, 2005). WUDÖ'nün çeşitli kesme noktalarına, ve tanılara göre belirlenen duyarlılık ve özgüllük değerleri geçerlilik çalışmasında incelendiğinde, ölçeğin DEHB grubunu normal kontrol grubundan ayırmakta oldukça başarılı olduğu ancak aynı başarının depresyon ve iki uçlu bozukluk grubu için geçerli olmadığı belirtilmiştir (Öncü, 2005). Ölçekteki 8. Soru negatif faktör yükü nedeniyle tersten puanlanmaktadır.

3.2.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Ölçek 1997 yılında Bosc ve arkadaşları tarafından, klinik araştırmalarda kullanılmak üzere depresyon hastalarında “sosyal işlevsellik” düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiştir. 21 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 1. ve 2. maddelerinden meslek durumuna göre sadece biri doldurulduğundan, her kişi toplam olarak 0-3 aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Ölçek 4 sosyal işlev alanı olarak; iş, boş zaman, aile ve çevreyle ilişkiye dönük sorular içerir. Ölçek puanlama aralığı 0-60 arasında olup işlevselliğin iyi olduğunu gösteren kesme puanı 35 olarak belirlenmiştir. 25 puanın altı ise sosyal işlevsellikte yetersizlik olarak değerlendirilmektedir. Akkaya ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır.

3.2.4. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES)

Miller ve Tonigan tarafından 1996 yılında geliştirilen ve alkol kullanım bozukluğu olan olgularda değişim için hazır olmayı ve motivasyonu değerlendirmek için düzenlenmiş 19 maddelik öz bildirime dayalı bir ölçek formudur. Orjinal ölçeğin faktör analizi, formun üç alanda kümelendiği göstermiştir: (1) Farkına varma (Fv), (2) İnkilap (İk), (3) Adım atma (Aa). Ölçek soruları “Kesinlikle katılmıyorum”dan (1 puan) “Kesinlikle katılıyorum”a (5 puan) değışen şekilde cevaplanan 5 noktalı likert tipi bir ölçektir. İlk faktör analizinden sonra 4., 5.ve 9. maddelerin Aa alt ölçeğinin farklı özelliklerini ölçebileceği ve soruların yapısının diğer sorulardan farklı olması nedeniyle çıkarılmış. 2. Faktör analizi sonrası 16 maddelik formunun kullanılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Sonuçta 1,2,3,7,12 ve 17. sorular İk alt ölçeği, 8,11,13,16 ve 18. sorular Fv alt ölçeği altında ve 10,14,15,19 ve 20. sorular Aa alt ölçeğinin altında yer almıştır. Evren ve arkadaşları tarafından ölçeğin 2008 yılında Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin toplam puanı ve alt faktörlerin ayrı ayrı toplam puanları arttıkça motivasyonun da daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilir.

3.2.5. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

Manicavasagar ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olan yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 4’lü Likert tipi ölçüm yapmakta, her bir madde 0 “hiç hissetmedim” ile 3 “çok sık hissettim” arasında dağılım göstermektedir. YAA’nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik pilot çalışmaları küçük bir örnekleme yapılmış, fakat yayınlanmamıştır (Alkan 2007). Daha sonra Diriöz ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kesme puanı 25 olarak belirlenmiştir.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS paket program 20.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel

verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler Açısından Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların 3'ü kadın (%5.1), 58'i erkek (%94,8)'tir. Ortalama yaş 46.61 (\pm 10.33) bulunmuştur. Hastaların 22'si (%36.1) yüksekokul, 27'si (%44.3) orta/lise, 12'si (19.7) ilkokul mezunudur. Hastaların 36'sı (%59) çalışıyor, 25'i (%41) ise çalışmamaktadır. Hastaların 6'sı (%9.8) hiç evlenmemiş, 33'ü (%54.1) evli ve birlikte yaşıyor, 17'si (%27.9) eşinden ayrı yaşıyor veya boşanmış, 3'ü (%4.9) yeniden evlilik yapmış ve 2'si (%3.3) dul olduğu öğrenilmiştir (Tablo 4.1). 6. Ayda hastaların 21'i kontrole geldi. 15 hastanın relaps bilgisine telefondan ulaşıldı. Toplam 38 hastanın relaps bilgisine ulaşılmış oldu.

Tablo 4.1. Örneklemenin Sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	3	5.1
	Erkek	58	94.8
Eğitim	ilkokul	12	19.7
	Orta/lise	27	44.3
	Yüksekokul	22	36.1
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	6	9.8
	Evli/birlikte yaşıyor	33	54.1
	Eşinden ayrı/boşanmış	17	27.9
	Tekrar evlenmiş	3	4.9
	Dul	2	3.3
İş durumu	Çalışıyor	36	59.0
	Çalışmıyor	25	41.0

Çalışma durumu ile relaps arasında 6 aylık izlemde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. İş Durumunun Relaps ve Remisyonla İlişkisi

İş Durumu	Relaps	Remisyon	Toplam	X ² ve p değeri
İşsiz	10 %71.4	4 %28.6	14	X ² =0.293, p=0.58
Çalışıyor yada emekli	19 %79.2	5 %20.8	24	

Medeni durum evli ya da yalnız yaşıyor biçiminde kategorize edilmiş ve relaps –remisyon üzerine etkisine bakılmıştır. Altı aylık izlemde medeni durum ile relaps arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.3). Ancak yalnız yaşayan grupta sadece 2 remisyon vaka olması dikkat çekicidir.

Tablo 4.3. Medeni Durumun Relaps ve Remisyonla İlişkisi

Medeni Durumu	Relaps	Remisyon	Toplam	X ² ve p değeri
Yalnız yaşıyor	9 %81.8	2 %18.2	11	X ² =0.259, p=0.61
Evli yada birlikte yaşıyor	20 %74.1	7 %25.9	27	

Yaş ile relaps arasındaki ilişkiye independent t testi kullanılarak bakılmıştır. Yaş ile relaps arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak hasta grubundaki dağılımda artan yaşla birlikte kuru kalma süresindeki uzamanın varlığı dikkat çekicidir. Yaş ve relaps arasındaki ilişki için değişkenlerle lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Ancak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Yaş ile Relaps Arasındaki İlişki

Yaş	Relaps	Remisyon	Toplam	t ve p değeri
Ortalama	44,48	51,00		t=1.641, p=0.110
Ortalama farkı ve SD	SD=9,54	SD=12,99	MD=6,517	

4.2. İçme Öyküsü Açısından Bulgular

Hastalarda en düşük alkol alma yaşının 8, en büyük yaşın ise 25 olduğu görülmekle beraber ortalama yaşın 16.84 (± 3.59) olduğu tespit edilmiştir. En çok kümelenmenin 15 yaş ve çevresinde olduğu bulunmuştur. İlk alkol alımından sonra düzenli alkol kullanmaya başlama süresi ortalama 13.67 (± 10.74) yıl olarak bulunmuştur. Alkol alma düzeni ile ilişkili en çok cevaplanmayan soru olmuştur. En belirgin kümelenme 4 yıl ve etrafında olmuştur. Düzenli içmeye başladıktan sonra, ilk 5 yıl içindeki içme sıklığı açısından; hastaların 20'si (%38.5) değişken, 1'i (%1.9) haftada 1 kez, 4'ü (%7.7) haftada 2 kez, 9'u (%17.3) gınaşırı, 18'i (%34.6) her akşam alkol aldığını belirtmiştir. Alkolü bırakmadan önceki son 3 yıl içindeki alkol alım sıklığı açısından ise; hastaların 10'u (%20.8) değişken, 4'ü (%8.3) haftada 2 kez, 7'si (%14.6) gınaşırı, 14'ü (%29.2) her akşam ve 13'ü (%27.1) gün boyunca alkol aldıklarını belirtmişlerdir. Düzenli olarak alkol kullanan hastaların alkolsüz geçirdikleri en uzun süre ortalama 14 (± 23.42) ay olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. İçme Öyküsü Açısından Bulgular

			n	%	Cevaplamayan hasta sayısı
İlk alkol alma yaşı	En düşük	8 yaş	1	2	10
	En yüksek	25 yaş	2	3.9	
	Ortalama	16.84			
Kaç yıl sonra düzenli alkol kullanmaya başladığı	En düşük	1 yıl	2	4.7	18
	En yüksek	40 yıl	2	4.7	
	Ortalama	13.67			
Düzenli içmeye başladığında ilk 5 yılda içme sıklığı	Değişken		20	38.5	9
	Haftada 1		1	1.9	
	Haftada 2		4	7.7	
	Gınaşırı		9	17.3	
	Her akşam		18	34.6	
Alkolü bırakmadan önceki son 3 yıl içindeki içme sıklığı	Değişken		10	20.8	13
	Haftada 2		4	8.3	
	Gınaşırı		7	14.6	
	Her akşam		14	29.2	
	Gün boyunca		13	27.1	
Alkol almadığı en uzun süre (ay)	En düşük	0 ay	4	8.5	14
	En yüksek	96 ay	1	2.1	
	Ortalama	14 ay			

Alkol kullanmaya başlamada; hastaların 8'inde (%15.4) merak, 6'sında (%11.5) ailede alkol alan birinin varlığı, 27'sinde (%51.9) arkadaş çevresi, 8'inde (%15.4) sıkıntı ve üzüntüyü giderme amacı ve 3'ünde (%5.8) diğer nedenlerin rol oynadığı bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Alkol Kullanmaya Başlamada Etkili Faktörler

		n	%
Merak		8	15.4
Ailede içen birinin olması		6	11.5
Arkadaş çevresi		27	51.9
Sıkıntı ve üzüntüyü giderme amacıyla		8	15.4
Diğer	Toplulukta rahat etmek için	1	1.93
	Böbrek taşı nedeniyle	1	1.93
	Mesleğinden kaynaklanan ortam	1	1.93

Alkollü iken yaşanan sorun alanları değerlendirildiğinde; hastaların 25'inin (%55.6) alkollü iken kendilerine veya çevrelerine zarar verdiği, 8'inin (%17.8) işyerinde alkol nedeniyle disiplin cezası aldığı, 23'ünün (%51.1) alkollü iken yasalarla ilgili sorunlar yaşadığı ve 33'ünün (%73.3) alkollü iken bellek bozukluğu (film kopması) yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Alkollü İken Yaşanan Sorunlar ve Alanları

	Evet	Hayır
Alkollü iken kendine yada çevreye zarar verme	n:25 %55.6	n:20 %44.4
İşyerinde alkol nedeniyle disiplin cezası alma	n:8 %17.8	n:37 %82.2
Alkollü iken yasalarla başının belaya girmesi	n:23 %51.1	n:22 %48.9
Alkollü iken bellek bozukluğu (film kopması) yaşama	n:33 %73.3	n:12 %26.7

Alkol almayı azalttıkları veya kestikleri dönemde hastalarda görülen fiziksel belirtiler ve klinik tablolar değerlendirilmiştir. En sık görülen belirtilerin sırasıyla uykusuzluk (%81.7), sıkıntılı yada çökkün hissetme (%70.0), terleme (%61.7), titreme (%51.7) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Alkol Çekilmesi İle İlgili Yaşanan Sorunlar

	Evet	Hayır
Titreme	31 %51.7	29 %48.3
Uykusuzluk	49 %81.7	11 %18.3
Sıkıntılı yada çökkün hissetme	42 %70.0	18 %30.0
Terleme	37 %61.7	23 %38.3
Çarpıntı	24 %40.0	36 %60.0
Mide ağrısı	12 %20.0	48 %80.0
Baş ağrısı	14 %23.3	46 %76.7
Halsizlik	29 %48.3	31 %51.7
Halüsinasyonlar	14 %23.3	46 %76.7
Konvülsiyon	6 %10.0	54 %90.0
Delirium	14 %23.3	46 %76.7
Tremens	14 %23.3	46 %76.7

4.3. Psikolojik Değerlendirmeler Açısından Bulgular

Hastalara ilk başvurularında ve tedavi sonrası 6. ay izlemde Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi (YAA), Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği (SOCRATES), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. 6. ayda uygulanan Wender-Utah çocukluk çağı DEHB özelliklerini sorgulaması açısından tekrar test özelliği gösterdiğinden analize alınmamıştır. Değerlendirme ölçeklerinin kesme puanları aşağıdaki tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Ölçek Kesme Puanları

Ölçek	Kesme puanı	Kategoriler
Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	36	DEHB
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)	35	İyi işlevsellik için kesme puanı
	25	Sosyal işlevsellikte yetersizlik
Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES)	Kesme puanı yok	Farkına varma İkilem Adım atma
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA)	25	Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi

İlk değerlendirmede uygulanan YAA anketinde; hastaların 53'ünde (%89.8) yetişkin ayrılık anksiyetesi puanları yüksek tespit edilmiştir. 6 ay sonraki takipte toplam 21 hasta YAA anketini doldurmuş ve bu hastaların 20'sinde (%95.2) puanlar benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Alkol bağımlılığı olan hastalardaki ayrılık anksiyetesi belirtilerinin varlığı ve şiddeti dikkat çekici bulunmuştur. İlk değerlendirmede uygulanan SUKDÖ ile hastaların iş, ev ve çevre ile ilişkilerindeki uyum değerlendirilmiştir. Hastaların 28'inin (%49.1) sosyal işlevselliğinin iyi olduğu ancak 29'unun (%50.9) sosyal uyum ve işlevselliklerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. 6 ay sonra uygulanan SUKDÖ 21 hasta tarafından doldurulmuştur. Benzer şekilde hastaların 12'sinde (%57.1) işlevselliğinin iyi olduğu ancak 9'unda (%42.9) sosyal uyum ve işlevselliğinin yetersiz olduğu görülmüştür. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği ile taranan DEHB belirtileri, ilk değerlendirmede verilen ölçek üzerinden yapılmıştır. Hastaların 20'si (%34.5) DEHB belirtileri açısından kesme puanının üstünde puanlar almıştır. 38 hastanın (%65.5) ise kesme puanının altında puan aldığı görülmüştür. Toplumdaki DEHB insidansı gözönüne alındığında tarama testi olan Wender-Utah Derecelendirme Ölçeğinden alkol bağımlısı olan hastaların %34.5'inin yüksek puan alması dikkat çekicidir. Bulgular aşağıda tablo 4.9. özetlenmiştir.

Tablo 4.9. Ölçeklerin kesme puanlarına göre hasta dağılımı

Ölçekler	Kesme puanının üstünde alan hasta %	Cevaplayan hasta sayısı
YAA-1	%89.8	59
YAA-2	%95.2	21
SUKDÖ-1	%50.9	57
SUKDÖ-2	%57.1	21
Wender Utah	%34.5	58

Hastaların ilk değerlendirmelerindeki ölçekleri ile ilgili en düşük ve en yüksek değerler, ortalama ve standart sapmaları aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. İlk Değerlendirmedeki Ölçek Puanları

Ölçek	Alt Ölçek	n	minimum	maximum	ortalama	Standart sapma
YAA Anketi	-	59	6	75	44,40	15,67
Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	-	58	2	86	32,48	16,94
SUKDÖ	-	57	8	54	34,21	9,63
SOCRATES	Farkına varma	58	4	20	15,15	4,67
	Ambivalans	58	6	30	23,29	6,65
	Adım atma	58	5	25	19,63	6,28

Hastaların 6. ayında uygulanan testlerin en düşük ve en yüksek değerleri ile ortalama ve standart sapmaları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Kesme puanı olmayan SOCRATES ölçeğinde adım atma alt ölçeğindeki puanlarda düşme olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Altıncı Ay İzlemdaki Ölçek Puanları

Ölçek	Alt Ölçek	n	minimum	maximum	ortalama	Standart sapma
YAA Anketi	-	21	12	66	47,61	13,95
SUKDÖ	-	21	17	50	36,42	8,29
SOCRATES	Farkına varma	23	5	25	14,91	6,68
	Ambivalans	23	6	30	19,34	8,37
	Adım atma	23	5	25	15,17	7,45

İlk değerlendirmedeki psikometrik ölçümler ile relaps arasındaki ilişki için ki kare testi kullanılmıştır. YAA, DEHB ve sosyal uyum düzeyi ile relaps arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. İlk Değerlendirmedeki Psikometrik Ölçümler ile Relaps İlişkisi

	Relaps	Remisyon	χ^2 ve p değerleri
YAA	26	7	$\chi^2=0,03$ ve $p= 0,862$
DEHB	10	3	$\chi^2=0,009$ ve $p=0,926$
Sosyal Uyum Yetersizliği	12	3	$\chi^2=0,07$ ve $p=0,786$

Hastaların izlemlerindeki 6. ay ölçekler ile relaps arasındaki ilişki ki kare testi ile araştırılmıştır. Relaps ile YAA, sosyal uyum açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. İzlem Değerlendirmedeki Psikometrik Ölçümler ile Relaps İlişkisi

6. Ay Ölçümleri	Relaps	Remisyon	χ^2 ve p değerleri
YAA	13	7	$\chi^2=0,525$ ve $p= 0,469$
Sosyal Uyum Yetersizliği	7	2	$\chi^2=0,311$ ve $p=0,577$

5. TARTIŞMA

“Bağımlılık” kavramının tanımlanması ve bir paradigmayla bütünleştirilmesi için klinik sendromlar tanımlanmıştır. İnsanda bağımlılığın tanımlanması, basitleştirilmiş bir nedensellikte açıklanabilmekten çok uzaktır. Bu nedenle alkol ile kurulan “ilişkiyi” bağlamsal olarak ele alan, toplumsal ve bireysel özgül değişkenlerden dinamik olarak etkilenen bir “süreç” olarak tanımlamak daha anlamlı gözükmektedir (Doğan, 1996). Bu nedenle çalışmamızda; biyo-psiko-sosyal model ışığında alkol bağımlılığının çok boyutlu belirleyicilerini ele almak amacıyla organizite, kişilerarası ilişkiler, sosyal uyum ve tedaviye dönük motivasyon irdelenmiştir. Literatürde bağımlılığın ve özelinde alkol bağımlılığının çok boyutlu belirleyicilerini bir arada ele alan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Bağımlılığın ortaya çıkışına nedensellik atfetmekten öte; klinik seyrini, şiddetini, tedaviye yanıtını ve tedavisinde seçilmesi gerekecek özgül modeliteleri belirlemek açısından çok boyutlu yaklaşım gereklidir.

Çalışmamızda 6 aylık izlemde relaps sıklığı mevcut literatürlerle kıyaslandığında kısmen yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmaların çoğunda relaps oranı birinci yıl izlemde yaklaşık %50 olarak bulunmuştur (Armor, 1978; Connors ve ark., 1996). Çalışmamızda 6. ay izlemde 61 hastanın 38’inin relaps bilgilerine ulaşılmış olup vakaların %76.3’ünün relaps olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen bu oran yüksek olmakla beraber kliniğimizde yürütülen daha önceki çalışmadaki relaps oranlarına oldukça yakın bulunmuştur. Daha önceki çalışmadaki relaps oranı %72 olarak bulunmuş (Bilgilioğlu, 2006). Relaps alkol bağımlılığının takibi ve tedavisinde en önemli faktörlerdendir. Yapılan çeşitli araştırmalarda alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi edilmiş kişiler arasında kümülatif relaps oranları tedaviden 2 hafta sonra %35, 3 ay sonra %58 bulunurken, relapsın tedavi öncesi içme miktarına dönüş şeklinde tanımlandığı başka bir araştırmada tedavi sonrası 12 aylık izlemde %50 civarında bulunmuştur. Ülkemizde de yatan alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada 12 ay sonunda relaps %62 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2010). Relapsın bir kez içki tüketimi olarak tanımlandığı diğer bir çalışmada ise relaps %90 olarak bildirilmiştir (Connors ve ark., 1996). Çalışmamızda relaps olarak

değerlendirmede, 6 ay sonraki izlemde elde edilen veriler, telefon görüşmelerinden elde edilen veriler ve kliniğimiz tıbbi bilgi kayıt sisteminden elde edilen veriler esas alındığı için tek içme davranışı gösteren ve eski içme örüntüsüne dönen hastalar aynı grup içerisinde yer almıştır. Relaps oranlarının diğer çalışmalarda elde edilen oranların arasında olmasının nedeni, relaps grubunun yukarıda bahsedilen özelliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda sadece 3 kadın alkol bağımlısının olması, çıkan sonuçların kadın alkol bağımlıları için tartışılmasına engel oluşturmaktadır.

Ayrılma anksiyetesi, kişinin anne ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde anksiyete yaşaması halidir. Bir çocukluk dönemi sorunu olarak kavramsallaştırılmıştır. Ayrılma anksiyetesinin uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması durumunda ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) tanısı konur. Ayrılma anksiyetesi yetişkinliğe uzanmayan bir çocukluk dönemi bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin AAB, DSM ve ICD tanı sınıflandırmalarında yer almamaktadır. Manicavasagar ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda çocukluk AAB'sinin yetişkinliğe uzandığını saptamıştır (Manicavasagar ve ark. 1997,2000). Başka araştırmalar da ayrılma anksiyetesinin yetişkinlikte görüldüğünü ve sanıldığından daha yaygın olduğunu göstermektedir (Ollendick ve ark. 1993, Fagiolini ve ark. 1998, Mayses ve ark. 2000). Ancak bu çalışmaların kısıtlılığı yetişkinlikte ilişkilerin şekillenip, bağlanma davranışının gözlenebileceği kadar uzun döneme yansıyan, uzunlamasına bir desende yapılmamalarıdır. Diğer taraftan bir grup araştırmacı yetişkin ayrılma anksiyetesinin çocuklukta AAB tanısı almaktan bağımsız ilk olarak yetişkinlikte ortaya çıkabileceğini öne sürmüş ve araştırmalarıyla bu görüşü desteklemiştir (Manicavasagar ve ark., 2000; Cyranowski ve ark., 2002; Foley ve ark., 2004). Shear ve arkadaşları bir epidemiyolojik çalışmada (n=9,282), çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinliğe uyarlandığı bir klinik görüşme formu kullanarak yetişkinlik AAB'sini araştırmışlar ve yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6 olarak saptamışlardır (Shear ve ark., 2006). Bu oran oldukça yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu verilerden hareketle araştırmacılar yetişkin AAB'ye DSM'de yer verilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Çalışmamızda ise hastalarda yetişkin ayrılık anksiyetesi belirtileri %89.8 oranında olduğu bulunmuştur. Bireylerin kişilerarası ilişkilerini

belirleyen bağlanma örüntüleri alkol bağımlısı hastalarda farklı bir özellik göstermektedir. Daha önce değinildiği gibi bağımlılık bir çeşit ilişki türü ve sürecidir. Bu ilişkinin bir ucunda kişi, diğer ucunda bir nesne, bir durum yada başka bir kişi vardır. Bu ilişki biçiminde kişi özdenetimini yitirmekte ve özerkliğini kaybetmektedir. Ayrıca özgüllüğün kaybı ve özgür olamama bağımlı kişilerdeki diğer kayıp alanlarıdır. Bu kayıpların yer aldığı ilişki artık bir bağımlılık ilişkisi haline dönüşmüştür. Alkol bağımlılığında bu ilişki kimyasallarla kurulur. Bağımlı olunan alkol ile kurduğu ilişkinin benzerini kendisi ve etrafında bulunan kişilerle de kurmaya başlar. İlişkilerdeki ikircikli durum, benzer şekilde alkol kullanımına ve bağımlılığın tedavisine dönük de ortaya çıkar. Bu düşünme biçimi ile alkol bağımlısının kuracağı kişilerarası ilişkilerde bağlanma ve ayrılma örüntülerindeki güçlüğü anlaşılması mümkün olabilmektedir. Bağımlı hastalarda YAA değerlendiren çalışmaların bulunmaması literatür karşılaştırmasına izin vermemektedir. Çalışmamızın önemli yanlarından biri; alkol bağımlılığında YAA değerlendirmesi ile kişilerarası ilişkiler ve alkol bağımlılığı üzerinden yeniden okuma yapılabilmesine izin vermesidir. Ayrıca relaps modelleri içerisinde birey-etkileşim modeli üzerinden de bağımlı grubundaki yüksek YAA sıklığı tartışılması mümkündür. Bu model daha önce değinildiği üzere çeşitli değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşime önem verir. Bu değişkenler relaps için yüksek bir risk, bireyin başa çıkma becerileri repertuarı ve bireyin bu başa çıkma becerilerinin özellikle yüksek riskli durumlarda etkinliği ve uygunluğu algısıdır (Wong ve ark., 2006). Yüksek riskli durumlar için dört birincil kategori tanımlanmıştır. Olumsuz duygu durum, örneğin depresyon, anksiyete varlığı, daha önceki içme davranışı ile ilişkili durumlar, sosyal-kişiler arası anksiyete, azalmış bilişsel dikkat, ilk içkiyi almak için rasyonelizasyonlar (Connors ve ark., 1996) bu kategorileri oluşturmaktadır. Olumsuz duygudurum ve sosyal-kişiler arası anksiyete varlığı relaps için yüksek risk faktörü olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda bulunan yüksek relaps oranı ve yüksek YAA oranı, birey-etkileşim modeli ve içiçe geçmiş birçok relaps modeli açısından anlamlı bir ilişkiye işaret etmektedir. YAA oranları yüksek olmakla beraber hastalarda durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi ölçülmediğinden net sonuca varılamamaktadır. YAA'nın bir kısmı durumluluk ve sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması ile ilişkili olabilmektedir. Daha önce kliniğimizde yürütülen bir çalışmada durumluluk ve

sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olması ile relaps arasında 6 ay ve 1 yıllık izlemlerde anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bilgilioğlu, 2006). Çalışmamızda da YAA ile 6 aylık izlemdaki relaps arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar alkol bağımlılığında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermekle beraber relaps ile ilişkisi olmadığına da işaret etmektedir.

Çalışmamızda alkol bağımlılığı hastalarında DEHB öyküsü %34.5 oranında bulunmuştur. Bu oran hastaların yaklaşık 1/3'ünde Wender-Utah ölçeğine göre DEHB öyküsü olduğunu göstermektedir. DEHB öyküsü bulunan grupta alkol ve madde bağımlılığının sık görülmesi beklenen bir sonuçtur. DEHB alkol ve madde kullanımı için bağımsız bir risk etmenidir. Çocukluktan ergenliğe dek izlenen DEHB olgularında madde kullanımı gelişme riskinin kontrollere göre 3 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Doyle, 2007). DEHB olan yetişkinlerde alkol ve madde kullanımı daha küçük yaşlarda başlamaktadır. DEHB değerlendirmesi için başvuran yetişkin bir hastada halihazırda madde kötüye kullanımının olma olasılığı %10, yaşam boyu madde kullanma olasılığı ise %50'dir. DEHB'de yaşam boyu madde kullanma oranları DEHB olmayanların iki katıdır (Doyle, 2007). Alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde de DEHB oranları yüksektir (Biederman ve ark., 1995). DEHB olan yetişkinlerde alkol kötüye kullanım gelişme riski %32-53 olarak tespit edilmiştir (Adler ve Cohen, 2004). Yukarıda adı geçen çalışmalardaki oranlara ve sonuçlara bakıldığında, çalışmamızdaki sonuçlar ile uyumluluk gösterdikleri görülmektedir. Ancak unutulmaması gereken en önemli durumlardan bir tanesi tanıların ölçeklerle konulmadığı gerçeğidir. Wender-Utah ölçeği, Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasında da belirtildiği üzere; sağlıklı kontrollerden DEHB hastalarını ayırmada oldukça başarılı olsa da duygudurum bozukluklarından ayırmada aynı derece de başarılı değildir. Alkol bağımlılığında eş hastalanma açısından en önemli bozuklukların duygudurum bozuklukları olduğu bilindiğinden çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken dikkatli olmak gerekmektedir. Ölçekteki 5 alt faktörden biri depresyon olduğundan hastaların ölçekten yüksek puan almasına neden olabileceği düşünülmüştür. Ancak dürtüsellik, irritabilite, davranış sorunları ve dikkat eksikliği ile ilgili alanları da tarayan bir ölçek olması sebebiyle ve çocukluk çağına dönük bilgi toplaması nedeniyle DEHB açısından ihmal edilebilecek veriler olmadığı da akılda tutulmalıdır. Bu nedenle tartışılan sonuçlar bağımlılığa eşlik edecek bir

duygurum bozukluğu ve bağımlılığa zemin oluşturacak organizite açısından DEHB varlığını literatür ile benzeşir şekilde doğrulamaktadır.

DEHB hastalarındaki alkol bağımlılığına risk oluşturan en önemli komponent dürtüsellik komponentidir. Dürtüsel davranış tek bir nörobiyolojik temelden kaynaklanmamaktadır. Dürtüsellik ile ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında genellikle bozulmuş orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, ventral prefrontal korteks ve anterior singulat girus aktivitesi üzerinde durulmaktadır (Evenden, 1999; Chamberlain ve Sahakian, 2007). Serotonin, dopamin ve norepinefrin düzeylerinin bozulmuş dürtü kontrolü ile ilişkili olduğu söylenmektedir. Benzer şekilde alkol bağımlılığı tanısı olan kişilerle yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında frontal ve temporal loblarda hacim kaybı, striatumda dorsolateral prefrontal kortekte, orbitofrontal korteks ve ventral prefrontal kortekte anormal aktivasyon saptanmıştır (Crews ve Boettiger, 2009; Nardone ve ark., 2012). Alkol bağımlılarında dürtüsellik, bağımlılığın gelişiminde ve pekişmesinde önemli davranışsal ve bilişsel ölçüt olduğunu ortaya koyan çalışma bulguları vardır (Jakubczyk ve ark., 2013). Yürütücü işlevlerdeki bozukluk ve dürtüsellik sonucunda karar vermede güçlük ve risk almada artışın; bağımlılığın kronik tekrarlayıcı bir bozukluk haline gelmesine neden olduğuna dair önemli nöropsikolojik, nörobiyolojik ve nörogörüntüleme bulguları mevcuttur (Koob ve Volkow, 2010; Gunn ve Finn, 2013). DEHB’li bireylerde yürütücü işlevlerde bozukluk ve dürtüsellik varlığı bilindiğinden alkol bağımlılığı ile ilişkisi araştırmalara konu olmuştur. Ayrıca klinik araştırmalarda da alkol bağımlılığı ile DEHB eş tanısının sık bulunması bağımlılık sürecinin bir boyutu olarak organizitenin varlığını araştırmaya değer kılmaktadır. Çalışmanın deseninde DEHB taranmasının yapılması bu nedene dayanmaktadır. Hasta grubunda gelişmiş bir alkol bağımlılığı sorunu olduğundan esas tedavi önceliği bağımlılığa dönük olmalıdır. Sonrasında koruyucu önlemler ve tedavi planlanmasında DEHB önemli bir zemin olarak belirlenmelidir.

Dürtüsellik, alkol kullanmaya başlamada olduğu kadar, kullanmayı sürdürme ile de yüksek olasılıkla bağlantılı olan oldukça önemli bir özelliktir; dolayısı ile madde ve alkol kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Dürtüsellik düzeyi yüksek olan bir kişi, olasılıkla ödüllendirecek bir uyaran ile karşılaştığında düşük dürtüsellik

düzeyine sahip bir kişiye göre davranışını engellemede daha büyük zorluk yaşamaktadır (Finn ve ark., 1999; Dawe ve ark., 2004; Dom ve ark., 2006; Boettiger ve ark., 2007). Alkol kullanım bozuklukları, zayıf öz-denetim (self-regülasyon), kontrolsüz, dürtüsel bir yapıya azalmış işleyen bellek, plansızlık, tepki ketleme ve karar vermede bozulma gibi bilişselişlevlerde bozulma ile ilişkilidir. Dürtüsellikte, azalmış ve yetersiz öngörme, daha fazla yenilik arama davranışı nedeni ile alkol kullanımı da artmaktadır (Dawe ve ark., 2004; Hyman, 2007; Gunn ve Finn., 2013; Noel ve ark., 2013). Dürtüsellik, alkol kullanımına bağlı oluşan hedonik yanıtı ulaşımadaki motivasyonu belirler. Dürtüsellik ve karar verme, ICD-10 ve DSM-IV ölçütlerine göre planlanandan daha fazla içme ve olumsuz sonuçlarına rağmen içmeye devam etme gibi dürtü kontrol bozukluğu ve zayıf öz-denetimden kompulsif bozukluğa kadar yani bağımlılığın ilk evresinden son evresine kadar önemli rol oynayan, alkol bağımlılığının en az 2 bulgusu ile örtüşmektedir (Allen ve ark., 1998; Dawe ve ark., 2004; Hyman, 2007; Gunn ve Finn, 2013; Noel ve ark., 2013). Tüm bu özellikler göz önüne alındığında relaps ile tutarlı ilişkinin gösterildiği öz-yeterlik kavramı üzerinde durulmalıdır. DEHB hastalarındaki dürtüsellik süreğen bir özellik olduğundan yaşam boyu öz-denetim kaybı yaşamakta ve buna bağlı olarak özgüven ve öz-değerlilikte azalma gibi önemli sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Kişinin kendine dönük algısındaki bu olumsuz öğeler duygudurum bozukluklarının ve alkol-madde bağımlılığının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca öz denetim, öz değerlendirlik kaybı kişinin öz yeterliliği ile ilgili algısını olumsuz etkilemektedir. Kişinin öz yeterliliğinin desteklenmesi ve geliştirilmesi bağımlılık grubundaki relapsa karşı alınacak en önemli önlemlerin başında gelmektedir.

Dürtüsel öğrenme, alkol kullanımına geri dönüşte önemli davranışsal motivasyondur (Koob ve Volkow, 2010; Papachristou ve ark., 2012). Dürtüsel öğrenme ile relaps arasındaki ilişkinin davranışsal motivasyon üzerinden açıklandığı bilinmektedir. Her terapi süreci, bir yeniden öğrenme olduğundan bağımlılık grubunda bireysel ve grup terapilerinin önemi belirgin hale gelmektedir. Bireysel psikoterapiler ile kişinin tedaviye dönük motivasyonun desteklenmesi ve sürerlilik kazanması mümkün olabilmektedir. Çalışmamızda hastaların tedaviye hazır olma ve değişim isteği değerlendirilmiştir. Örneklem grubunun yetersiz olması nedeniyle relaps ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber tedavi ve izleme

devam eden grubun motivasyonunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle adım atma alt ölçeğindeki yüksek puanlar tedavi işbirliği ile ilgili önemli bir olumlu yordayıcı olabilir. Bireysel görüşmeler ile öz denetimlerini ve öz yeterliklerinin destekleyici müdahalelerin yapılması önemlidir. Sosyal öğrenmenin önemli bir alanı olan grup psikoterapileri bağımlı grubunun tedavisinde özellikli bir bileşendir. Hastaların evrensellik kavramı içinde öz yeterlikleri ile ilgili algılarının olumlanması ve dürtüsel öğrenme yerine psikoeğitim temelli kişiler arası ilişkileri esas alan ve sosyal uyumu arttıran grup terapileri ön plana çıkmaktadır.

Organisite zemininde başlayan yaklaşımın çok boyutlu düşünme ile teröpatik zemine çekilmesi ve sosyal politikalar üretilmesi mümkün olabilmektedir. Düşük sosyoekonomik durumun, uzun süreli daha ağır alkol bağımlılığının ve detoksifikasyon için daha önce hastaneye daha fazla sayıda yatmış olmanın, erken başlangıç yaşının, gelecek amaçlarının yokluğunun, değişmeye hazır olmamanın, düşük engellenme toleransının, düşük kendine güvenin, sosyal desteklerin yokluğunun, dürtüsellüğün, ek psikopatoloji varlığının, düşük duygudurumun, yüksek riskli durumlardan kaçınmanın, çok sayıda madde kullanmanın artmış relapsı öngördüğü bulunmuştur (Noone ve ark., 1999; Janowsky ve ark., 2001). Bu bilgiler ışığında sosyal uyumu arttırıcı ve sosyoekonomik düzeyi ruh sağlığını koruyucu seviyede belirleyecek ve uygulayacak sosyal politikaların belirlenmesi relapsı önlemede bireysel yaklaşımlar kadar gereklilik göstermektedir. Bağımlılığı, sosyal çevre tanımı ile başka bir eksene oturttuğumuz vakit, bu tanım içinde öğrenme/ulaşabilme/temin edebilme gibi son derece ayrıcalıklı sorun alanlarına yönelmiş oluyoruz. Sosyal öğrenmenin madde kullanma davranışını hem başlattığı hem de biçim verdiği ileri sürülmektedir. Özellikle alkol ile yapılan kontrollü çalışmalarda sosyal öğrenme ile alkol kullanımı arasında yakın bir ilişki tespit edilmiştir. Sosyal öğrenme sürecinde en önemli iki unsur; “birincil grup” ve akran grubudur. Aile birincil sosyal öğrenme ortamı olarak çevresel etmenler içinde yerini almaktadır. Çevre, sosyal öğrenmenin içinde gerçekleşmesinin yanı sıra alkolün ulaşılabilirliğinin, temin edilebilirliğinin de gerçekleşmesini sağlar. Sosyal öğrenme sürecinde bir diğer unsur da akran grubudur. Alkol kullanmaya başlama yaşı ergen yaş grubu olarak belirlendiğinde akran grubunun önemi ortadadır. Genç, aileden sonra bu grupla topluma geçiş yapar. Bu grubun normları arasında herhangi bir

madde kullanımı davranışı var ise gruba dahil olabilmek hayati olduğundan madde kullanma davranışının benimsenmesi ergen için adeta bir zorunluluktur. Ayrıca ekonomik koşullar hatta beslenme alışkanlıkları da alkol kullanımında etkilidir (Doğan, 2000). Bu durumda bağımlılık ile ilgili politikaları belirlerken en küçük grup olan aileden toplumsal evrene uzanan önlemler almak ve rehabilitasyon programlarını bu düzlemde belirlemek gerekliliği doğmaktadır. Sosyal uyumun yetersiz olduğu hastalarda duygudurum bozukluklarının yinleme göstermesi ve bağımlılık riskinin arttığı görülmektedir. Çalışmamızda da sosyal uyumun bağımlı grubunda yetersiz olduğu bulunmuştur. Relaps ile sosyal uyum yetersizliği dar örneklem nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak sosyal uyum yetersizliğinin işlevsellikte azalmaya ve öz yeterlik algısının olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Bu durumda kişi bağımlılık ve eşlik edecek duygudurum patolojileri ile başetmede güçlükler yaşayacaktır. Sosyal uyumu arttırmaya dönük olarak grup terapilerinden başlayıp aile grubuna yansıyacak müdahalelerin yapılması ve topluma sıçrayacak iyileştirici ve koruyucu önlemlerin alınması tüm sağlık sistemi çalışanlarının ve yönetici erkin sorumluluğu altındadır. Klinik önceliklerin belirlenmesindeki boyutlu düşünme yaklaşımı ile takip ve tedavide yeni yaklaşımlar geliştirilebilir. Ayrıca sosyal bir varlık olan insanın toplum içindeki varoluşu, devlet ve toplum ilişkisi ve kişinin sağlıklı oluşunu etkileyen sosyal politikaların belirlenmesine dair yeni bakış açıları getirilmesi açısından da önemli bir çalışmadır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıkları veri toplanması ve takip süreci ile ilgilidir. Hastalar ilk değerlendirmeleri sonrasında relaps ve remisyon durumları açısından izlenirken başlangıçta değerlendirilen değişkenler açısından izlemleri devam etmemiştir. Bu süre içinde 6. ay izleme gelmeyen hastaların sosyodemografik özellikleri ve psikolojik parametreleri izlenememiştir.

İkinci bir sınırlılık ise hastaların bir bölümüne relaps ve remisyon durumlarını öğrenebilmek için ancak telefon ile ulaşılabilmiş olmasıdır. Bu hastalar olağan klinik takipten şehir dışında yaşama, “içmemeyi sürdürme” nedeniyle kontrole gelmeme, tekrar içmeye başlama gibi nedenlerle çıkmış hastalardır. Telefon ile ulaşılan hasta

sayısı “15”dir. Bu hastaların relaps ve remisyon durumları ile ilgili bilginin yetersiz ya da yanlış olmasına yol açmış olabilir. Hastalardan 6’sının yakınıyla görüşme yapılmış ve durumları hakkında bilgi edinilmiştir.

Çalışmada kadın hasta sayısının azlığı sonuçların cinsiyetler açısından karşılaştırılmasına engel olmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Alkol bağımlılığı çoklu etmenlerin etkileşimi ile gelişmektedir. Çalışmamızda relaps ile ilgili olabilecek faktörler ve bağımlılığın gelişiminde ve süreklilik kazanmasındaki muhtemel etkenler tartışılmıştır. Bu çalışmada;

- Alkol bağımlılığı hastalarında YAA sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Alkol bağımlılığı olan hastaların çocukluk çağı öykülerinde DEHB/dürtüsellğe ait öykü varlığının sıklığı yüksek olarak bulunmuştur.
- Alkol bağımlılığında hastaların sosyal uyumlarının ciddi oranda bozulduğu ve bir grupta sosyal işlevsellikte yetersizlik düzeyinde olduğu saptanmıştır.
- Alkol bağımlılığı hastalarında tedavi için başvuruda değişime hazır olmaya karşı ambivalans puanları yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca relaps sonrası tedavi motivasyonunda “adım atma” alanındaki puanlarda düşme olduğu görülmüştür.
- Sosyodemografik değişkenler, DEHB ölçütlerini karşılaması, YAA varlığı ve sosyal uyum yetersizliği ile relaps arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

Alkol kullanımının sorun haline geldiği ülkemizde yasal sunumu olan alkole ulaşılabilir olanakları, alkol ve diğer maddeler üzerinden geliştirilen ekonomi politikalarının koruyucu sağlık politikaları ile çelişir halde olması, bağımlılığa dönük tedavi programlarında uygulanan ve rehabilitasyona engel olabilecek paket ödeme uygulamaları çözülmesi gereken önemli sorun alanlarından biridir. Bireyi biyolojik bütünlülüğü içinde ele alırken, psikososyal stresörlerini ve sosyal yapı içindeki konumunu bütünlük biçiminde algılamak ancak çok boyutlu düşünme modeli ile mümkün olabilir.

Uygulanacak tedavi programları öncesi hastanın bağımlılığa yatkınlık oluşturabilecek veya kronisite kazanmasını sağlayacak organizite boyutunun taranması gerekli olduğu görülmektedir. Hastanın tedaviye dönük motivasyonu ve sosyal uyumu tedavinin sürdürülebilirliği açısından önemli faktörler olarak dikkat çekmektedir. Tedaviye ve değişime hazır olmanın değerlendirilmesi ve sosyal uyumu arttırılmasına yönelik müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

Benzer prospektif çalışmaların kadın hastalar için de yapılması gereklidir. Kadın ve erkek arası farkların bağımlılık gelişimi, tedavi yaklaşımları ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından araştırılması bağımlılık psikiyatrisi uygulamaları için gereklidir.



ÖZET

Alkol Bağımlılığı Sendromu ve Klinik Öncelikler: Boyutlu Düşünme Örneğinde Kimi Saptamalar

Amaç: Alkol bağımlılığının gelişmesi çok faktörlü bir süreçtir. Bu süreçte etkili olan faktörleri biyopsikososyal diye bilinen tümleşik yaklaşıma göre açıklarız. Bu açıklama ancak boyutlu düşünme ile mümkün olabilir. Bu çalışmada alkol bağımlılığın gelişmesi ve seyrindeki relapsı yordayan biyopsikososyal değişkenleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimize Eylül 2014 - Mayıs 2015 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV-TR'e göre Alkol Bağımlılığı Sendromu tanısı alan 60 hasta alındı. İlk görüşmeden sonra ve tedavi sonrası 6. ayın sonunda psikometrik ölçümler uygulandı. Psikolojik değerlendirme için Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi ve Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği uygulanmıştır. 6 aylık izlemde relaps oranları sonuç değişkeni olarak alınmıştır.

Bulgular: Tanımlayıcı sıklık analizlerinde yetişkin ayrılık anksiyetesi oranları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçütlerini karşılama oranları yüksek bulunmuştur. Sosyal uyumun yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde yaş arttıkça relaps oranında azalma ilişkisi istatistiksel anlamlılığa yakın belirlenmiştir. Sosyodemografik değişkenler ve psikometrik ölçüm sonuçları ile relaps arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Relaps olan hastaların değişime hazır olma ve tedavi isteği ölçeğindeki "adım atma" alt ölçeğindeki puanlarda düşme olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Tüm sonuçlar değerlendirildiğinde relapsı yordayabilecek değişkenlerin tek başına ele alınmalarının yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bağımlılığın gelişmesinde ve seyrinde kişiyi ve içinde yaşadığı toplumu etkileyecek tüm boyutların beraber ele alınması gerektiği ve niceliksel analizlere nitel analizlerin eklenmesi gerekliliği anlaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Alkol bağımlılığı, relaps, dürtüsellik, ayrılık anksiyetesi, sosyal uyum

SUMMARY

Alcohol Dependence Syndrome and Clinical Priorities: Some Observations in The Sample of Dimensional-Thinking

Objective: The development of alcohol dependence is a multifactorial process. We explain factors which are effective in this process, according to the integrated approach known as biopsychosocial. This explanation may be able with dimensional thinking. In this study, we determined the biopsychosocial variables which predict relapse in alcohol dependence.

Method: Our study included 60 patients diagnosed with alcohol dependence according to DSM- IV TR. These patients were admitted to our clinic between September 2014 – May 2015. Scales were administered at the first interview and 6. month of follow up. These scales were; Wender-Utah Rating Scale, Social Adaptation of Self-Evaluation Scale, Adult Separation Anxiety Questionnaire, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. Relapse rates were defined as the result variable.

Results: The rates of adult separation anxiety and the scores of wender-utah rating scale were high in descriptive analysis of frequency. They had insufficient social cohesion. In logistic regression analysis, as age increases, a decrease in relapse rate close to the statistical significance has been identified. A significant relationship between sociodemographic variables, psychometric measurement results and relapse were not detected. There is a decline in “taking steps” subscale scores of “the stages of change readiness and treatment eagerness scale” in the relapse group.

Conclusion: When all the results are evaluated, none of the variables alone were found to predict relapse in alcohol dependence. Both people and the society they live in need to be considered together to understand the development and the course of addiction. We also need not just qualitative analysis, but also quantitative analysis for addiction research.

Key Words: Alcohol dependence, relapse, impulsivity, separation anxiety, social adaptation

KAYNAKLAR

- Adler, L., Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201.
- Akkaya, C., Sarandöl, A., Danaci, A. E., Sivrioğlu, E. Y., Kaya, E., Kirli, S. (2008). Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 292.
- Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., Cherek, D. R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and alcohol dependence*, 50(2), 137-145.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev. Ed.: E. Köroğlu)*. Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Arıkan, Z. (2008). Alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar. *Güncel Klinik Psikiyatri*. (ed. E. Işık, E. Taner, U. Işık), s.317-335. Ankara
- Arıkan, Z. (2012). Alkol kullanım bozukluğu. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, s.105-106, Pozitif Matbaa: Ankara.
- Armor, D. J., Polich, J. M., Stambul, H. B. (1978). *Alcoholism and treatment (Vol. 232)*. New York: Wiley.
- Arnold, L. E., Jensen, P. S. (1995). Attention-deficit disorders, *Comprehensive textbook of psychiatry*, ed by Kaplan HI, Sadock BJ.
- Barratt, E. S., Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety*, 77, 116.
- Barrows, D. C. (1998). The community orientation of social model and medical model recovery programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1), 55-64.

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse.
- Berridge, K. C., Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience?. *Brain Research Reviews*, 28(3), 309-369.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder *Lancet* 366 (9481): 237–248. Find this article online.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1652-1658.
- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?. *Biological psychiatry*, 44(4), 269-273.
- Bilgilioğlu, F. (2006). Alkol bağımlılığında relaps ve remisyonu yordayan faktörler (Uzmanlık tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü.
- Birke, S. A., Edelman, R. J., Davis, P. E. (1990). An analysis of the abstinence violation effect in a sample of illicit drug users. *British Journal of Addiction*, 85(10), 1299-1307.
- Boettiger, C. A., Mitchell, J. M., Tavares, V. C., Robertson, M., Joslyn, G., D'Esposito, M., Fields, H. L. (2007). Immediate reward bias in humans: fronto-parietal networks and a role for the catechol-O-methyltransferase 158Val/Val genotype. *The Journal of Neuroscience*, 27(52), 14383-14391.
- Bozarth, M. A. (1994). *Pleasure systems in the brain. Pleasure: The politics and the reality*, Wiley.

- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765.
- Burrow-Sanchez, J. J., Lundberg, K. J. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 32(1), 199-204.
- Cadoret, R. J., Yates, W. R., Woodworth, G., Stewart, M. A. (1995). Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 42-52.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28(1), 67-79.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(1), 56.
- Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A., & Purnine, D. M. (2002). The feasibility of enhancing psychiatric outpatients' readiness to change their substance use. *Psychiatric Services*.
- Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 255-261.
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of psychoactive drugs*, 34(1), 25-31.
- Connors, G. J., Maisto, S. A., Donovan, D. M. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91(12s1), 5-14.
- Connors, G. J., Maisto, S. A., Zywiak, W. H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(Supplement 1 to Issue 12), 173-190.

- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93(3), 237-247.
- Cyranowski, J. M., Shear, M. K., Rucci, P., Fagiolini, A., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cassano, G. (2002). Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research*, 36(2), 77-86.
- Davidson, C. (1999). Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism. *Praxis*, 88(42), 1720-1725.
- Dawe, S., Gullo, M. J., Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addictive behaviors*, 29(7), 1389-1405.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 87-92.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., & Velasquez, M. M. (1992). Alcoholism treatment mismatching from a process of change perspective. In *Alcohol abuse treatment* (pp. 115-142). Humana Press.
- Diriöz, P. M., Alkin, T., Yemez, B., Onur, E., Eminağaoğlu, P. N. (2012). Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2).
- Dodge, R., Sindelar, J., Sinha, R. (2005). The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 189-196.
- Doğan, Y.B. (1996). Bağımlılık Sendromu, Alternatif bir paradigma. *3P dergisi* 4: 22-26.
- Doğan, Y.B. (2000). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (ed. I. Sayıl), pp.139-148.
- Doğan, Y.B. (2000). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (ed. I. Sayıl), pp.161-176.

- Dom, G., D'haene, P., Hulstijn, W., Sabbe, B. G. C. C. (2006). Impulsivity in abstinent early-and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction*, 101(1), 50-59.
- Donovan, D. M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91(12s1), 29-36.
- Doyle, B. B. (2007). Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Psychiatric Pub.*
- Dünya Sağlık Örgütü (1992), ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.
- Dünya Sağlık Örgütü (2004), WHO Global Status Report on Alcohol. Country Profiles: Turkey, Geneva
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Midanik, L. (1994). *Alcohol and the public good.* World Health Organization and Oxford University Press.
- Edwards, G., Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*, 1(6017), 1058-1061.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Evren, C. (2004). Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 7, 111-119.
- Evren, C., Alkol, Ç. D. (2001). Madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 14, 142-149.
- Evren, C., Dalbudak, E., Çakmak, D. (2008). Değişime hazır olma ve tedavi isteği ölçeği (SOCRATES) Türkçe versiyonunun yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, 84-91.
- Evren, C., Durkaya, M., Dalbudak, E., Çelik, S., Çetin, R., Çakmak, D. (2010). Erkek alkol bağımlılarında depresme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip

çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 92-99.

Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E. (2006).Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği.*Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 117-122.

Fagiolini, A., Shear, M. K., Cassano, G. B., Frank, E. (1998). Is lifetime separation anxiety a manifestation of panic spectrum?.*CNS Spectrums*, 3(04), 63-72.

Farren, C. K., Tipton, K. F. (1999). Trait markers for alcoholism: clinical utility. *Alcohol and Alcoholism*, 34(5), 649-665.

Figlie, N. B., Dunn, J., Laranjeira, R. (2005). Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil.*Addictive behaviors*, 30(1), 159-165.

Finn, P. R., Justus, A., Mazas, C., Steinmetz, J. E. (1999). Working memory, executive processes and the effects of alcohol on Go/No-Go learning: testing a model of behavioral regulation and impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 465-472.

Finney, J. W., Moos, R. H., Mewborn, C. R. (1980). Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 17.

Foley, D. L., Pickles, A., Maes, H. M., Silberg, J. L., Eaves, L. J. (2004). Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1107-1114.

Gelder Michael, G. (2000).The contribution of genetics. *Oxford Textbook of Psychiatry* (ed. Gelder M.G., Lopez I.J., Andreasen N.), volume 1, pp.477-482

Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The sins of the fathers. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 171-174.

Gordon, A. J., Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3), 143-152.

- Graham, K., Gillis, K. (1999). The relationship between psychosocial well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substance use misuse*, 34(9), 1199-1222.
- Grant, B. F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of studies on alcohol*, 58(5), 464-473.
- Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M., Pickering, R. (1994). NIAAA's Epidemiologic Bulletin No. 35 Prevalence of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: United States, 1992. *Alcohol Research and Health*, 18(3), 243.
- Gunn, R. L., Finn, P. R. (2013). Impulsivity partially mediates the association between reduced working memory capacity and alcohol problems. *Alcohol*, 47(1), 3-8.
- Hamilton, M. E., Bozarth, M. A. (1988). Feeding elicited by dynorphin (1–13) microinjections into the ventral tegmental area in rats. *Life sciences*, 43(11), 941-946.
- Heath, A. C. (1995). Genetic influences on alcoholism risk: a review of adoption and twin studies. *Alcohol Research and Health*, 19(3), 166.
- Heinz, A., Löber, S., Georgi, A., Wrase, J., Hermann, D., Rey, E. R., Mann, K. (2003). Reward craving and withdrawal relief craving: assessment of different motivational pathways to alcohol intake. *Alcohol and alcoholism*, 38(1), 35-39.
- Hollander, E., & Evers, M. (2001). New developments in impulsivity. *The Lancet*, 358(9286), 949-950.
- Hyman, S. E. (2007). The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. *The American Journal of Bioethics*, 7(1), 8-11.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563.

- Ito, J., Donovan, D. (1990). Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addictive behaviors*, 15(6), 553-559.
- Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Mika, K., Bugaj, M., Konopa, A., Podgórska, A., Wojnar, M. (2013). Psychosocial predictors of impulsivity in alcohol-dependent patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(1), 43.
- Janowsky, D. S., Fawcett, J., Meszaros, K., Verheul, R. (2001). Core heritable personality characteristics and relapse in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(s1), 94S-98S.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol dependence*, 57(2), 113-125.
- Johann, M., Bobbe, G., Putzhammer, A., Wodarz, N. (2003). Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (Serotonin Transporter and 5-Hydroxytryptamine-2c Receptor). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1527-1534.
- Kalenscher, T., Ohmann, T., Güntürkün, O. (2006). The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 62(2), 203-211.
- Kaptanoğlu, C., Yenilmez, Ç., Seber, G., Tekin, D. (1997). Alkol Bağımlılarında Ruhsal Belirtiler Evlilik sorunları ve Aile Tutumları. *Düşünen Adam*, 10(1), 57-60.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Fleming, J. P. (1982). Social adaptation to first grade and teenage drug, alcohol and cigarette use. *Journal of School Health*, 52(5), 301-306.
- Kelley, A. E., Berridge, K. C. (2002). The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *The Journal of neuroscience*, 22(9), 3306-3311.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Heath, A. C., Kessler, R. C., Eaves, D. L. J. (1994). A twin-family study of alcoholism in women. *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 707-715.

- Kokkevi, A., Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1(4), 208-210.
- Koob, G. F., Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- Köknel, Ö. (1983). Alkolden-eroine kişilikten kaçış. *Altın kitaplar*.
- Leshner, A.I. (1997). Addiction is a Brain Disease and it Matters. *Science*, 278, 45-47.
- Manicavasagar, V., Silove, D. (1997). Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(2), 299-303.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., Wagner, R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of anxiety disorders*, 14(1), 1-18.
- Marlatt, G. A., Barrett, K. (1994). *Relapse Prevention en Galanter, M. y Kleber, HD (Ed.) The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*.
- Marlatt, G. A., George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British journal of addiction*, 79(3), 261-273.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in addictive behaviour change*. New York, NY: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*, 319-355.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a. *Addiction*, 91(12s1), 37-50.
- Maysless, O., Scher, A. (2000). Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 917-925.

- McCracken, J.T. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (ed. B.J. Saddock, V.A. Saddock). Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia.
- McCrary, S., Epstein, E. (1999). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*, Oxford University Press, New York.
- Miller, W.R. (1996). What is a relaps? Fiftly ways to leave the wagon. *Addiction* 91 (Supplement): 15-27.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J., Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91 (Supplement):155-171.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behaviors*, 21(6), 835-842.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Nardone, R., Bergmann, J., Christova, M., Lochner, P., Tezzon, F., Golaszewski, S., Brigo, F. (2012). Non-invasive brain stimulation in the functional evaluation of alcohol effects and in the treatment of alcohol craving: a review. *Neuroscience research*, 74(3), 169-176.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1997). *Ninth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services*.
- Noël, X., Van der Linden, M., Brevers, D., Campanella, S., Verbanck, P., Hanak, C., Verbruggen, F. (2013). Separating intentional inhibition of prepotent responses and resistance to proactive interference in alcohol-dependent individuals. *Drug and alcohol dependence*, 128(3), 200-205.
- Noone, M., Dua, J., Markham, R. (1999). Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24(5), 687-693.

- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and alcohol dependence*, 107(1), 23-30.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Kordon, A., Seifert, J., Te Wildt, B., Wiese, B., Schneider, U. (2007). Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and alcoholism*, 42(6), 539-543.
- Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of comparative and physiological psychology*, 47(6), 419.
- Ollendick, T. H., Lease, C. A., Cooper, C. H. R. I. S. T. I. N. E. (1993). Separation anxiety in young adults: A preliminary examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(4), 293-305.
- Ortaer, N. (1997). Alkol bağımlılarının yaşam modaliteleri ve kendilik değerleri üzerine retrospektif tanımlayıcı bir çalışma (Uzmanlık tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü.
- Öncü, B., Ölmez, S., Şentürk, V. (2005). Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorders in adults. *Türk Psikiyatri Derg*, 16, 252-9.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 12. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- Papachristou, H., Nederkoorn, C., Havermans, R., van der Horst, M., Jansen, A. (2012). Can't stop the craving: the effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology*, 219(2), 511-518.
- Phillips, A. G., Fibiger, H. C. (1978). The role of dopamine in maintaining intracranial self-stimulation in the ventral tegmentum, nucleus accumbens, and medial prefrontal cortex. *Canadian Journal of Psychology/Revue canadienne de psychologie*, 32(2), 58.

- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Rossetti, Z.L., Hmaidan, Y., Gessa, G.L. (1992). Marked inhibition of mesolimbic dopamine release: A common feature of ethanol, morphine, cocaine and amphetamine abstinence in rats. *European Journal of Pharmacology*, 221: 227-234.
- Routtenberg, A., Lindy, J. (1965). Effects of the availability of rewarding septal and hypothalamic stimulation on bar pressing for food under conditions of deprivation. *Journal of comparative and physiological psychology*, 60(2), 158.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 63(3), 397-427.
- Schuckit, M. A. (1994). Goals of treatment. *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*, 3-10.
- Schultz, W. (2000). Multiple reward signals in the brain. *Nature reviews neuroscience*, 1(3), 199-207.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E., Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074-1083.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. In *Relapse and Addictive Behaviour* (ed. M. Gossop), pp.249-277. Routledge: London.

- Sinha, R., Sinha, R., Li, C. S. R. (2007). Imaging stress-and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 25-31.
- Sinha, R. (2007). The role of stress in addiction relapse. *Current psychiatry reports*, 9(5), 388-395.
- Sjöberg, L., Samsonowitz, V. (1985). Coping strategies and relapse in alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 15(3), 283-301.
- Stinson, D. J., Smith, W. G., Amidjaya, I., Kaplan, J. M. (1979). Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36(5), 535-539.
- Stitzer, M. L., Bigelow, G. E., & Iguchi, M. Y. (1993). Behavioral interventions in the methadone clinic: Contingent methadone take-home incentives. *NIDA RESEARCH MONOGRAPH*, 132, 66-66.
- Sutton, S. (1993). Is wearing clothes a high risk situation for relapse? The base rate problem in relapse research. *Addiction*, 88(6), 725-727.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147.
- Troland, L. T. (1928). *The fundamentals of human motivation*.
- Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılık Profili Araştırması Nihai Rapor. (Aralık 2002). Türk Psikologlar Derneği.
- Uluğ, B., Öztürk, O.M. (2008). Psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (ed. Öztürk, M.O. ve Uluşahin A.), pp.692-694.
- Uğurlu, G. K., Uğurlu, M., Turhan, L., Türkçapar, M. H. (2012). Alkol bağımlılarında işlevsel olmayan inançlar: karşılaştırmalı bir çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 113-120.
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 28(4), 627-642.

- Walton, M. A., Castro, F. G., Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.
- Weiss, M., Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 168(6), 715-722.
- Wong, M. M., Nigg, J. T., Zucker, R. A., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E., Jester, J. M., Adams, K. (2006). Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: a prospective study from preschool to adolescence. *Child development*, 77(4), 1016-1033.
- Wrase, J., Grüsser, S. M., Heinz, A. (2006). Cue-induced alcohol craving. Neurobiological correlates and clinical relevance. *Der Nervenarzt*, 77(9), 1051-2.
- Young, S., Toone, B., & Tyson, C. (2003). Comorbidity and psychosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 35(4), 743-755.

EKLER

Ek-1. Demografik bilgi ve alkol öyküsü formu

ALKOL BAĞIMLILIĞINDA RELAPS VE REMİSYONU BELİRLEYEN ETKENLER ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Demografik bilgi ve alkol öyküsü formu

Aşağıda verilen sorular alkole başlama, içmeyi sürdürme, bırakma ve yeniden başlamada hangi etkenlerin önemli olduğunu belirlemeye yönelik bir bilimsel çalışma için veri sağlayacaktır.

Birinci bölümde kişisel bilgiler, ikinci bölümde ise alkol alımınızla ilgili sorular vardır. Soruları okuduktan sonra size uygun yanıtı işaretleyiniz ve gerekli yerlerde açıklamalarınızı belirtiniz. Seçeneklerin gösterilmediği sorularda açık olarak yanıtınızı yazınız.

Bölüm 1: Kişisel bilgiler

1. Adınız-soyadınız:.....
2. Yaşınız:..... 3. Yaşadığınız şehir:.....
4. Eğitim durumunuz: Okuma-yazma var
 İlkokul
 Orta/lise
 Yüksek okul
5. Mesleğiniz:.....
6. Yapmakta olduğunuz iş: Yok
 Var (Belirtiniz:.....)
7. Medeni durumunuz: Hiç evlenmemiş
 Evli / birlikte yaşıyor
 Eşinden ayrı / boşanmış
 Tekrar evlenmiş
 Dul
8. Çocuğunuz: Yok
 Var (Sayısı:

Bölüm 2: Alkol öyküsü

9. Ne kadar süredir alkol almıyorsunuz (ay olarak)?

10. İlk kez kaç yaşında alkol aldınız?

11. Alkol kullanmaya başlamanızda hangisinin rolü vardır?

- Merak
- Ailede içen birinin olması
- Arkadaş çevresi
- Sıkıntı ve üzüntüyü giderme amacıyla
- Diğer (Belirtiniz.....)

12. Alkol kullanmaya başladıktan sonra bunun etkilerini nasıl tarif edersiniz?

Olumlu (Belirtiniz:.....)

Olumsuz (Belirtiniz:.....)

13. Başladıktan kaç yıl sonra düzenli olarak alkol kullanmaya başladınız?

14. Düzenli içmeye başladığınız ilk 5 yılda içme sıklığınız hangisine uyar?

- Değişiyordu
- Haftada bir kez
- Haftada iki kez
- Gün aşırı
- Her akşam

15. Düzenli içmeye başladığınız ilk 5 yılda her seferinde tükettiğiniz içkiyi tür ve miktar olarak belirtiniz.

16. Alkolü bırakmadan önceki son 3 yıl içinde hangi sıklıkla içmekteydiniz?

- Değişiyordu
- Haftada iki kez
- Gün aşırı
- Her akşam
- Gün boyunca

17. Alkolü bırakmadan önceki son 3 yılda tükettiğiniz içkiyi tür ve miktar olarak belirtiniz.

18. Alkol almadığınız en uzun süre ne kadardır (ay olarak)?

19. Ailede ya da yakın akrabalar arasında alkol kullanımı sorunlu olan kimse var mı?

Hayır

Evet (Yakınlık dereceniz:.....)

20. Alkolün sizin için sorun oluşturduğunu ilk kaç yıl önce fark ettiniz?

21. Bir önceki soruyla ilgili açıklama yapar mısınız?

22. İçkiyi azalttığınız ya da kestiğiniz zaman aşağıdaki belirtilerden hangilerini yaşadınız?

Titremeler

Uykusuzluk

Sıkıntılı ya da çökkün hissetme

Terleme

Çarpıntı

Mide ağrısı

Baş ağrısı

Halsizlik

Gerçekte bulunmayan şeyleri görme ya da işitme

Bayılma (sara nöbeti)

Diğer (Belirtiniz:.....)

23. İçkiyi azalttığınız ya da kestiğiniz zaman kendinizi kaybedip fiziksel durumunuzda acil tıbbi müdahaleyi gerektirecek bir kötüleşme oldu mu? (Delirium tremens)

Hayır

Evet

Yantınız "evet" ise kaç yıl içinde kaç kere?

24. Bağımlılığın sonucu olarak doktor tarafından belirlenmiş fiziksel bir hastalığınız var mı?

(Örnek: karaciğer sirozu)

25. Bunun dışında belirlenmiş fiziksel bir hastalığınız var mı?

Yok

Var (Belirtiniz:.....)

Var ise ne tedavi gördünüz / görmektesiniz?

26. Alkollü iken kendinize ya da çevrenize zarar verdiğiniz oldu mu?
- Hayır
- Evet (Açıklayınız:
27. İntihar düşünceleriniz hiç oldu mu?
- Hayır
- İntihar girişimim oldu
- İntiharı planladığım oldu
- İntihar düşüncelerim oldu
28. İçtiğiniz zaman bulunduğunuz yeri ve yaptığınız şeyleri hatırlamadığınız zaman dilimleri oldu mu? (Film koparma)
- Hayır
- Evet
- Evet ise
- a. son 5 yılda kaç kez?
- b. en fazla ne kadar süre ile?.....
29. İşyerinizde içkiniz nedeniyle disiplin cezası aldığınız mı ?
- Hayır
- Evet (Belirtiniz:.....)
30. Alkollüyken yasalarla başınız derde girdi mi ?
- Hayır
- Evet (Belirtiniz:.....)
31. Alkolün sizin için sorun olduğunu gördükten sonra tedavi kararı almanız için geçen süre ne kadardı ?
32. İçme davranışınızı ele alıp denetlemeyi düşünmenizde aşağıdakilerden hangisinin rolü vardır?
- Bedensel sorunlar
- Aile içi sorunlar
- İş yeri sorunları
- Yasal sorunlar
- Diğer (Açıklayınız:

33. Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi ?

Hayır

Evet

“Evet” ise 34 soruya, “hayır” ise 35 soruya geçiniz.

34. Alkolü bırakmayı hangi yolla denediniz ? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Yakınlarımdan yardım istedim.

Din hocalarına baş vurdum.

Adsız Alkolikler Derneği'ne baş vurdum.

Danışmadan ilaç kullandım.

Diğer (Belirtiniz:.....)

35. Alkol bağımlılığı nedeniyle kaç kez detoks tedavisi gördünüz ?

a. Yatarak.....

b. Ayaktan.....

36. Alkol bağımlılığıyla ilgili olarak psikoterapiye katıldınız mı?

a. Bireysel psikoterapi Hayır

Evet

b. Grup psikoterapisi Hayır

Evet

Dilerseniz açıklama yapabilirsiniz.

37. Tedavinin en son gününden itibaren içmediğiniz en uzun süre ne kadardır ?

38. İçmediğiniz dönemlerde yaşamınızda ortaya çıkan (olumlu / olumsuz) değişiklikler nelerdir?

Açıklayınız:

39. Serum tedavisinden sonra başlanan ve hala kullandığınız bir ilaç var mı?

Hayır

Evet (Belirtiniz:.....)

40. Tedavi amacıyla herhangi bir kurum ya da profesyonel bir kişiyle devam eden ilişkiniz var mı ?

Hayır

Evet (Belirtiniz:.....)

Ek-2. Wender Utah derecelendirme Ölçeği

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydim.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydim, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

Ek-3. Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Alkol kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.					
2. Bazen ben alkolik miyim diye merak ediyorum.					
3. Eğer yakın zamanda alkol kullanmamı değiştirmezsem sorunlarım giderek kötüleşecek.					
7. Bazen alkol kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.					
8. Ben sorunlu bir alkol kullanıcısıyım.					
10. Alkol kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığıma geri dönmek için yollar arıyorum.					
11. Alkol kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.					
12. Bazen alkol kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.					
13. Alkol kullanmam birçok zarara yol açıyor.					
14. Alkol kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.					
15. Daha önce sahip olduğum alkol kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.					
16. Alkol kullanma sorunum olduğunu biliyorum.					
17. Alkolü çok fazla mı içiyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.					
18. Ben bir alkolığım.					
19. Alkol kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.					
20. Alkol içmemde bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi içmeye geri dönmek için yardım istiyorum.					

Ek-4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ				
Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.				
	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizden kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çarpanmada veya cıdızlanmada size güven ya da huzur veren bir şeyler yaptır mısınız?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmadan önce ağır stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmadan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili ağır stres yaşadınız mı?				
7- Güzellik işlerinizi aksadığında çok huzursuz olar mısınız?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğunda değişiklikleriniz mi? Örneğin çok ağır bağı olmamdan dolayı.				
9- İhtiyaç veya diğer dâhilî ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınımda tutmak için çok fazla konuşduğumuza fark ettiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onları nerede olduğun konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çekti mi? Örneğin bir yakınızın evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsunuz daha kolay ayırdığınızı fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınız dönemlerde çok sıkı düşünür mü?				

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ DEVAMI				
Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.				
	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15- Evinizden uzakta olmaya ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınız ciddi bir mesele görebileceği hakkında çok fazla endişelendiniz mi? Örneğin, bir trafik kazası geçirirler veya ölümcül bir hastalığa yakalanırlar gibi.				
17- Güzellik uğraşları işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlarınızı kurmanız engelleyecek düzeyde olmasın sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemdiğiniz insanlarla sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelendiniz mi?				
19- Hiç, evde ya da yatak odasında kişilerle birlikte daha iyi uyuduğumuza fark ettiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde olduğunda, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınız ya da onları sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle dâhilî olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınıza fark ettiniz mi?				
23- Önemdiğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onları yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25- Sizi, yakın olduğunuz kişilerden ayrılabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelendiniz mi? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuşuyoruz" söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğunda endişelendiniz mi?				

Ek-5. Sosya Uyum Kendini Değerlendirme ölçeği

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları şu anki fikrinize göre cevaplamamız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

- | Bir işiniz var mı? | Evet | Hayır | |
|---|---|-----------------------------|----------------------------------|
| Cevabınız Evet ise: | | | |
| 1. İşinize ilginiz nasıl? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok | <input type="checkbox"/> Orta | <input type="checkbox"/> Az | <input type="checkbox"/> Hiç yok |
| Cevabınız Hayır ise: | | | |
| 2. Ev işlerine ilginiz nasıl? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok | <input type="checkbox"/> Orta | <input type="checkbox"/> Az | <input type="checkbox"/> Hiç yok |
| 3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken: | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok zevk alıyorum | <input type="checkbox"/> Orta düzeyde zevk alıyorum | | |
| <input type="checkbox"/> Az zevk alıyorum | <input type="checkbox"/> Hiç zevk almıyorum | | |
| 4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok | <input type="checkbox"/> Orta | <input type="checkbox"/> Az | <input type="checkbox"/> Hiç yok |
| 5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok iyi | <input type="checkbox"/> İyi | | |
| <input type="checkbox"/> Fena değil | <input type="checkbox"/> Tatmin edici değil | | |
| 6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok sık | <input type="checkbox"/> Sık | | |
| <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Hiç | | |
| 7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl? | | | |
| <input type="checkbox"/> Çok iyi | <input type="checkbox"/> İyi | | |
| <input type="checkbox"/> Fena değil | <input type="checkbox"/> Tatmin edici değil | | |
| 8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı? | | | |
| <input type="checkbox"/> Birçok insanla var | <input type="checkbox"/> Birkaç insanla var | | |
| <input type="checkbox"/> Pek az insanla var | <input type="checkbox"/> Hiç kimseyle yok | | |

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?
() Çok gayret ederim () Gayret ederim
() Orta derecede gayret ederim () Gayret etmem
10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil
11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?
() Çok değer veririm () Değer veririm
() Çok az değer veririm () Hiç değer vermem
12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?
() Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç
13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?
() Her zaman () Sıklıkla
() Nadiren () Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindedesiniz?
() Tamamen () Orta derecede
() Az () Hiç
15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman