

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**ALKOL BAĞIMLILIĞINDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKENİN
TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cengiz CENGİSİZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Artuner DEVECİ

Manisa, 2013

TEŐEKKÜR

Asistanlığım süresince iyi bir psikiyatrist olmam adına bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Alkol-Madde Bağımlılığı alanında çalışmayı sevdiren , tez konusu seçerken beni heveslendiren ve gerek tezimin yürütme aşamasında, gerekse yazma aşamasında her türlü konuda destek aldığım tez danışmanım Doç.Dr. Artuner DEVECİ'ye,

Asistanlık eğitimim boyunca hep birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hekimlik sanatını bana seviren- zekası ve şevkine her zaman hayran olduğum- eniştem J.Tbp.Bnb.Sebahattin KARAMAN'a ,

Eğitim hayatım boyunca tüm zorluklara göğüs germemi sağlayan aileme,

Tezimin yazım aşamasında hep yanımda olan kardeşim, Dr.Hakan AKYOL'a teşekkürü borç biliyorum.

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....ii

İçindekiler.....iii

I. Giriş.....iv

II. Genel Bilgiler

2.1. Alkol Bağımlılığı

2.1.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi ve Tanımı

2.1.2. Madde Bağımlılığının Başlamasında Etkili Etmenler

2.1.3. Alkol Bağımlılığı için Tanı Ölçütleri

2.1.4. Pratik Açıdan Alkol Bağımlılığı Süreci

2.1.5. Alkolün Nörobiyolojik Etkileri

2.2. Aleksitimi

2.2.1. Aleksitimi Nedir?

2.2.2. Aleksitimi ile İlişkili Etmenler

2.3. Öfke

2.3.1. Öfke Nedir?

2.3.2. Öfke ile İlişkili Etmenler

2.4. Alkol Bağımlılığında Tedavi Motivasyonu

2.4.1. Alkol Bağımlılığında Tedaviye Motivasyon Nedir?

2.4.2. Alkol Bağımlılığında Tedavi Motivasyonunu Etkileyen Etmenler

III. Gereç ve Yöntemler

3.1. Araştırma Modeli

3.2. Evren ve Örneklem

3.2.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

3.3.2. DSM-IV SCID-I Klinik Versiyon

3.3.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

3.3.5. Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

3.3.6. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

3.3.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

3.3.8. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

IV. Bulgular

4.1. Örneklem Sosyodemografik Özellikler

4.2. Örneklem Klinik Özellikleri

4.3. Tedavi Motivasyonu ile Aleksitimi ilişkisi

4.4. Tedavi Motivasyonu ile Öfke ilişkisi

4.5. Tedavi Motivasyonu ile Alkol Kullanım Şiddeti ilişkisi

4.6. Tedavi Motivasyonu ile Depresyon ilişkisi

4.7. Tedavi Motivasyonu ile Anksiyete ilişkisi

V. Tartışma

5.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

5.2.Tedavi Motivasyonu ile Aleksitimi ilişkisi

5.3. Tedavi Motivasyonu ile Öfke ilişkisi

5.4. Tedavi Motivasyonu ile Alkol Kullanım Şiddeti İlişkisi

5.5. Tedavi Motivasyonu ile Depresyon ve Anksiyete İlişkisi

VI. Sonuçlar ve Öneriler

6.1.Sonuçlar

6.2.Öneriler

6.4.Çalışmanın Güçlü Yanları

6.3.Çalışmanın Sınırlılıkları

VII. Özet

VIII. Abstract

IX. Ekler

9.1.Ek.1. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

9.2.Ek.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

9.3.Ek.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

9.4.Ek.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

9.5.Ek.5. Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

9.6.Ek.6. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

9.7.Ek.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

9.8.Ek.8. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

X. Kaynaklar

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) alkol bağımlısını "uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hastadır" diye tanımlar. Bir başka tanımında ise; alkolün işine engel olduğunu değil de işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişiyi alkol bağımlısı olarak görür. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) sınıflamasında (DSM-IV-TR) alkol bağımlılığı "Madde Kullanım Bozuklukları" başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır (1).

Alkol bağımlılığı önemli sağlık sorunları, ayrıca sosyal ve ekonomik sorunlara neden olur. Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastaların %20'sinde alkol kullanım bozukluklarına rastlanmaktadır. Ayrıca alkoliklerin %40-50'sinde alkol tarafından ortaya çıkartılan psikiyatrik bozukluklara rastlanmaktadır. Alkol bağımlılığı ortalama yaşam süresini 10-15 yıl kısaltır. Erken tanı ve etkili müdahale bu sorunlarda belirgin azalma sağlar (2). Tedavinin başlangıcında hastanın durumunu değerlendirme, alkolü bırakma konusunda motivasyonunun artırılması, daha sonra alkolden arındırma, uzun süreli tedavi planının yapılması uygun olur. Tedavinin amaçlarından biri içme davranışındaki relapsların önlenmesidir. Tedavide uzun süre kalmanın prognozu daha olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Bu, olasılıkla daha motive olan hastaların, tedaviye daha uzun süre devam etmeleri ve daha iyi prognozlarının olması nedeniyledir.

Aleksitimi terimi ilk kez Sifneos tarafından 1973 yılında emosyonel işlevsellikte kısıtlılık, fantezi yaşantısında yetersizlik ve duyguları ifade etmek için uygun söz bulamama şeklinde bir kişilik özelliğini tanımlamak üzere kullanılmıştır. Çeşitli araştırmalarda psikosomatik hastalığı olan, somatik belirtileri ön planda olan psikiyatrik tanılı hasta gruplarında ve somatik yakınmaları olan normal örneklemelerde aleksitimik özelliklerin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (3,4). Psikosomatik ve somatoform bozukluk tanısı alan hastaların aleksitimi puan ortalamaları diğer psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalardan ve normal popülasyondan daha yüksek bulunmuştur. Ancak klinik araştırmalar aleksitiminin psikosomatik hastalıklara özgü olmadığını ve çeşitli psikiyatrik yada

bedensel rahatsızlıkları olan kişilerin de aleksitimik özellikler sergileyebildiklerini göstermiştir (5).

Aleksitimi ile ilgili yapılan karşılaştırmalı araştırmalar alkol bağımlılarında ve kalıtsal olarak yüksek alkol bağımlılığı riski altında bulunanlarda aleksitimik özelliklerin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir (6,7,8). Rybakowski ve Ziolkowski (1991), 100 erkek alkol bağımlısının 79'unda aleksitimik kişilik özelliği saptamışlardır (10). Ziolkowski ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları diğer bir araştırmada ayaktan tedavi gören ve alkol kullanmayan 60 erkek alkol bağımlısı hastanın %48'inde aleksitimi saptanmıştır (8). Başka bir araştırmada psikoaktif madde bağımlılarının %41.7'si hastaneye yattıkları ilk hafta içinde aleksitimik aralıkta yer almıştır. Bu araştırmada alkol, madde ve karışık madde grupları arasında fark saptanmamıştır (6). Diğer bir araştırmada ise yatarak tedavi gören 46 alkol bağımlısı hastada aleksitimi oranı %67.4 olarak bulunmuştur (9).

Genelde temel bir strese yanıt olarak ortaya çıktığı düşünülen öfke günlük yaşamda sıkça rastladığımız bir duygudur (11). Spielberger ve arkadaşları (1991) öfkeyi, basit bir sinirlilik ya da kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlamaktadır (12). Genel olarak öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal tepkidir. Öfke diğer duygular gibi son derece doğal, evrensel ve sağlıklı olarak ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzeltici olabilen bir duygudur. Ancak öfke kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansiyarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir. Genelde insanlar öfke ile ilgili olarak ne kadar sıkıntıları olsa da genellikle bunu kabul edip konuyla ilgili yardım istemek yerine öfke ve benzeri duygularını daha çok bastırmaya, inkar etmeye ve yok saymaya çalışırlar. Öfke uyandıran durumlara karşı her bireyin kendine özgü bir baş etme ve duyguyu ifade etme şekli bulunmaktadır. Öfke kendisini saldırganlık ile gösterebileceği gibi bastırılmış öfke olarak hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kanser gibi pek çok fiziksel hastalıklarla da ortaya çıkabilir (12,13).

Öfke psikiyatrik hastalıklarda yaygın görülen bir belirtidir. Öfke, düşmanlık ve irritabilitenin unipolar depresif bozukluğu olan hastalarda oldukça sık görüldüğü, depresif

semptomatolojinin bir parçası olarak kabul edildiği belirtilmektedir (14). Bastırılmış ve içselleştirilmiş öfke ile depresyon arasında önemli bir ilişki vardır (15,16). Bununla birlikte öfkenin açıkça ifade edilmesinin de, depresyonla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (17). Depresyonu olan hastaların yaklaşık üçte birinde öfke nöbetlerinin görüldüğü bilinmektedir (18). Sayar ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir araştırmada, öfke nöbeti olan hastaların olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon ve kaygı gösterdikleri bulunmuştur. Öfke ile kaygı bozuklukları arasında da bir ilişki bulunmaktadır (19). Fava ve arkadaşları (1990) öfke atakları olan pek çok hastanın kaygı veya panik düzeylerinin de yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Başka bir araştırmada, kaygının öfkenin sonuçlarından birisi olduğu ve öfke azaltıldığı zaman kaygı belirtilerinin de azaltıldığı belirtilmektedir (20).

Bağımlı hastaların acısını öfke ile, öfkeyi de bağımlılığı ile örtmesi alışlagelmiş bir davranış şeklidir. Bu durumda önemli olan öfkenin doğru tanımlanması ve bağımlılık sürecinde göz ardı edilmesini önlemektir. Alkol kullanımında depresyon ve anksiyete konularına göre öfkenin rolü konusunda daha az bilgi var idi. Bir araştırmada, 426 erkek ergende öfkenin alkol kullanım miktarını ve sıklığını arttırdığı şeklinde bulgu saptanmıştır (21).

Bu araştırmada aleksitimi ve öfkenin alkol bağımlılığı tedavisi üzerinde, özellikle tedavi motivasyonuna etkisi incelenecektir. Bu amaca yönelik olarak tedavisi düzenlenen alkol bağımlılığı hastalarının tedavi motivasyonunu etkileyebilecek aleksitimi ile sürekli öfke düzeyi, öfke kontrolü, dışa yansıyan öfke ve bastırılmış öfke açısından değerlendirilmesi sağlanacaktır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL BAĞIMLILIĞI

2.1.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi ve Tanımı

Madde kullanımı binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Opiyum, tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır. Antik Çin'in bitkisel tedavilerinde kannabis ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Alkol ve diğer maddelere bağlı sarhoşluktan İncil'de, Yunan ve Roma dönemi yazıtlarında söz edilmektedir. Asya'da 18. ve 19. yüzyıllarda opiyum içiciliği büyük sorunken, 19. yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilebilir olmuştur. İntravenöz morfin ve eroin kullanımı 20. yüzyılın başlarında yayılmıştır (22). 16. yüzyılda İspanyol işgalciler koka yapraklarını çiğnemenin dayanıklılığı arttırdığını bildirmişler ve 1855 yılında kokain alkaloid olarak izole edilmiştir. Kuzey Amerika'da 1880 ve 1890'larda kokain birçok hastalığın tedavisi için yaygın şekilde kullanılır hale gelmiştir. Ağır bağımlılık durumlarının ve aşırı doza bağlı ölümlerin görülmesi nedeniyle 1914'te kokain kullanımına yasal kısıtlama gelmiştir. Bununla birlikte Amerika'da kokain kullanımı azalmış, yerini özellikle II. Dünya Savaşı sırasında askerlerce çok kullanılan amfetaminler almıştır (23). Alkol kullanımının hastalık olarak kabul görmeye başlaması ise 14. yüzyıldan sonra olmuştur. Tıbbi kavram olarak ise 19. yüzyıl ortalarında "alkolizm" şeklinde kabul edilmiştir. Alkolizm sözcüğü ilk kez 1856 yılında Magnus Huss tarafından kullanılmıştır.

Bağımlılık, bireylerin kendilerinin ruhsal ve bedensel sağlığına ya da sosyal yaşamına zarar vermesine karşın belirli bir eylemi yinelemeye yönelik önüne geçilmez bir istek duymaları halidir. Biyolojik, psikolojik, sosyal ve davranışsal boyutları olan bir durumdur. "Madde" kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duygudurum, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir değişiklik yaratan her türlü kimyasal olarak tanımlanabilir (24, 25).

Uluğ'a (1997) göre madde bağımlılığı, maddenin kişinin yaşamında merkezi bir rol oynuyor oluşunu, bireyin madde alımı üzerindeki kontrolü kaybetmiş olmasını ve maddeye bağlı bedensel ve psikolojik sorunların varlığını göz önünde tutan geniş bir bağımlılık kavramıdır (26).

2.1.2. Madde Bağımlılığının Başlamasında Etkili Etmenler

Maddelerin etkileri, bağımlılığın gelişme sürecinde önemli bir yer tutsa da, bağımlıların madde etkilerini aynı şekilde yaşamadıkları veya aynı grup etmenlerle motive olmadıkları kabul edilmektedir. Sürecin farklı evrelerinde farklı etmenlerin önemli olabileceği vurgulanmaktadır. Bir maddenin ilk denemesinde, maddenin bulunabilirliği, toplumsal kabul ve akran baskısı ana belirleyiciler olmaktadır. Bunun yanında kişilik, biyoloji gibi diğer etmenler ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlı madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yol açacağını belirlemektedir. Maddenin özgül etki mekanizmaları da içeren diğer etmenler hala madde kullanımını madde bağımlılığına taşıyan temel belirleyici olabilirken, diğer etmenler madde kullanımı yan etkilerini veya bağımlılıktan başarı ile iyileşmeyi belirleyen önemli etkilere sahiptir (27).

2.1.3. Alkol Bağımlılığı için Tanı Ölçütleri

Alkolizm zaman içinde farklı şekillerde tanımlanmıştır. En son tanımlama 1994 yılın APA tarafından yapılmıştır. Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV -R'ye göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (28);

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

1) Aşağıdakilerden biri ile tanımladığı üzere tolerans gelişimi olması:

a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma örüntüsü

b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki

sağlanması

2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Alkole özgü yoksunluk sendromu.

b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı.

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) Alkolu sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

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 bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

2.1.4. Pratik Açıdan Alkol Bağımlılığı Süreci

Alkol bağımlılığının gelişim aşamaları üç aşamada değerlendirilebilir (29);

1. Yoksunluk aşaması: Düzenli olarak haftada 3- 4 kez alkol alan bir kişi yaklaşık beş yıl sonra sabahları kalktığında hafif baş ağrıları, gerginlik, sıkıntı, huzursuzluk hissetmeye baslar. Bu belirtiler "akşam fazla kaçırmaya" bağlanmaktadır. Oysa bağımlılık bu aşamada bir uzman gözü ile başlamıştır. Bu arada kişinin kullandığı günlük alkol miktarı ilk kullandığının yaklaşık %50'sinin üzerine çıkmıştır. Bu aşamada hissedilen sorunlar soda vs. gibi sıvılarla geçistirilmeye çalışılır. Hatta bazen kişi bir iki hafta ara verir. Bu aşama yaklaşık 5 yıl kadar devam eder.

2. Kontrol kaybı aşaması: Bu aşama 10. yılbaşlarına rastlar. Kişi niyetlendiğinin çok üzerinde ve sürelerle alkol kullanmaya başlamıştır. Artık çevresindekiler tarafından eleştirilmeye başlar, arkadaşlarını yavaş yavaş kaybeder. Bu arada yakın çevresi tarafından da az icmesi konusunda uyarılır. Kisi sabahları daha fazla ve siddetli yoksunluklar yaşamaya baslar, ise gitmemeler olabilir, aile icinde catısmalar yavas yavas artar. Bu durumun "caresi" olarak bağımlı sabah veya öğlen arasında da alkol alabileceği ortamlar yaratır. Eş yemekleri, araba veya isyerine bar kurma gibi ozellikler gorulebilir. Kişi kontrol kaybı nedeniyle kaybettiği "prestiji" "jestlerle" karsılamaya calısır. Bu donemin sonunda sorunlar oldukca belirginlesmistir. Alkol bırakma süreleri aylarca surebilir.
3. Biyopsikososyal hasar asaması: Bu asamada karaciğer bozulmus, ruhsal anlamda tedavi edilmesi gereken bir sorun olusmus (depresyon, uykusuzluk vs), is yasantısı bozulmus, aile sorumlulukları belirgin olarak azalmıştır.

Bugün alkol bağımlılığı toplumların en büyük sağlık sorunlarından biridir. Yapılan araştırmalar toplumlari olusturan bireylerin %90'ının yasamlarının bir doneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kotuye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu gostermektedir (27). ABD' de alkol bağımlılığının yasam boyu gorulme sikligi erkekler icin %10, kadınlar icinse %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. Ülkemizde alkol bağımlılığının sikligi ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kisi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel populasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görölme sikligi %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmistir. Akvardar ve arkadaşlarının (2003) İstanbul'da 12-65 yasları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları araştırmada alkol kullanım yaygınlığı %25.6, problemlı alkol kullanım yaygınlığı ise %6.8 olarak saptanmıştır (30).

2.1.5. Alkolün Nörobiyolojik Etkileri

Etanol kısa zincirli alifatik alkoller olarak bilinen organik bileşenlerin bir üyesidir (31). Önemli özelliği suda ve yağda çözünmesidir. Bu yüzden noronlarda dahil olmak üzere hücrelerin membranlarındaki fonksiyonel elemanları etkileme yeteneğine sahiptir. Alkol çeşitli nörotransmitter sistemler üzerinde etkili olabildiği için, etki mekanizması da nonspesiftir. Akut alkol entoksikasyonu, GABA reseptor aktivitesi, serotonerjik aktivite, endorfin salınımı ve beyin ödül merkezlerinde önemli etkilerde bulunabilir.

Akut alkol alımı MSS üzerinde depresan etki oluşturur ve noronal aktiviteyi baskılar. Çeşitli çalışmalar alkolün sadece GABA-A reseptörlerindeki inhibitör transmisyonu artırarak değil, aynı zamanda NMDA alt tipindeki glutamat reseptörlerinde eksitator transmisyonu azaltarak etkili olduğunu göstermektedir. Yani alkol inhibisyonu artırır ve eksitasyonu azaltır. GABA-A bir kloroid kanalına bağlıdır ve bu şekilde hücre içine klor iyonu gecisini düzenler (31). Noronların çoğunda GABA-A reseptörlerinin uyarılması iyon kanallarının açılması ve hücrenin hiperpolarize olması ile sonuçlanır. Etanol GABA-A reseptörleri üzerinden etki ile noronal ateşleme hızını azaltır ve davranışlar üzerinde depresan etki gösterir. GABA-A reseptörlerinin tümü etanole duyarlı değildir. Yapılan elektrofizyolojik çalışmalar medial septum, substansiya nigra retikulata, inferior kollikulum, globus pallidum, kırmızı nükleus ve ventral pallidumdaki GABA-A reseptörlerinin etanole duyarlı olduğunu buna karşın, ventral tegmental bölge, hipokampus ve lateral septumdaki GABA-A reseptörlerinin duyarlı olmadığını göstermiştir (30). Alkolün GABA-A reseptör aktivitesinde yaratmış olduğu artış, kronik alkol alımı sonucu kompensasyon için GABA-A reseptör sayısının azalmasına yol açar.

Glutamat amino asit yapılı santral sinir sisteminin major eksitator nörotransmitteridir (32). Eksitator amino asit reseptörleri içinde alkole en duyarlı olan glutamat NMDA reseptörleridir. Alkol bir glutamat antagonistidir ve NMDA reseptörlerini bloke eder. Alkol NMDA reseptörleri üzerinden katyonik iletimi azaltarak

glutamat aktivitesini inhibe eder. NMDA reseptorleri, öğrenme, bellek işlevleri ve nöbet aktivitesinde önemlidir. NMDA reseptorleri öğrenme ve belleği sağlayan hücredeki uzun süreli süreçlerle giden uyumsal değişikliklerin başlatıcısı ve yürütücüsü olarak görünmektedir (31). Ayrıca dopamin üzerinden alkolün pekiştirici etkisinde de NMDA reseptorleri rol oynar. Uzun süre alkol alımına karşılık gelişen önemli bir nöroadaptasyon NMDA reseptörlerinin up-regulasyonudur (31, 32). Bu durum yoksunluk halinde alkolün inhibitör etkisi ortadan kalktığı için artmış eksitator nörotransmisyona neden olur. Bu durum hücreye aşırı miktarda kalsiyum girmesine ve eksitator hücre ölümüne yol açar. Bunun sonucunda tremor, hipertansiyon, terleme ve bilişsel defisitler ortaya çıkar. Kısacası, alkol bağımlılığında NMDA değişiklikleri hem nöbet oluşumunu hem de organik beyin bozuklukları riskini arttırmaktadır (31).

Serotonin, vücut ritimlerinin, iştahın, seksüel davranışın ve duygudurumun düzenlenmesine yardımcı olan bir nörotransmitterdir (33). Alkol bağımlılarında impulsivite, anksiyete, depresyon gibi bozuklukların olması, alkol bağımlılığında serotoninin de rol oynayabileceğini göstermektedir (31). Alkolün serotonin işlevlerinde artışa yol açabildiği, bu yüzden insanların serotonin disfonksiyonu ile ilişkili emosyonel bozukluklara yönelik bulguları azaltmak için alkol kullandığı düşünülmektedir. Ayrıca serotoninin alkol tüketiminde de etkisi olabileceği üzerinde durulmaktadır (34).

Alkol alımı kotuye kullanılan diğer maddeler gibi nukleus accumbens' te dopamin artışına yol açar. Dopamin salınımının madde kullanımındaki pekiştirici etkisi düşünüldüğünde bu farmakolojik etkinin insanların alkole bağımlı hale gelmesindeki rolü daha iyi anlaşılabilir (34). Ventral tegmental alandan, prefrontal korteks ve amigdala gibi diğer ön beyin bölgelerine yapılan dopamin projeksiyonları alkol alımının şekillenmesinde büyük rol oynar (35,36). Etanol ventral tegmental alandaki dopamin fonksiyonlarını indukleyerek ve hücre dışındaki dopamin konsantrasyonunu yükselterek, mezokortikolimbik ödül sisteminin etkin hale gelmesini sağlar (31). Etanol akut olarak mezolimbik dopamin nörotransmisyonunu aktive etmesine rağmen, kronik alkol kullanımı ventral tegmental alandaki ve hücre

dışındaki dopamin seviyesini azaltır.

Alkolün pekiştirici etkileri teorik olarak, GABA ve glutamat üzerinde yol açtığı değişiklikler, mezolimbik dopamin sistemindeki dopamin salınması üzerindeki etkileriyle sağlanmaktadır. Ayrıca, odullendirme sisteminde hem opiyatların hem kanabinoidlerin salınmasına da neden olmaktadır. Alkol farmakolojik etkilerini merkezi sinir sisteminde (MSS) membran lipidleri, NMDA (N-metil-DAspartat) reseptörleri, GABA-A (Gamaaminobutirikasit) reseptörleri, G proteinleri ve diğer membran yapıları üzerinden göstermektedir. Bağımlılık sürecinde GABA-A ve NMDA reseptörlerinin rolü olabilir. Bunun yanında alkolün MSS'deki bütün yapılar, oluşumlar ile dolaylı da olsa bir etkileşim içinde olduğu unutulmamalıdır (37).

2.2. ALEKSİTİMİ

2.2.1. Aleksitimi Nedir?

İlk olarak 1948 yılında Ruesch analitik terapiye aldığı psikosomatik hastalarda yaptığı gözlemlerde, bu hastaların diğer nevrotik hastalardan farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini belirtmiştir. Bu kişilerin duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolu bedensel tepkilerdir. Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu özellikleri “çocuksu kişilik (infantil personality)” olarak kavramsallaştırmıştır. 1949 yılında Mac Lean bir makalesinde psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşıp sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, otonom yollarla ifade edildiğini, yani organ diline çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulamıştır. Yani psikosomatiklerde yaşanan duygular hipotalamustan geçerek neokortekse ulaşamamakta, amigdalada takılıp kalmaktadır.

İlk defa Sifneos 1972 yılında bu türden duygusal sorunları anlatmak için aleksitimi kavramını kullanmıştır. Kelime anlamı olarak aleksitimi Yunanca'da *a= yok*, *lexis= söz*, *thymos=duygu* anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır.

En basit tanımıyla duygularını fark etme, tanıma, ayırdetme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan aleksitimi klinik alanda ortaya çıkmış bir terimdir. Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyon çok önemli bir yer tutmasına rağmen, yapılan araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatik semptomlar arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanıtlanamamıştır. Aleksitimi başlangıçta ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla ortaya atılmışken zaman içinde aleksitiminin sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü fark edilmiştir. Başlarda somatizasyon bozukluğu için etyolojik bir önemi olduğu düşünölmekteyken günümüzde bunu söylemek çok mümkün değildir (38).

2.2.2. Aleksitimi ile İlişkili Etmenler

Aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-költürel faktörlerin etkisi de önemli yer tutar. Aleksitimiklerin özellikleri, toplumsal yaşama yabancılik, sanki ayrı bir dünyadan gelmiş izlenimi verme, duygularını fark etme ve ifade etmekte zorluktur. Günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimselerdir. Ancak duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşarlar (39).

Aleksitimik kişilik özellikleri dört temel başlık altında toplanmaktadır:

- 1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü
- 2- Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık
- 3- Operasyonel düşünme biçimi
- 4- Dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (38).

Araştırmalarda sağ hemisfer hasarı olan kişilerin aleksitimik belirtiler gösterdiği, yine beynin sağ ve sol hemisferleri arasındaki corpus callosum disfonksiyonunun da aleksitimiye neden olduğu gösterilmiştir. Sağ hemisferin duyguları işlemede ve düzenlemede, dilin duygusal öğelerini tanıma ve ifade etmede önemli rol oynadığı ve buna bağlı olarak aleksitimik belirtilerin oluştuğı bulgularına ulaşmışlardır. Aleksitimi

oluşumunda duyguların dışavurumunda önemli rolü olan frontal lobda meydana gelen sorunların da önemli yer tuttuğu bildirilmektedir (40).

Aleksitiminin üç önemli özelliği (duyguları ifade güçlüğü, düşlem eksikliği, içe vuruk düşünme eğilimi) ile sağlıklı ego savunmaları ve baş etme stilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ancak bazı araştırmacılara göre aleksitimi bir savunma mekanizması yada baş etme biçimi olmaktan çok, duygusal-bilişsel bir bozukluktur (41-42). Aleksitimi kavramı batı felsefesinden etkilenmiş olan psikodinamik perspektiften köken almıştır. Bu kültür, özelliği gereği duyguların dışa vurulmasının olgun ve sağlıklı olduğunu savunmaktadır. Doğu kültürlerinde psikiyatrik hastalıkları ve duygu dışavurumlarını inceleyen araştırmacılar, doğu kültürlerinde duygunun sözel ifadesinin çok yaygın olmadığını saptamışlardır. Psikik distressin somatizasyon şeklinde yada entellektüalize edilmiş sözel anlatımları şeklinde ifade bulduğu görülmüştür (43). Bazı toplumlarda somatizasyon sosyal desteği sağlaması veya koruması nedeniyle de ayrı bir önem taşır. Ülkemizde yürütülen çok sayıda çalışmada hastaların çok sayıda somatik yakınmasını strese bağladığı ancak çözümünün psikiyatri dışı nedenlerle sağlanabileceğini düşündükleri görülmüştür. Birçok psikosomatik belirti için özel dil kullanan bölgeler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarında ülkemiz somatik hastalıklar açısından üst sıralarda bulunmaktadır (44).

Loas (45), aleksitiminin genel popülasyonda görülme sıklığının %23, öğrenci grubunda ise %17 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kokkonen ve arkadaşları (42), 5993 kişilik örneklem grubunda yürüttükleri çalışmada erkeklerin %9.4'ünün, kızların ise %5.2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği gözlemlenmiştir. Ülkemizde sağlıklı popülasyonda yapılan araştırmada Irvine ve Toronto Aleksitimi Ölçekleri kullanılmıştır. Her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı %5.6 olarak bulunurken; Toronto Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı %16.7, Irvine Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranıysa %3.4 olarak bulunmuştur (43). Özellikle psikosomatik hastalıklar ve aleksitimi arasında ilişkinin araştırıldığı çok sayıda çalışma vardır ve bunlar bir ilişkinin varlığını göstermekte ancak bu ilişkinin nedensel olduğunu göstermekte yetersiz kalmaktadır.

Aleksitiminin bir kişilik özelliği olduğunu bildiren görüşlerin yanı sıra, aleksitiminin bir durum (state) yada özellik (trait) olabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır (44). Bu tanımları netleştirmek üzere Freyberger (1971) birincil ve ikincil aleksitimi tanımlamalarını yapmıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda bedensel bozuklukların ortaya çıkmasına yatkınlık sağlayan uzun süreli olan kişilik özelliği olarak tanımlanırken, ikincil aleksitimi ise ağır stres altında çalışan, üzücü bir olay sonucunda travma yaşayan bireylerde ortaya çıkan, geçici ve kalıcı olabilen bir çeşit savunmadır (45).

2.3. ÖFKE

2.3.1. Öfke Nedir?

Öfke hafif bir irritasyondan nefret ve şiddete kadar değişebilen boyutlarda görülebilen; emosyonel, davranışsal, fiziksel ve bilişsel komponentleri olan bir duygulanımdır. Algılanan ve yaşanan öfke karşısında bireyler uyarıcının türüne ve sahip oldukları bilişsel yapılarına göre çeşitli tepkiler ortaya koyarlar. Bazı bireyler içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sistemin etkisiyle öfkelerini bastırma veya içine atma ya da kontrol etme yoluna giderlerken, bazıları da bunu adaptif yada maladaptif şekillerde ortaya koymaya veya öfkelerini dışa vurmaya çalışırlar. İç öfke öfkenin bastırılma eğilimini gösterirken, dış öfke fiziksel yada sözel biçimde öfkenin açıkça gösterilmesi eğilimini yansıtır (38).

2.3.2. Öfke ile İlişkili Etmenler

Öfkeyle ilgili çalışmalara bakıldığında, psikolojik kavramların birçoğunda olduğu gibi, öfkenin birçok farklı tanımıyla karşılaşılmaktadır. Bu bölümde öfkenin farklı tanımlamaları, öfke ifadesi ile ilgili görüşler ele alınacaktır.

Öfke, kavram olarak tedirginlik ve hafif rahatsızlıktan, kızgınlığa ve hiddete varan duyguları kapsayan bir duygusal durumdur (46). Gençtan (1999), öfkeyi bireyin hakkı olanı alamadığında ya da önem verdiği bir insanın kişinin beklentileri doğrultusunda davranmadığı zaman yaşanan duygu olarak tanımlamıştır (47). Köknel (1986) ise, engellenme ve korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında ortaya çıkan

duygulanım şeklinde öfkeyi tanımlamıştır (48). Üstün ve Yavuzaslan'a (1995) göre ise, öfke; bireysel bir tehdit algılandığında ya da engellenme ile karşılaşıldığında, tehdidin özelliğine göre yaşanan çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı bunaltıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kızgınlığa ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur (49). Öfke uyarıcı algı eşiğine ulaştığında deneyimlenir. Bu uyarıcı, bir bilgi veya propriyoseptif bir uyarıcı (vücudun içerisinden gelen duyum) veya bellekten gelen bir anı olabilir (50). Öfke yönetimi "dışavurumcu" (expressive); öfkenin ifade edilmesi veya "baskılanması" (suppressive); öfke ifadesinin engellenmesi şeklinde iki kategoride ele alınır. Araştırmalar kişilerin durumun özelliklerine bakmadan bir stratejiyi kullanma eğiliminde olduğunu ileri sürerler (51). Böylece, bazı insanların öfkelerini tipik olarak ifade ettikleri ve bazı insanların ise öfkelerini baskıladıkları ileri sürülmektedir. Bu tanımlama insanların ise öfkelerini baskıladıkları ileri sürülmektedir. Bu tanımlama doğrultusunda öfke-içte kavramı, öfkenin bastırılması anlamına gelirken, öfke-dışa ise öfkenin ifadesini belirtmektedir.

Spielberg, öfke duygusunu süreklilik ve durumsallık açısından ele almıştır. Durumsal öfke, amaca yönelik davranışın engellenmesi ve haksızlık algılaması karşısında gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi öznel duyumsamaların yaşanmasını yansıtan duygu durumudur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin ne sıklıkta yaşandığını gösteren bir kavramdır. Spielberger, bu doğrultuda öfke tepkilerinin de kişisel özelliklerden dolayı farklılık gösterdiğini savunur. Spielberg ve arkadaşları (1983), sürekli öfke ölçeğini oluştururken sürekli öfkesi yüksek bireylerin yaşamı ve yaşam olaylarını sıkıcı, rahatsız edici ve hayal kırıklığına uğratacak şekilde algılama eğiliminde, duygusal uyarılmaya hazır ve daha kuvvetli öfke tepkileri verme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Bu özellikler, sürekli öfkesi yüksek olan kişilerin öfkelerini daha yapıcı ve fonksiyonel şekilde ifade etmelerini engellemekte ve öfkenin bastırılmasına ya da saldırgan davranışlar ile dışa vurmasına neden olmaktadır. Öfke ifadesi ise, bireysel farklılığa göre öfkenin içe atılması, dışa vurulması ve/ya kontrol edilmesi şeklinde olmaktadır (52, 53). Öfke dışa vurulduğunda insanlara saldırma, nesnelere zarar verme, tehdit, küfür, eleştiri gibi fiziksel etkinlikler şeklinde ifade edilir. Öfke ve saldırganlık çoğu zaman birlikte ele

alınmaktadır. Öfke ve saldırganlık ilişkili olmalarına rağmen, farklı kavramlardır. Saldırganlık bir davranış, öfke ise bir duygudur. Öfke bazen saldırganlığa yol açar, ancak her zaman saldırgan davranışın başlatıcısı değildir (54).

Psikoanalitik açıdan ise içe yönelmiş öfkenin anlamı, öfkeden çok depresyon ve suçluluk duygularının ifadesidir ve bunlar kişinin egosuna ve benliğine yönelmiştir. Öfkenin içte olduğu durumda, düşünceler ve hatırlatan şeyler, öfkeyi harekete geçirici durumla ilişkilidir (55).

İnsanlar kendilerini kötü hissettiklerinde öfkelenebilir, düşmanca düşünceleri olabilir, çünkü olumsuz duygularla, öfke içeren anılar, düşünceler arasında ilişki vardır (56). Yazara göre, kişinin olumsuz bir durumla karşılaşması sonucu zihinsel bir süreç başlar. Bu süreçte ilk olarak bu durumun kişide yarattığı çağrışımlarla duygular oluşmaya başlar. Oluşan bu ilk duyguya göre sürecin geri kalanı şekillenmektedir. Duygunun oluşmasıyla birlikte, kişinin bulunduğu durumu değerlendirdiği, nasıl davranması gerektiğini kararlaştırdığı diğer aşamalar gerçekleşmektedir. Kişi yaşadığı duyguya daha önce yaşadıkları, düşünceleri gibi farklı etkenleri değerlendirerek karar vermektedir.

Kişilerin öfke ifade tarzları ve bunun sağlıkla olan ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmalarda, insanların nasıl öfkelendiğinden ziyade öfkelerinin nasıl üstesinden geldikleri daha çok ele alınan bir konudur (57). Öfkenin depresyonla ilişkili olduğuna ilişkin araştırma bulguları mevcuttur. Power ve Tarsia (2007), depresyon ve anksiyete bozukluğu hastaları ile herhangi bir klinik psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerin basit ve karmaşık duygularını karşılaştırmak amacıyla yaptıkları araştırmada, klinik bozukluğu olan kişilerin öfkelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir ancak klinik bozukluğu olan grubu oluşturan depresyon ve anksiyete hastalarının öfke düzeyleri arasında farklılık saptanmamıştır (58).

Biaggio ve Godwin (1987) depresyon ile bastırılmış öfke arasındaki bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (59). Benzer şekilde Bridewell ve Chang (1997) da, içselleştirilmiş

öfkenin, depresyonu yordamada önemli bir role sahip olduğunu ileri sürmektedir (60). Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan kişiler üzerinde yapılan bir araştırma sonucunda depresyon grubunun, öfkeyi, hem normal gruba, hem de TSSB grubuna göre daha çok bastırdığı saptanmıştır. Depresif grupta, depresyonun şiddeti ile öfke ve düşmanlık arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu durum öfke dışavurumuyla değil, sadece öfkenin bastırılmasıyla ilişkilidir. Depresif grup normal gruptan daha fazla öfke yaşantısı belirtirken, öfkeleri TSSB grubundan daha azdır (61).

Ülkemizde Sayar ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir araştırmada, öfke nöbeti olan hastaların olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon, kaygı ve umutsuzluk gösterdikleri bulunmuştur (62). Ayrıca bu araştırmada öfke-dışa ve sürekli öfke, öfke atakları olan depresyon hastalarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Balsamo (2010) öfke ve depresyon ilişkisini geniş getirme (ruminasyon) eğilimi bakımından incelemiş ve geniş getirmenin öfke ve depresyonla güçlü bir ilişkisi olduğunu, bunda depresyonda görülen öfkeyi açıkladığını belirtmiştir (63). Şahin ve Batıgün (2009), intihar riskini belirlemek amacıyla oluşturdukları modellerinde intihar davranışı için öfkeyi önemli bir risk etmeni olarak ele almışlardır (64).

2.4. ALKOL BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ MOTİVASYONU

2.4.1. Alkol Bağımlılığında Tedaviye Motivasyon Nedir?

Tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyon, son dönemde bağımlılık tedavisi ile ilgili yapılan araştırmalar için en ilgi çekici konulardan birisi olmuştur (65). Uygun motivasyonun olmaması, hastaların tedaviyi yarım bırakarak tamamlayamaması, depresme ve diğer olumsuz gidiş için bildirilen en sık nedendir. Tedavide kalma süresi ve tedaviye katılım, tedavi süresince oluşan motivasyonel değişikliklerle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Yardım arama kararı ile yardımı kabul etmek, yani değişim için hazır olma ve tedavi isteği, birbirinden farklıdır (66). Olumsuz tedavi seyrinin bildirilen en sık nedeni, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılımında azlık ve

depreşmede artma ile kendini gösteren, tedaviye hazır olmama ve tedavi için motivasyonda yetersizlik olmasıdır (67,68). Aslında tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyon kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir (69,70).

2.4.2. Alkol Bağımlılığında Tedavi Motivasyonunu Etkileyen Etmenler

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 (71). Alkol bağımlılarında tedavi için motivasyon, genellikle tedavi arayışı ve tedavi başarısının güçlü belirleyicisi olarak değerlendirilir (72).

Değişim Modelinin Transteorik Aşamaları (The Transtheoretical Stages of Change Model) davranışsal değişim süreci için yaygın olarak kullanılan bir kavramdır. Değişimin beş aşaması:

- Niyet öncesi (precontemplation): Değişimi henüz düşünmüyor.
- Niyet (contemplation): Değişimi düşünüyor ancak harekete geçmiyor.
- Hazırlık (preparation): Değişimi planlıyor.
- Hareket (action): Kişi, davranışlarında değişiklik yapıyor.
- İdame (maintenance): Kişi yeni davranışı koruyabilmek için yaşam şeklini değiştiriyor.

Değişimin aşamaları, hiç niyet olmamasından (niyet öncesi) yeni davranışı sürdürmek için belirgin davranışsal değişikliğe ulaşmaya (idame) kadar farklı motivasyon düzeyleri ile ilişkilidir.

Hastaların motivasyon veya değişime hazır olmaları konularında farklılık gösterdiğini anlayan araştırmacılar, motivasyonu arttırmak için görüşme teknikleri ve tedaviler geliştirmişlerdir. De Leon ve Jainchill (1986) alkol-madde bağımlılığı tedavisi için motivasyonun çok boyutlu olduğunu ve kişinin içsel baskıyı, dışsal baskıyı, tedaviye hazır olmayı ve tedavi programının uygunluğunu algılayış şekli ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. İçsel düşünce ve duygular olduğu kadar dışsal etki ve baskılar da kişinin davranışını değerlendirmesi ve değişimi sağlmasına katkıda bulunmaktadır (73).

Değişim için motivasyon kaynağını değerlendiren araştırmalar motivasyonun içsel kaynaklarını (örn. başarıma duygusu) dışsal kaynaklarla (örn. finansal dürtü) karşılaştırmıştır. Genel olarak içsel motivasyon, dışsal motivasyona göre daha uzun süreli değişim ile ilişkilidir. Her ne kadar içsel motivasyon uzun süreli başarıda daha etkili görünse de dışsal motivasyon alkol ve maddelerden kısa süreli uzak kalmayı sağlıyor görünmektedir. Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları arasında, tedaviye katılmaları şimdiki dışsal baskılara bağlı olanlar (örn. iş, eş ya da ehliyet kaybı), bu motivasyonel etkenleri olmayanlara göre daha iyi tedavi seyri göstermişlerdir. Bununla beraber, bu kayıpları daha önceden var olanların tedavi seyri daha kötü olmuştur. Dışsal motivasyonların etkinliği sınırlı olduğundan tedavi ile uğraşanlar dışsal motivasyonu içsel motivasyona değiştirmek için çaba harcarlar.

III. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, kullanılan veri toplama araçları ve verilerin nasıl çözümlendiği hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırma alkol bağımlılığında öfke ve aleksitiminin tedavi motivasyonuna etkisi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını amaçlayan ilişkisel tarama modelinde betimsel bir araştırmadır.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, 2012 Mayıs ve Kasım ayları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran toplam 52 alkol bağımlılığı hastası oluşturmuş. Araştırmaya girmeyi kabul edip, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayıp araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 34 hasta (%65.3) da araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.2.1. Araştırmaya alınma ölçütleri:

- DSM-IV alkol bağımlılığı tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış olma
- 18-65 yaş arasında olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme ve yazılı onay verme

3.2.2. Araştırmadan dışlanma ölçütleri:

- Alkol, kafein ve nikotin dışında herhangi bir madde ya da ilaç kullanımı olması
- Gerçeği değerlendirmeyi ve yargılamayı bozabilecek mental retardasyon ve psikoz gibi durumların olması
- Okur-yazar olmamak

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Hastaların demografik özellikleri, özgeçmiş ve soygeçmişte tıbbi ve psikiyatrik öykü, alkol kullanım özellikleri ile ilgili olarak tükettikleri alkol miktarı, süresi ve sıklığı, kullandıkları maddeleri içeren bilgi formudur.

3.3.2. DSM-IV SCID-I Klinik Versiyon

Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik araştırması yapılan ve bu çalışmada DSM-IV'e göre 1. eksen tanısı için kullanılan yapılandırılmış klinik görüşme aracıdır (74).

3.3.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

Ryan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen ve olguların alkol-madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmek için düzenlenmiş 26 maddelik kendi bildirimli soru formudur. Faktör analizi ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir (75):

(1) İçsel motivasyon (İM) (1,2,4,5,7,8,9,11,15,20 ve 23. maddeler): Tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon.

(2) Dışsal motivasyon (DM) (3,6,10 ve 12. maddeler): Tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı.

(3) Kişiler arası yardım arama (KYA) (17,18,19,22,25 ve 26 maddeler): Olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu.

(4) Tedavide güvensizlik (TG) (13,14,16,21 ve 24. maddeler): Tedavinin seyri ile ilgili beklentiler. Ölçeğin Türkçe formunun faktöryel yapısı ölçeğin orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda birinci ölçek (İM) için 0.91, ikinci ölçek (DM) için 0.42, üçüncü ölçek (TA) için 0.83, dördüncü ölçek (TG) 0.72 ve tüm ölçek (TMA) değerlendirildiğinde 0.84 olarak bulundu. Her alt ölçek ve o alt ölçekte bulunan maddeler arasındaki korelasyonlar $p < 0.001$ seviyesinde anlamlıydı ve tüm katsayı değerleri de 0.30 üzerindediydi ($r > 0.30$). Sadece TG alt ölçeği ve o ölçeğe ait 14'üncü madde arasındaki korelasyon katsayısı ($r = 0.17$) anlamlı olmakla birlikte ($p = 0.019$) düşüktü. DM ile İM, KYA ve TMA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), KYA dışında tüm alt ölçekler ve TMA toplam puanı ile anlamlı doğrusal korelasyon göstermiştir (76).

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayıları içsel motivasyon için 0.912, dışsal motivasyon 0.458, kişiler arası yardım arama 0.788, tedaviye güvensizlik 0.250 ve toplam puan 0.890 olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiyi değerlendiren ölçektir. 20 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu ölçek, Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

Türkçe TAÖ-20, Sayar ve Köse tarafından hazırlanmış olup, Bagby, Parker ve Taylor tarafından onaylanmış, geçerlik ve güvenilirliği ilk kez sağlıklı gönüllü ve psikiyatri hastalarından oluşan bir örneklem grubunda çalışılmıştır (Sayar ve ark. 2001).

Araştırmacılar faktör analizinin (EFA) TAS-20'nin üç boyutlu faktör yapısını desteklemeyişi üzerine, ölçek yeniden gözden geçirilmiş, Köse ve arkadaşları (2005) tarafından genişletilmiş bir örneklem grubunda faktöryel geçerliliği gösterilmiştir (77).

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayıları duyguları tanıma zorluğu alt ölçeği için 0.792, duyguları ifade etme zorluğu alt ölçeği için 0.399, duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeği için 0.228 ve toplam puan için 0.631 olarak belirlenmiştir.

3.3.5. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Türkçe formunun çevirisi ve geçerlik araştırması Özer (1994) tarafından yapılmıştır (78,79). Ölçek, Sürekli Öfke, Öfke-İçer, Öfke-Dışa ve Öfke-Kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen cümlelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor,

“3” oldukça tanımlıyor ve “4” tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, Öfke-Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilir olduğunu ve Öfke-İçe alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Spielberger (1983) tarafından geliştirilen ve Özer (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için ayrı ayrı iç tutarlık kat sayısı hesaplanmıştır. Buna göre; “ Sürekli Öfke” boyutu için 0.79; “Öfke Kontrol” boyutu için 0.84; “Öfke Dışa” boyutu için 0.78 ve “Öfke İçe” boyutu için ise 0.62'dir. Bu araştırma kapsamında toplanan veriler ile yapılan analizde iç tutarlık katsayıları sırasıyla “ Sürekli Öfke” boyutu için 0.79; “Kontrol Altına Alınmış Öfke” boyutu için 0.84; “Dışa Vurulmuş Öfke” boyutu için 0.72 ve “Bastırılmış Öfke” boyutu için ise 0.72'dir. Yapı geçerliğini sınavan araştırmada ise araştırmaya katılan denek grupları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi araştırılmıştır. Tüm alt ölçeklerde görülen farklılıklar $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayıları sürekli öfke alt ölçeği için 0.850, öfke-içe alt ölçeği için 0.277, öfke-dışa alt ölçeği için 0.296, öfke-kontrol alt ölçeği için 0.339 ve toplam puanda ise 0.867 olarak belirlenmiştir.

3.3.6. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

Alkol kullanım bozukluğu ve içmeye bağlı sorunları olan hastalara erken tanı koymaya yardımcı olan bir diğer test ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olan AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)'tir (80). Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (81). İçme alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru da zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçek toplam puanı 40 olup populasyon çalışmalarında 8-11 arasında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası 8'dir.

Ölçeğin iç yapı tutarlılık ölçümünde iki görüşmecinin Cronbach alfa katsayısı 0.59 ve 0.65 olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Madde-toplam test test korelasyon katsayıları 0.32-0.66 arasında bulunmuştur.

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayıları 0.698 olarak belirlenmiştir.

3.3.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

1961 yılında Hamilton tarafından depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerinin faktör analizi sonucunda geliştirilen ve 1967'de aynı araştırmacı tarafından gözden geçirilerek bir takım değişikliklerle son şekli verilen HAM-D, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, değişik belirti sayısı içeren formları arasından 17 soruluk formu kullanılmıştır. Derecelendirmede, her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0'dan 4'e kadar gidebilen bir puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (82).

Test-tekrar test korelasyonu 0.85'dir. iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, spearman-brown güvenilirlik katsayısı 0.762dir. Dört psikiyatristin bağımsız derecelendirmesine dayanan derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0.87 ile 0.98 değerleri arasındadır.

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayıları 0.838 olarak belirlenmiştir.

3.3.8. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek, anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ruhsal ve somatik anksiyete kadar depresif semptomları da ölçmektedir. 14 madde oluşmuş bu ölçekte, belirtilerin varlığı ve şiddeti, görüşme anında görüşenin kanaatine dayanmaktadır. Derecelendirme her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0 ile 4 arasında bir puanlama dizgesi yardımıyla yapılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (83).

Güvenilirlik araştırmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliği hesaplanmış ve tek tek maddeler için 0.51-0.97 arasında bulunmuştur. Ortalama değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak elde edilmiştir.

Değerlendiriciler arası tanı korelasyonuna bakıldığında 3 değerlendirici ölçeği doldurmuş ve korelasyon katsayıları 0.94-0.95 arasında hesaplanmıştır.

Bu ölçeğin bizim araştırmamız için yapılan güvenilirlik araştırmasında cronbach alfa katsayısı 0.924 olarak belirlenmiştir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ

Araştırmada veri toplamak amacıyla toplam 34 alkol bağımlısı hastaya Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Tedavi Motivasyon Anketi (TMA), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT), Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 15.0 programında analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin ve alt gruplarına ait, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri, sınıfsal değişkenlerin frekansları ve yüzdeleri sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak Stem-and-Leaf Plot, Normal Q-Q Plot ve Detrended Normal Q-Q Plot ile araştırılmış ayrıca Lilliefors test uygulanmıştır. Tüm değerlendirmeler sonucunda ilgili değişkenlerin tümünün normal dağılıma uygun olmadığına karar verilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiye non-parametrik korelasyon yöntemi olan Spearman rho yöntemi ile bakılmıştır. Tüm testler %95 güven düzeyinde çift taraflı olarak yapılmış, hata payı 0,05 olarak belirlenip, p değeri 0,05 değerinden küçük olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Aralarında anlamlı ilişki bulunan TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=0.369$, $p=0.003$) ve TMA toplam puanı ile TAÖ-duyguları tanıma zorluğu ($r=0.345$, $p=0.046$) arasındaki ilişkinin derecesini ölçmek için tek değişkenli regresyon analizi uygulandı. Burada bağımsız (açıklayıcı, X) değişkenimiz TAÖ-duyguları ifade

etme zorluğu ve TAÖ-duyguları tanıma zorluğu iken, bağımlı (açıklanan, etkilenen, Y) değişkenimiz TMA-içsel motivasyon ve TMA toplam puanları idi. Herbiri için regresyon analizi ayrı ayrı yapıldı ve ilkinde TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları tanıma zorluğu arasında regresyon modeli oluşturulamadı. TMA toplam puanıyla TAÖ-duyguları tanıma zorluğu ($r=0.345$, $p=0.046$) arasındaki ilişkinin derecesini ölçmek için yapılan regresyon analizinde ise regresyon modeli oluşturuldu ve en küçük kareler tekniği kullanılarak regresyon katsayısı saptandı. Sonuçta basit doğrusal regresyon ve regresyon denklemi oluşturuldu. Bu regresyon modelinde; R kare=0.128, Durbin-Watson=2.020, Regresyon denkleminin sabiti=71.438 ve bağımlı değişkenin sabiti=1.126 olarak hesaplanmıştır. Regresyon denklemi ise şu şekilde formülize edilmiştir; $TMA\ toplam=71.438 + [1.126 \times TAÖ\ duyguları\ tanıma\ zorluk]$.

IV. BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan 34 hastanın tamamı erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 44.0 ± 11.4 , en düşük yaş 23, en büyük yaş 71 idi. Medeni durum açısından hastaların 21 (%61.8)'i evli, 6 (%17.6)'sı boşanmış, 5 (% 14.7)'i hiç evlenmemiş, 2 (%5.7)'sinin eşi ölmüş idi.

Eğitim d¼zeyi açısından 5 (% 14.7)'i okur yazar, 13 (%38.2)'¼ ilköğretim mezunu, 11 (%32.4)'i lise mezunu, 5 (%14.7)'i yüksekokul mezunuydu. Hastaların 23 (%67.6)'¼ ekirdek ailede, 10 (%29.4)'u geniş ailede ve 1 (%2.9)'i tek başına yaşıyordu. Hastaların mesleklerine bakıldığında 3 (%8.8)'¼ memur, 7 (20.6)'si işçi, 9 (%26.5)'u emekli, 4 (%11.8)'¼ işsiz, 7 (%20.6)'si serbest meslek, 1 (%2.9)'i ifti, 3 (%8.8)'¼ meslek bildirmedi. Hastaların sosyal g¼venliđine bakıldığında 8 (%23.5)'inin sosyal g¼venliđi yok, 25 (%73.5)'i SGK sosyal g¼vencesinde, 1 (%2.9)'inin ¼zel sağlık g¼vencesi var idi. Hastaların yetiştiği yerlere bakıldığında 10 (%29.4)'u k¼y/kasabada b¼y¼m¼ř, 12 (%35.3)'si ile merkezinde b¼y¼m¼ř, 11 (%32.4)'i il merkezinde b¼y¼m¼ř ve 1 (%2.9)'i de yurt dışında b¼y¼m¼ř. Hastaların yaşadığı yere bakıldığında 9 (%26.5)'u k¼y/kasabada yaşıyor, 14 (%41.2)'¼ ile merkezinde, 11 (%32.4)'i il merkezinde yaşıyordu (Tablo 1).

Tablo 1: ¼rneklemenin Sosyodemografik ¼zellikleri

Sosyodemografik ¼zellikler		n	%
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	5	14,7
	Evli	21	61,8
	Eşi ¼lm¼ř	2	5,9
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	6	17,6

Eğitim Durumu	Okur-yazar	5	14,7
	İlköğretim (1-8 yıl)	13	38,2
	Lise (9-11 yıl)	11	32,4
	Yüksekokul (12-üstü yıl)	5	14,7
Aile Tipi	Çekirdek	23	67,6
	Geniş	10	29,4
	Diğer	1	2,9
Meslek	Memur/Asker	3	8,8
	İşçi	7	20,6
	Emekli	9	26,5
	İşsiz	4	11,8
	Serbest	7	20,6
	Çiftçi	1	2,9
	Diğer	3	8,8
Sosyal Güvenlik	Yok	8	23,5
	SGK	25	73,5
	Özel	1	2,9
Yetiştiiği Yer	Köy/Kasaba	10	29,4
	İlçe merkezi	12	35,3
	İl merkezi	11	32,4
	Yurt dışı	1	2,9
Yaşadığı Yer	Köy/Kasaba	9	26,5
	İlçe merkezi	14	41,2
	İl merkezi	11	32,4

4.2. Örneklemin Klinik Özellikleri

Hastaların tıbbi öyküsüne bakıldığında 21 hastanın (%61.8) tıbbi özgeçmiş öyküsü var, 13 hastanın (%38.2) tıbbi özgeçmiş öyküsü yok idi. Hastaların tıbbi soygeçmiş öyküsüne bakıldığında 25 hastanın (%73.5) tıbbi soygeçmiş öyküsü yok, 9 (%26.5)'unun tıbbi soygeçmiş öyküsü var idi. Hastaların özgeçmişte psikiyatrik öyküsüne bakıldığında, 22

hasta (%64.7)'nin psikiyatrik öyküsü yok, 12 hasta (%35.3)'nin psikiyatrik öyküsü var idi. Hastaların soygeçmişte psikiyatrik öyküsüne bakıldığında, 25 hasta (%73.5)'nin psikiyatrik öyküsü yok, 9 hasta (%26.5)'nin psikiyatrik öyküsü var idi. Hastaların alkol ile beraber geçmişte kullandıkları diğer maddelere bakıldığında 31 hasta (%91.2) sadece alkol kullanıyordu, 1 hasta (%2.9) esrar, 1 hasta (%2.9) ekstazi, 1 hasta (%2.9) benzodiazepin kullanıyordu.

Hastaların alkole başlama nedenlerine bakıldığında 11 (%32.4)'i özenti, 10 (%29.4)'u çevreden etkilenme, 5 (%14.7)'i stres, 2 (%5.9)'si merak, 6 (%17.6)'sı diğer nedenler ile alkole başlamışlar idi. Hastaların alkol miktarlarına göre alkol risk değerlendirmelerinde 25 hasta (%73.5) yüksek riskli, 8 hasta (%23.5) orta riskli ve 1 hasta (%2.9) düşük riskli özellikler gösteriyor idi. Hastalara “alkolü bırakmayı düşündünüz mü?” sorusuna hastaların 28 (%82.4)'i evet yanıtını verdi, 5 hasta (%14.7) hayır yanıtını verdi. Hastalara sorulan “ailede düzenli alkol alan var mı?” sorusuna hastaların 22 (%64.7)'si hayır, 11 hasta (%32.4) evet yanıtı verdi (Tablo 2).

Tablo 2: Örneklemin Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler		n	%
Özgeçmişte Tıbbi Öykü	yok	21	61,8
	var	13	38,2
Soygeçmişte Tıbbi Öykü	yok	25	73,5
	var	9	26,5
Özgeçmişte Psikiyatrik Öykü	yok	22	64,7
	var	12	35,3
Soygeçmişte Psikiyatrik Öykü	yok	25	73,5
	var	9	26,5
Geçmişte Madde Kullanımı	Esrar	1	2,9
	Alkol	31	91,2
	Ekstazi	1	2,9
	Benzodiazepin	1	2,9
Alkol Başlama Nedeni	Merak	2	5,9
	Özenti	11	32,4
	Çevreden etkilenme	10	29,4
	Stres	5	14,7
	Diğer	6	17,6
Alkol İçme Miktarı Değişikliği	Değişmedi	6	17,6
	Azaldı	6	17,6
	Arttı	22	64,7
Alkol Riski	Düşük	1	2,9
	Orta (zararlı)	8	23,5
	Yüksek (tehlikeli)	25	73,5
Önceden Alkolü Bırakma Düşüncesi	Hayır	5	14,7
	Evet	28	82,4
Ailede Düzenli Alkol Alan Var mı	Hayır	22	64,7
	Evet	11	32,4

4.3. Tedavi Motivasyonu ile Aleksitimi İlişkisi

TMA-içsel motivasyonla TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.369$, $p=0.003$). TMA-toplam puanıyla TAÖ-duyguları tanıma zorluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.345$, $p=0.046$).

TMA-dışsal motivasyon ile TAÖ duyguları tanıma zorluğu ($r=0.170$, $p=0.337$), TMA-kişiler arası yardım arama ile TAÖ duyguları tanıma zorluğu ($r=0.194$, $p=0.270$), TMA-tedaviye güvensizlik ile TAÖ duyguları tanıma zorluğu ($r=0.165$, $p=0.352$), TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=0.028$, $p=0.877$), TMA-dışsal motivasyon ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=-0.209$, $p=0.235$), TMA-kişiler arası yardım arama ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=0.022$, $p=0.904$), TMA-tedaviye güvensizlik ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=0.094$, $p=0.596$), TMA-toplam puan ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=-0.052$, $p=0.769$), TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-dışavuruk düşünce($r=-0.157$, $p=0.376$), TMA-dışsal motivasyon ile TAÖ-dışavuruk düşünce ($r=-0.294$, $p=0.092$), TMA-kişiler arası yardım arama ile TAÖ-dışavuruk düşünce ($r=-0.128$, $p=0.470$), TMA-tedaviye güvensizlik ile TAÖ-dışavuruk düşünce ($r=-0.162$, $p=0.361$), TMA-toplam puan ile TAÖ-dışavuruk düşünce ($r=-0.214$, $p=0.225$), TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-toplam puan ($r=0.257$, $p=0.142$), TMA-dışsal motivasyon ile TAÖ-toplam puan ($r=-0.088$, $p=0.619$), TMA-kişiler arası yardım arama ile TAÖ-toplam puan ($r=0.148$, $p=0.403$), TMA-tedaviye güvensizlik ile TAÖ-toplam puan ($r=0.069$, $p=0.669$) ve TMA-toplam puan ile TAÖ-toplam puan ($r=0.181$, $p=0.306$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Aralarında anlamlı ilişki bulunan TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ($r=0.369$, $p=0.003$) ve TMA-toplam puanı ile TAÖ-duyguları tanıma zorluğu

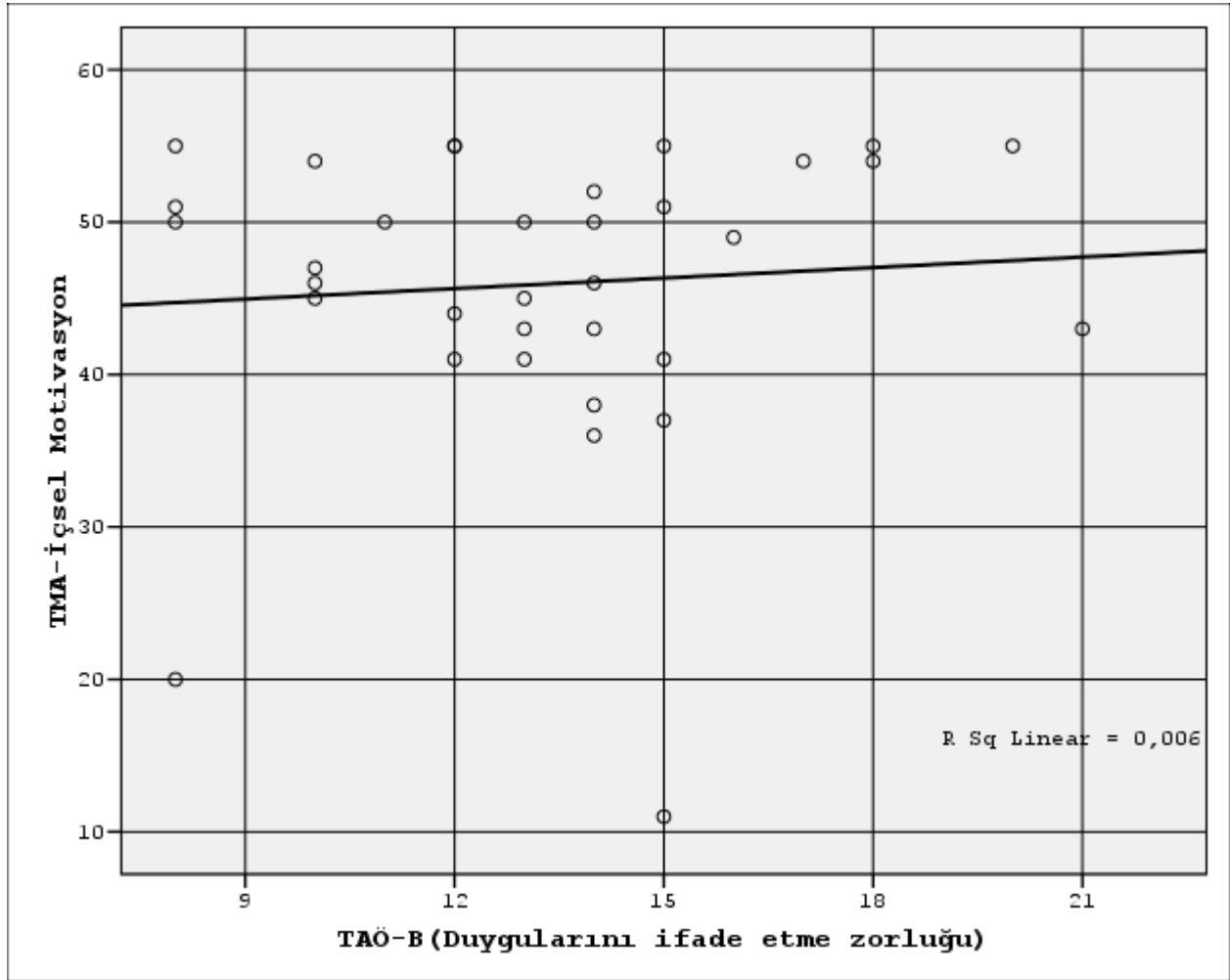
($r=0.345$, $p=0.046$) arasındaki ilişkinin derecesini ölçmek için tek değişkenli regresyon analizi uygulandı. Burada bağımsız (açıklayıcı, X) değişkenimiz TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu ve TAÖ-duyguları tanıma zorluğu iken, bağımlı (açıklanan, etkilenen, Y) değişkenimiz TMA-içsel motivasyon ve TMA-toplam puanları idi. Herbiri için regresyon analizi ayrı ayrı yapıldı ve ilkinde TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları tanıma zorluğu arasında regresyon modeli oluşturulamadı. TMA-toplam puanıyla TAÖ-duyguları tanıma zorluğu ($r=0.345$, $p=0.046$) arasındaki ilişkinin derecesini ölçmek için yapılan regresyon analizinde ise regresyon modeli oluşturuldu ve en küçük kareler tekniği kullanılarak regresyon katsayısı saptandı. Sonuçta basit doğrusal regresyon ve regresyon denklemi oluşturuldu. Bu regresyon modelinde; R kare= 0.128 , Durbin-Watson= 2.020 , Regresyon denkleminin sabiti= 71.438 ve bağımlı değişkenin sabiti= 1.126 olarak hesaplanmıştır. Regresyon denklemi ise şu şekilde formülize edilmiştir; $TMA\ toplam=71.438 + [1.126 \times TAÖ\ duyguları\ tanıma\ zorluk]$ (Şekil 1 ve Şekil 2)

Tablo 3: Tedavi Motivasyonu ile Aleksitimi İlişkisi

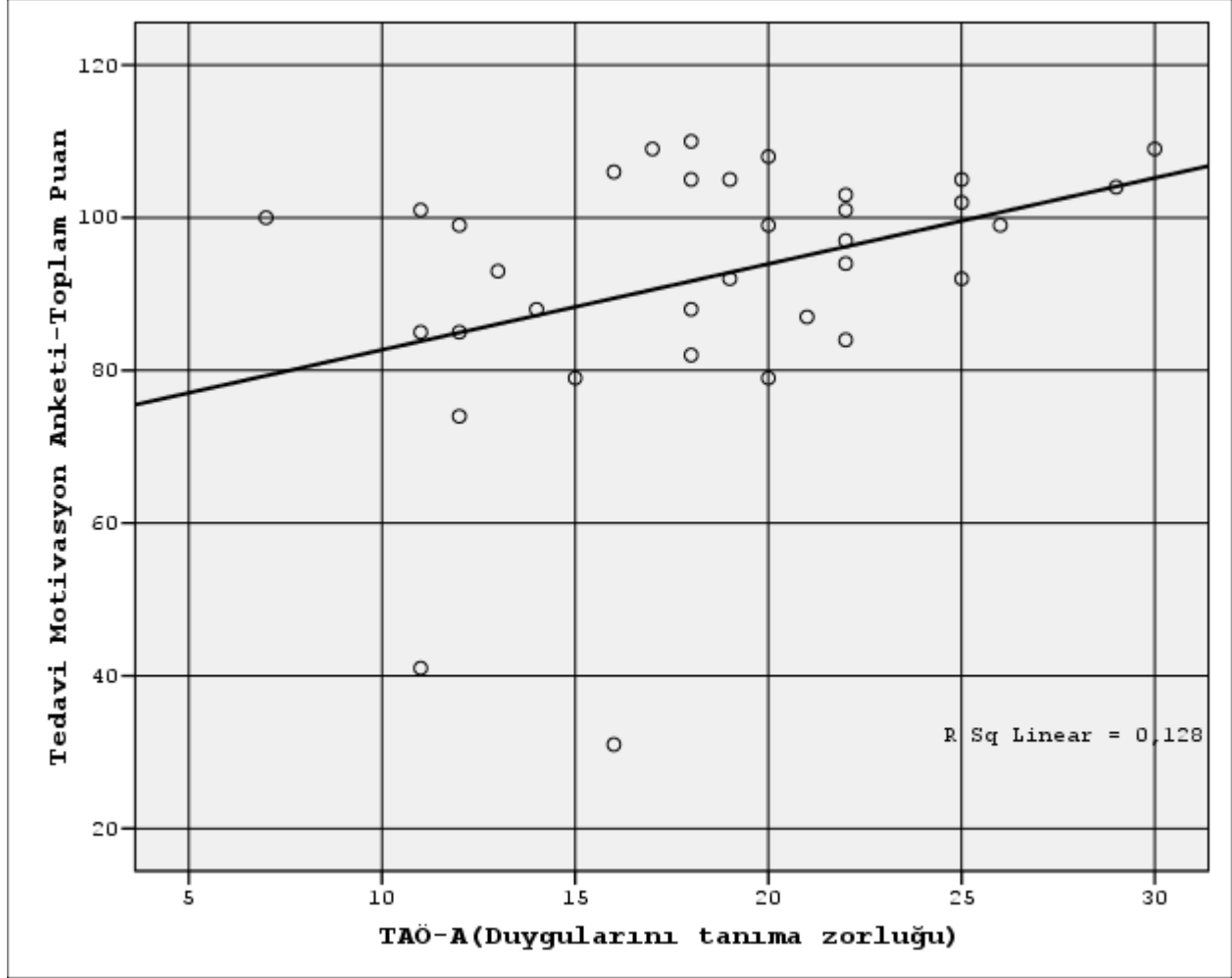
Spearman's rho		TAÖ-Duyguları tanıma zorluğu	TAÖ-Duygularını ifade etme zorluğu	TAÖ-Dışavuruk düşünce	TAÖ-Toplam Puan
TMA-İçsel Motivasyon	r	0,369	0,028	-0,157	0,257
	p	0,032*	0,877	0,376	0,142
TMA-Dışsal Motivasyon	r	0,170	-0,209	-0,294	-0,088
	p	0,337	0,235	0,092	0,619
TMA-Kişilerarası Yardım Arama	r	0,194	0,022	-0,128	0,148
	p	0,270	0,904	0,470	0,403
TMA-Tedaviye Güvensizlik	r	0,165	0,094	-0,162	0,069
	p	0,352	0,596	0,361	0,699
TMA-Toplam Puan	r	,345	-0,052	-0,214	0,181
	p	0,046*	0,769	0,225	0,306

* $p<0.05$

Şekil 1: TMA-İçsel Motivasyon ile TAÖ-Duyguları İfade Etme Zorluğu Regresyon Analizi



Şekil 2: TMA ile TAÖ-Duygularını Tanıma Zorluğu Regresyon Analizi



4.4. Tedavi Motivasyonu ile Öfke İlişkisi

TMA toplam puanıyla SÖÖTÖ-sürekli öfke alt ölçeği arasında istatistiksel anlamlı olmasada anlamlıya yakın ($r=0.330$, $p=0.057$) bir ilişki bulunmuştur. TMA toplam puanı ile SÖÖTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($r=0.139$, $p=0.434$).

TMA-içsel motivasyon ile SÖÖTÖ-sürekli öfke ($r=0.325$, $p=0.060$), TMA-dışsal motivasyon ile SÖÖTÖ-sürekli öfke ($r=0.221$, $p=0.208$), TMA-kişiler arası yardım arama

ile SÖÖTÖ-sürekli öfke ($r=0.170$, $p=0.337$), TMA-tedaviye güvensizlik ile SÖÖTÖ-sürekli öfke ($r=0.068$, $p=0.702$), TMA-içsel motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke çevurumu ($r=0.232$, $p=0.187$), TMA-dışsal motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke çevurumu ($r=0.133$, $p=0.453$), TMA-kişiler arası yardım arama ile SÖÖTÖ-öfke çevurumu ($r=0.290$, $p=0.096$), TMA-tedaviye güvensizlik ile SÖÖTÖ-öfke çevurumu ($r=0.072$, $p=0.685$), TMA-toplam puan ile SÖÖTÖ-öfke çevurumu ($r=0.238$, $p=0.176$), TMA-içsel motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke dışavurumu ($r=0.116$, $p=0.514$), TMA-dışsal motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke dışavurumu ($r=0.163$, $p=0.356$), TMA-kişiler arası yardım arama ile SÖÖTÖ-öfke dışavurumu ($r=0.237$, $p=0.178$), TMA-tedaviye güvensizlik ile SÖÖTÖ-öfke dışavurumu ($r=-0.066$, $p=0.711$), TMA-toplam puan ile SÖÖTÖ-öfke dışavurumu ($r=0.111$, $p=0.533$), TMA-içsel motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke kontrolü ($r=0.166$, $p=0.347$), TMA-dışsal motivasyon ile SÖÖTÖ-öfke kontrolü ($r=-0.175$, $p=0.321$), TMA-kişiler arası yardım arama ile SÖÖTÖ-öfke kontrolü ($r=0.129$, $p=0.467$), TMA-tedaviye güvensizlik ile SÖÖTÖ-öfke kontrolü ($r=-0.188$, $p=0.287$), TMA-toplam puan ile SÖÖTÖ-öfke kontrolü ($r=-0.039$, $p=0.825$), TMA-içsel motivasyon ile SÖÖTÖ-toplam puan ($r=0.172$, $p=0.330$), TMA-dışsal motivasyon ile SÖÖTÖ-toplam puan ($r=0.184$, $p=0.297$), TMA-kişiler arası yardım arama ile SÖÖTÖ-toplam puan ($r=0.115$, $p=0.518$) ve TMA-tedaviye güvensizlik ile SÖÖTÖ-toplam puan ($r=-0.042$, $p=0.812$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Tedavi Motivasyonu ile Öfke İlişkisi

Spearman's rho		SÖÖTÖ-Sürekli Öfke	SÖÖTÖ-Öfke Çevurumu	SÖÖTÖ-Öfke Dışavurumu	SÖÖTÖ-Öfke Kontrolü	SÖÖTÖ-Toplam Puan
TMA-içsel Motivasyon	r	0,325	0,232	0,116	0,166	0,172
	p	0,060	0,187	0,514	0,347	0,330
TMA-Dışsal Motivasyon	r	0,221	0,133	0,163	-0,175	0,184
	p	0,208	0,453	0,356	0,321	0,297
TMA-Kişilerarası Yardım Arama	r	0,170	0,290	0,237	0,129	0,115
	p	0,337	0,096	0,178	0,467	0,518
TMA-Tedaviye Güvensizlik	r	0,068	0,072	-0,066	-0,188	-0,042
	p	0,702	0,685	0,711	0,287	0,812
TMA-Toplam Puan	r	0,330	0,238	0,111	-0,039	0,139
	p	0,057	0,176	0,533	0,825	0,434

4.5. Tedavi Motivasyonu ile Alkol Kullanım Şiddeti İlişkisi

TMA-toplam puanı ile AKBTT-toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0.256$, $p=0.144$).

TMA-içsel motivasyon ile AKBTT-toplam puanı ($r=-0.321$, $p=0.064$), TMA-dışsal motivasyon ile AKBTT-toplam puanı ($r=0.236$, $p=0.180$), TMA-kişiler arası yardım arama ile AKBTT-toplam puanı ($r=0.074$, $p=0.677$), TMA-tedaviye güvensizlik ile AKBTT-toplam puanı ($r=0.169$, $p=0.339$) ve TMA-toplam puanı AKBTT-toplam puanı ($r=0.256$, $p=0.144$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

4.6. Tedavi Motivasyonu ile Depresyon İlişkisi

TMA-toplam puanı ile HAM-D toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.356$, $p=0.039$).

TMA-içsel motivasyon ile HAM-D toplam puanı ($r=0.224$, $p=0.204$), TMA-dışsal motivasyon ile HAM-D toplam puanı ($r=0.143$, $p=0.419$), TMA-kişiler arası yardım arama ile HAM-D toplam puanı ($r=0.259$, $p=0.140$) ve TMA-tedaviye güvensizlik ile HAM-D toplam puanı ($r=0.215$, $p=0.221$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

4.7. Tedavi Motivasyonu ile Anksiyete İlişkisi

TMA toplam puanı ile HAM-A toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0.135$, $p=0.448$).

TMA-içsel motivasyon ile HAM-A-psişik ($r=-0.190$, $p=0.281$), TMA-dışsal motivasyon ile HAM-A-psişik ($r=0.110$, $p=0.537$), TMA-kişiler arası yardım arama ile HAM-A-psişik ($r=0.061$, $p=0.733$), TMA-tedaviye güvensizlik ile HAM-A-psişik ($r=-0.033$, $p=0.855$), TMA-toplam puan ile HAM-A-psişik ($r=-0.047$, $p=0.790$), TMA-içsel motivasyon ile HAM-A-somatik ($r=-0.305$, $p=0.079$), TMA-dışsal motivasyon ile HAM-A-somatik ($r=-0.155$, $p=0.382$), TMA-kişiler arası yardım arama ile HAM-A-somatik ($r=-0.093$, $p=0.601$), TMA-tedaviye güvensizlik ile HAM-A-somatik ($r=0.108$, $p=0.545$), TMA-toplam puan ile HAM-

A-somatik ($r=-0.195$, $p=0.270$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Tedavi Motivasyonu ile Alkol Kullanım Şiddeti, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi

Spearman's rho		AKBTT Toplam Puan	HAM-D Toplam Puan	HAM-A Toplam Puan	HAM-A (Psşik)	HAM-A (Somatik)
TMA-İçsel Motivasyon	r	0,321	0,224	-0,266	-0,190	-0,305
	p	0,064	0,204	0,128	0,281	0,079
TMA-Dışsal Motivasyon	r	0,236	0,143	-0,037	0,110	-0,155
	p	0,180	0,419	0,837	0,537	0,382
TMA- Kişilerarası Yardım Arama	r	0,074	0,259	-0,012	0,061	-0,093
	p	0,677	0,140	0,947	0,733	0,601
TMA-Tedaviye Güvensizlik	r	0,169	0,215	0,034	-0,033	0,108
	p	0,339	0,221	0,850	0,855	0,545
TMA-Toplam Puan	r	0,256	,356	-0,135	-0,047	-0,195
	p	0,144	0,039	0,448	0,790	0,270

* $p < 0.05$

V. TARTIŞMA

5.1. Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler

Alkol bağımlılığı “relaps ve remisyonlar” ile seyreden biyopsiko sosyal bir hastalıktır. Relapsların önlenmesinde motivasyonun önemi çok büyüktür.

Bu gerçek, değişik çalışmalarda oldukça sabit olarak gösterilmiştir. Ancak alkol bağımlılığındaki “relaps ve remisyonlara” motivasyonu belirleyen etkenlerin ne olduğu kesin olarak saptanamamıştır. Bu dönemdeki grup etkinliğinin değerlendirilmesi yapılandırılmış ölçekler ile takip çalışmaları şeklinde olmalıdır. Sosyodemografik özellikler içinde yaş diliminin etkileşim oluşmasında önemli olacağı ileri sürülmüştür. Benzer yaş diliminde olmak tedavi katılımını kolaylaştırıyor görünmektedir.

Madde kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalara cinsiyet açısından bakıldığında erkeklerde madde kullanım yaygınlığının, kadınlardaki madde kullanım yaygınlığına oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Yüncü ve arkadaşlarının (2006) çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyo-demografik verilerini değerlendirdikleri çalışmasında olguların %88.5'i erkek, %11.5'i kızdır (84). Villa ve arkadaşlarının (2004) 40 kişi ile Hollanda'da yaptıkları, madde bağımlılığında motivasyonel görüşmelerin ele alındığı çalışmada olguların 36'sı erkek ve 3'ü kadındır (85). Araştırmamızda yer alan 34 olgunun ise hepsinin erkek olduğu (%100) görülmektedir. Araştırmamızda kadın olgu yer almamakla birlikte olguların hepsinin erkek olması literatürde belirtilen erkek madde kullanım yaygınlığının daha fazla olmasıyla paralellik göstermektedir.

Akcan ve arkadaşlarının (2000) İstanbul Bayrampaşa Kapalı Cezaevi'ndeki erkek adli tutuklu ve hükümlülerde cezaevi öncesi alkol ve madde kullanma sıklığı ve özelliklerine baktıkları çalışmada örneklem grubunun yaş ortalaması $32,5 \pm 10,1$ olarak saptanmıştır (86). Bizim araştırmamızda ise örneklem grubumuzun yaş ortalaması $44,09 \pm 11,44$ 'dir. Yurtdışı kaynaklı geniş örneklemli onbir şehirde yürütülen ulusal madde kullanım bozuklukları tedavi çalışmasına (DATOS) göre de; olguların %66'sının erkek, yaş ortalamalarının 32 yıl, %49'unun

da bekar olduğu saptanmıştır (87). Yine A.B.D.'de yapılan genel popölasyonda alkol ve ilişkili bozuklukların ulusal epidemiyolojik araştırmasında (NESARC), son 12 ay içinde madde kullanımı olanlar çoğunlukla erkek, 18-29 yaş aralığında, bekar, yüksekokul mezunu, düşük gelir düzeyinde kişiler olduğu bildirilmiştir (88). Avrupa'da tedavi modalitelerinin (zorunlu ve gönüllü) etkinliğine ilişkin yapılan bir çalışmada ise; örneklemin yarısından fazlasının erkek, yaş ortalamasının 31 yaş civarında, %11 kadarının evli, öğrenim sürelerinin ortalamasının da 10 yıl civarında yıl olduğu saptanmıştır (89). Literatürde yer alan ilgili konudaki araştırmalara bakıldığında çalışmamızdaki yas ortalamasının yüksek olması, örneklem grubumuzda yer alan 71 yasındaki bir olgunun yas ortalamasını yükselttiğini düşündürmektedir.

Tamar ve arkadaşlarının (2006) madde bağımlılığı ile ilgili yaptıkları kapsamlı bir araştırmada örneklem grubunda yer alan kisilerin 45'inin evli, 48'inin bekar, 3'ünün de bosanmış olduğu görölmüştür (90). Yurtdışında yapılan konu ile ilgili bir çalışmada ise örneklem grubunun %65'i bekar, %12,5'i evli ve %22,5'i boşanmış veya duldur (91). Ülkemizde erkek tutuklu ve hükümlülerle yapılan bir çalışmada bekar, dul veya bosanmış olanların oranının evli olanlara kıyasla daha düşük olduğu görölmüştür (83,84). Bu araştırmada ise örneklem grubunda yer alan kisilerin 5'i (%14.7) bekar, 21'i (%61.8) evli ve 6'sı (%17.6) bosanmıştır. Medeni durumun madde kullanım durumundan ziyade kisilerin yasadığı toplumun aile yapısı ve özelliklerine göre değişebilmektedir (92-93-94).

Araştırmamızın örnekleminin eğitim düzeyine bakıldığında; olguların %14.7'si okur yazar, %38.7'si ilköğretim mezunu, %32.4'ü lise ve %14.7'si üniversite mezunudur. Örneklemin büyük çoğunluğu ilkokul mezunu olup bu durum literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin is durumları incelendiğinde; %29.4'ü bir içte çalışıyor, %11.8'i alışmıyor ve %9'u emekli olarak belirlenmiştir. Ünsalan ve arkadaşlarının (2004) alkol ve alkol dışı madde bağımlısı hekimlerle yaptıkları çalışmada örneklem grubunun %90,2' sinin aktif olarak çalıştığı görölmektedir. Yine

bir baska çalışmada örneklem grubunun %50'si bir iste çalışmaktadır (95). Bu verilere göre örneklem grubumuzdaki kisilerin iş durumları literatür ile paralellik göstermektedir.

5.2. Tedavi Motivasyonu ile Aleksitimi ilişkisi

TMA-içsel motivasyonla TA-duyguları ifade etme zorluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.003$). TMA toplam puanıyla TA-duyguları tanıma zorluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.046$).

Bir araştırmada on beş aylık izlemden sonra, aleksitiminin alkol bağımlısı yatan hastalarda, hastalığın gidişini, dolayısıyla tedavi motivasyonunu olumsuz etkilediği bulunmuştur (96). Başka bir araştırmada ayaktan tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda aleksitimi ile alkol kullanmama arasında negatif ilişki olduğu bildirilmiştir (97). Duyguları fark edip tanıma becerisi aslında “duygusal zekanın” temel becerilerinden biridir. Duygular hedefe yönelik davranışlarımızın itici güç kaynağıdır. Düşüncelerimiz ise hedefe ulaşmak için hangi davranışları sergileyeceğimiz konusunda bize yardımcı olmaktadır. Alkol bağımlısı hastalardaki duyguları tanıyamama durumu kişiye tedavi arayışına yönlendirecek temel motivasyonlardan birisidir. Bizim araştırmamızda literatür ile uyumlu olmayan bir bulgu elde edilmiştir. Aleksitiminin duyguları ifade etme güçlüğü bileşeni fazla olanlarda özellikle alkol bağımlılığında tedavi motivasyonunda önemli bir alan olan içsel motivasyonu artırdığı tarzında bir bulgu saptanmıştır. Bunun nedeni örneklem sayısının yetersizliğine ya da örneklemdeki kişilerin aleksitimik özelliklerine bağlı olabilir. Alkol bağımlılarındaki duygusal patoloji ve bunun olumsuz sonuçlarını anlamak ve tedavi etmek için aleksitimiye araştırmak tedavi motivasyonu açısından önemlidir.

5.3. Tedavi Motivasyonu ile Öfke İlişkisi

TMA toplam puanıyla SÖÖTÖ-sürekli öfke alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur ($p=0.057$). Bunun dışında öfkenini diğer bileşenleri ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Literatür bağımlılık problemi olan bireylerin engellenme eşiğinin normal popülasyondan daha düşük olduğunu göstermektedir (98,99). Bağımlı hastaların acısını öfke ile, öfkeyi de bağımlılığı ile örtmesi alışıl gelmiş bir davranış şeklidir. Bu durumda önemli olan öfkenin doğru tanımlanması ve bağımlılık sürecinde göz ardı edilmesini önlemektir. Alkol kullanımında depresyon ve anksiyete konularına göre öfkenin rolü konusunda daha az bilgi var idi. Bir araştırmada, 426 erkek ergende öfkenin alkol kullanım miktarını ve sıklığını arttırdığı şeklinde bulgu saptanmıştır (100). Bizim araştırmamızda öfke bileşenleri ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni örneklem sayısının yetersizliğinden kaynaklanabilir.

5.4. Tedavi Motivasyonu ile Alkol Kullanım Şiddeti İlişkisi

TMA toplam puanı ile AKBTT toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.144$). Genel olarak alkol bağımlılarının tedavi için başvuruları özellikle geç yaşlarda ve tıbbi sorunlar ortaya çıktığında olmaktadır, yani özellikle alkol bağımlılığı şiddetlenen hastaların tedavi motivasyonları daha fazla olmaktadır. Fakat bu durumu biz araştırmamızda gözlemleyemedik.

5.5. Tedavi Motivasyonu ile Depresyon ve Anksiyete İlişkisi

TMA toplam puanıyla HAM-D toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.039$). TMA-toplam puanı ile HAM-A toplam puanları arasındaysa istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.448$).

Bir toplum örneklemini üzerinde yapılan bir araştırmada, alkol bağımlılığı olan kişilerde yaşam boyu yüksek oranlarda depresyon gözlenmiştir (erkek: %24 depresyon, %11 distimi; kadın: %49 depresyon, %21 distimi) (101).

Yapılan başka bir çalışmada bağımlı hastalarla özellikle majör depresyon ve sınırda kişilik bozukluğu birlikteliğine ilişkin kanıtlar mevcuttur (102)

Literatürde AMKB ile birlikte görülen ektanlı durumlar, hastalık süreci ve tedavi sürecine ayrı etkileri nedeniyle sıklıkla araştırılmıştır. Erkek ve kadın hastalardan oluşan; ayaktan ve yatan olguların birlikte değerlendirildiği bir çalışmada herhangi bir AMKB dışında I. eksen tanısı sıklığı %55.9; majör depresyon sıklığı ise %36.4 saptanmıştır(103)

Ülkemizde 2011 yılında yapılan, denetimli serbestlik hastalarının kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada AMKB dışı bir I. eksen tanısı varlığı ise %87 sıklıkta olup en sık görülen tanı duygudurum bozukluğu; ikinci sıklıkta görülen tanı ise anksiyete bozuklukları olmuştur. Duygudurum bozukluklarından en sık yineleyici majör depresyon saptanmıştır.(104). Bizim araştırmamızdaki bulgularımızda literatür ile uyumlu özelliktedir.

Depresyon ve anksiyetenin aslında farklı motivasyonlara etkili olduğu; depresyonun içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişiler arası yardım arayışla; anksiyetenin de özellikle içsel motivasyonla ilişkili olduğu saptanmıştır(105).

Özellikle depresyon puanları yüksek olan alkol bağımlılığı hastalarında tedavi motivasyonunun yüksek olması araştırmamızın önemli bulgularından birisidir. Alkol

bağımlılığı olan kişilerde tıbbi hastalıkların varlığı tedaviye başvuruları ve motivasyonu nasıl artırıyorsa, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların varlığı da özellikle depresyon da bu şekilde artırıyor olabilir.

Anksiyete bozukluklarından agorafobi ve sosyal fobide alkolün belirtileri yatıştırmak için kullanıldığı ancak obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygınlaşmış anksiyete bozukluğunda ise alkol sorununun daha önceden var olduğu şeklinde sonuçlar elde edilmiştir(106). Dolayısıyla anksiyete ve alkol kullanımı birbirini artıran önemli iki temel unsurdur. Bu açıdan baktığımızda klinik düzeyde ya da klinik düzeye ulaşmamış anksiyetenin varlığı tedaviyi ve tedavi motivasyonunu olumsuz etkileyecektir. Biz araştırmamızda bu sonuca ulaşamadık, fakat daha geniş bir örneklem üzerinde bu konu araştırılabilir diye düşünmekteyiz.

VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Depresyon puanları yüksek olan alkol bağımlılığı hastalarında tedavi motivasyonunun yüksek olması araştırmamızın önemli bulgularından birisidir. Alkol bağımlılığı olan kişilerde tıbbi hastalıkların varlığı tedaviye başvuruları ve motivasyonu nasıl artırıyor, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların varlığı da özellikle depresyon da bu şekilde artırıyor olabilir.

Araştırmamızda alkol bağımlısı hastalarda tedavi motivasyonu ve aleksitimi ilişkisinde literatür ile uyumlu olmayan bir bulgu elde edilmiştir. Aleksitiminin duyguları ifade etme güçlüğü bileşeni fazla olanlarda özellikle alkol bağımlılığında tedavi motivasyonunda önemli bir alan olan içsel motivasyonu artırdığı tarzında bir bulgu saptanmıştır. Bunun nedeni örneklemin sayısının yetersizliğine ya da örneklemdaki kişilerin aleksitimik özelliklerine bağlı olabilir. Alkol bağımlılarındaki duygusal patoloji ve bunun olumsuz sonuçlarını anlamak ve tedavi etmek için aleksitimi araştırmak tedavi motivasyonu açısından önemlidir. Öfke bileşenleri ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni örneklem sayısının yetersizliğinden kaynaklanabilir. Genel olarak alkol bağımlılığı şiddetlenen hastaların tedavi motivasyonları daha fazla olmaktadır. Fakat bu durumu biz araştırmamızda gözlemleyemedik. Tedavi Motivasyonu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamadık.

6.2.Öneriler

Araştırmanın bulguları göz önüne alındığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

1) Daha geniş ve farklı örneklem gruplarında tedavi motivasyonu ve aleksitimi ilişkisini belirleyecek çalışmalar yürütülmelidir.

2) Ülkemizde bağımlılık alanında tedavi motivasyonunu araştıran çalışmalar çok sınırlı olduğundan , bu anlamda çalışmalar yapılması önerilmektedir.

6.3.Çalışmanın Sınırlılıkları

Genel olarak önemli bir sınırlılık olarak düşündüğümüz örnekleme sayısının yetersizliğini belirtmek isteriz. Hastaların tamamının erkek olması ve II.eksen tanılarının araştırılmamış olmasında diğer bir sınırlılık olarak değerlendirilmelidir. Bunun dışında bağımlılık sürecinde tedavinin farklı aşamalarında motivasyonun farklı olduğu da unutulmamalıdır.

6.4.Çalışmanın Güçlü Yanları

Araştırmamız, alkol bağımlısı hastalarda sosyodemografik ve klinik özelliklerin yanı sıra öfke ve aleksitimi ilişkisini araştıran çalışma olma niteliğindedir. Sonuç olarak tedavi motivasyonu ile aleksitimi ve öfke ilişkisini incelediğimiz bu araştırmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

VII. ÖZET

ALKOL BAĞIMLILIĞINDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKENİN TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

Dr. Cengiz Cengisiz
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
E-mail: ccengisiz@gmail.com

Amaç: Bu çalışmada, alkol bağımlılarında öfke ve aleksitiminin alkol bağımlılarının tedavi motivasyonuna etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya Manisa ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesiyle Celal Bayar Üniversitesi hastanesine başvuran 34 alkol bağımlılığı tanısı almış hasta alınmıştır. Bu hastalara Tedavi Motivasyon Anketi (TMA), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (AKBTT), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır.

Bulgular: TMA-içsel motivasyon ile TAÖ-duyguları ifade etme zorluğu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.003$). TMA-toplam puanı ile TAÖ-duyguları tanıma zorluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.046$). TMA-toplam puanı ile HAM-D ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.039$).

Sonuç: Tedavi motivasyonu ile aleksitimi ve öfke ilişkisini incelediğimiz bu araştırmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz. Bu konuda daha geniş örneklemli araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Alkol bağımlılığı, tedavi motivasyonu, öfke ve aleksitimi.

VII. ABSTRACT

The effect of alexithymia and anger in treatment motivation of patients with alcohol dependence

Dr. Cengiz Cengisiz

Celal Bayar University Medicine Faculty

Psychiatry Department

E-mail: ccengisiz@gmail.com

Objective: The main objective of this study is to examine (determine da olabilir) the effect of alexithymia and anger in treatment motivation of patients diagnosed with alcohol dependence.

Methods: The sample of the study is generated by 34 patients diagnosed with alcohol dependence admitted to Celal Bayar University Medicine Faculty Hospital and Manisa Mental Health and Disorders Hospital. Treatment Motivation Scales (TCS), State-Trait Anger Expression Inventory (STAEI), *Toronto* Alexithymia Scale (TAS-20), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Hamilton Depression Rating Scale (HDR-S), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-S) were applied to participants.

Result: Intrinsic motivation (examined by TCS) was significantly correlated with the difficulty of expressing feelings (examined by TAS-20) ($p=0.003$). Total score of TCS was significantly correlated with the difficulty of recognizing emotions (examined by TAS-20) ($p=0.046$). Total score of TCS was significantly correlated with total score of HDR-S ($p=0.039$).

Conclusions: In our opinion, the study of examining the effect of alexithymia and anger in treatment motivation will provide an important contribution to the literature. Studies with larger sample sizes are needed in this regard.

Key words: Alcohol dependence, treatment motivation, anger and alexithymia

IX. EKLER

Ek.1

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI : “Alkol Bağımlılığında Aleksitimi ve Öfkenin Tedavi Motivasyonuna Etkisi ”

CALIŞMANIN ACIK ADI: “Alkol Bağımlılığında Aleksitimi ve Öfkenin Tedavi Motivasyonuna Etkisi ”

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

- Bu çalışmada aleksitimi ve öfkenin alkol bağımlılığı tedavisi üzerinde- *özellikle tedavi motivasyonuna* -etkisi incelenecektir. Bu amaca yönelik olarak tedavisi düzenlenen ve sürdürülen alkol bağımlılığı hastalarının tedavi motivasyonunu etkileyebilecek aleksitimi ile sürekli öfke düzeyi, öfke kontrolü, dışa yansıyan öfke ve bastırılmış öfke açısından değerlendirilmesi sağlanacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Etik kurul onayı alındıktan sonra Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağımlılık Polikliniğine ve Manisa Ruh sağlığı AMATEM polikliniğine başvuran alkol bağımlısı gönüllü hastalar bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamayı kabul ettikleri takdirde çalışmaya dahil edilecektirler. Hastalara

(1) Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Adı Soyadı :

Tarih :

Doğum Yeri-Yılı :

Sıra No :

Adres :

Telefon :

Cinsiyet: (1) Erkek (2) Kadın

Medeni durum: (1) Hiç evlenmemiş

(2) Evli

Eğitim: (1) Okur-yazar değil

(3) Eşi ölmüş

(2) Okur-yazar

(4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

(3) İlköğretim (1-8 yıl)

(4) Lise (9-11 yıl)

Aile tipi: (1) Çekirdek

(5) Yüksekokul (12-üstü yıl)

(2) Geniş

(3) Diğer

Meslek: (1) Ev Kadını

Sosyoekonomikkültürel düzey: (1) Üst

(2) Memur/Asker

(2) Orta

(3) İşçi

(3) Alt

(4) Emekli

Sosyal güvence: (1) Yok

(5) İşsiz

(2) SSK

(6) Serbest

(3) Emekli Sandığı

(7) Çiftçi

(4) Bağ-kur

(8) Öğrenci

(5) Yeşil kart

(9) Diğer

(6) Özel

Yetiştirdiği yer: (1) Köy/Kasaba

Yaşadığı yer: (1) Köy/Kasaba

(2) İlçe merkezi

(2) İlçe merkezi

(3) İl merkezi

(3) İl merkezi

(4) Yurt dışı

(4) Yurt dışı

Tıbbi öykü:

Özgeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Soygeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Psikiyatrik Öykü:

Özgeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Soygeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Kullanılan maddeler:

Kullanılan ilaçlar :

ALKOL KULLANIMINI SORGULAYIN

Alkol başlama yaşı:

Alkol başlama nedeni:

(1) Merak

(3) Özenti

(5) Stres

(2) Ergenlik sorunları

(4) Çevreden etkilenme

(6) Diğer

Zamana göre alkol içme miktarındaki değişiklikler:

(1) Değişmedi

(2) Azaldı

(3) Arttı

Haftada kaç gün alkol kullanıyorsunuz?:

Kullanılan alkol miktarına göre risk düzeyleri

Risk	Erkek	Kadın
Düşük	Günde 4 standart içkiye kadar	Günde 2 standart içkiye kadar
Orta (zararlı)	Günde 4 standart içkiden fazla	Günde 2 standart içkiden fazla
Yüksek (tehlikeli)	Günde 6 standart içkiden fazla	Günde 4 standart içkiden fazla

Tablodaki değerler, haftada 5 kez kullanım içindir

(Bir standart içki= Bir tek rakı, viski, cin, vb=Bir kadeh şarap=Bir küçük kutu bira)

Ne kadar içiyorsunuz?:

Geçen ay içinde bir seferde en fazla ne kadar içtiniz?:

Alkol kullanımı ile ilgili bir sorunuz oldu mu?:

Önceden alkolü bırakmayı düşündünüz mü?

(1) Hayır

(2) Evet

Ailede düzenli alkol alan var mı?

(1) Hayır

(2) Evet

Alkol kullanımı ile ilgili genetik yatkınlık var mı?

(1) Hayır

(2) Evet

Ek.3

T.C.

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI TANIMA TESTİ (AKBTT)

Hastanın adı soyadı :

Tarih :

Soruları yazıldığı gibi okuyun. Yanıtları dikkatlice kaydedin. “Şimdi size geçtiğimiz yıl içinde alkollü içecekleri kullanımınızla ilgili bazı sorular soracağım” diyerek başlayın.

1- Alkol içeren içki ne sıklıkta alıyorsunuz?

- (0) Asla (soru 9-10'a geç) (1) Ayda bir ya da daha az (2) Ayda 2-4 kez
(3) Haftada 2-3 kez (4) Haftada en az 4 kez

2- Alkol içtiğiniz tipik bir gün kaç standart bardak içki kullanırsınız? (Bir standart bardak 10 gr alkol içerir)

- (0) 1 veya 2 (1) 3 veya 4 (2) 5 veya 6 (3) 7, 8 veya 9 (4) 10 veya daha fazla

3- Bir fırsatta altı ya da daha fazla içkiyi ne sıklıkta alıyorsunuz?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

Eğer 2 ve 3. sorular için toplam puan=0 ise, 9 ve 10. sorulara geç.

4- Geçtiğimiz yıl içinde, içki içmeye başladığınızda, ne sıklıkta kendinizi durduramaz buldunuz?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

5- Geçtiğimiz yıl içinde, içki yüzünden ne sıklıkta sizden normalde beklenileni başaramadınız?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

6- Geçtiğimiz yıl içinde, ağır içki toplantısından sonra sabahleyin kendinize gelmek için ilk içkiye ne sıklıkta ihtiyacınız oldu?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

7- Geçtiğimiz yıl içinde, içtikten sonra ne sıklıkta suçluluk ya da pişmanlık hisleriniz oldu?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

8- Geçtiğimiz yıl içinde, içtiğiniz için ne sıklıkta önceki gece ne olduğunu hatırlayamadınız?

(0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün

9- İçmenizin sonucu olarak siz ya da başka birisi zarar gördü mü? ?

(0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl içinde

10- Bir akraba veya bir arkadaş veya bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı içmeniz hakkında endişelendi ya da içkiyi azaltmanızı önerdi mi?

(0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl içinde

Ek.4

T.C.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ (TMA)

Hastanın adı soyadı :

Tarih :

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1- Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum					
2- Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim					
3- Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim					
4- Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum					
5- Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli					
6- Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer					
7- Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim					

8- En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır					
9- Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim					
10- Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum					
11- Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur					
12- Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm					
13- Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim					
14- Bu programın işime yarayacağından eminim					
15- Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum					
16- İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum					
17- Programda başkaları ile birlikte kalmak istiyorum					
18- Başkaları ile endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum					
19- Tedavide başkaları ile yakın çalışmak önemli olacaktır					
20- Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum					
21- Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum					
22- Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum					
23- Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat					
24- Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim					

25- Tedavide diğerleri ile endişelerini paylaşmak rahatlatır					
26- Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum					

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

TAS değerlendirme

TAS-A(Duygularını tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14..(7 madde)

TAS-B(Duygularını ifade etme zorluğu): 2, 4(ters), 11, 12, 17..(5 madde)

TAS-C(Disa-vuruk düşünce): 5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20..(8 madde)

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ taraflarındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçerek, üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

(1) Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Tümüyle

1. **Çabuk parlarım.** (1) (2) (3) (4)
2. Kızgın mizaçlıyım. (1) (2) (3) (4)
3. **Öfkesi burnunda bir insanım** (1) (2) (3) (4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. (1) (2) (3) (4)
5. **Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.** (1) (2) (3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. (1) (2) (3) (4)
7. **Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.** (1) (2) (3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir (1) (2) (3) (4)
9. **Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.** (1) (2) (3) (4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılığın dönerim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

11. **Öfkemi kontrol ederim.** (1) (2) (3) (4)
12. Kızgınlığımı gösteririm. (1) (2) (3) (4)
13. **Öfkemi içime atarım.** (1) (2) (3) (4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım. (1) (2) (3) (4)
15. **Somurtur ya da surat asarım.** (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

16. İnsanlardan uzak dururum. (1) (2) (3) (4)
17. **Başkalarına iğneli sözler söylerim.** (1) (2) (3) (4)
18. Soğukkanlılığımı korurum. (1) (2) (3) (4)
19. **Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.** (1) (2) (3) (4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

- 21. Davranışlarımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)**
- 22. Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)
- 23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)**
- 24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)
- 25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)**

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

- 26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. **(1) (2) (3) (4)**
- 27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)
- 28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)**
- 29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)
- 30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)**

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

- 31. İçimden, insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim. (1) (2) (3) (4)
- 32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)**
- 33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)
- 34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)**

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

X. Kaynaklar

- 1.Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
2. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB ve ark. (1997) Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA, 277: 1039-1045.
- 3.Taylor, G.J.(1992). Is Alexithymia And Somatic Complaints Psychiatric Out Patients", Journal of Psychosomatic Research, 36(5), 417-424
- 4.Cooper, E.D., Holmstrom , R.W. (1984). ; "Relation Ship Between Alexihmia and Somatic Complaints in Normal Sample", Psychother Psychosom, 41, 20-24.
- 5.Dereboy, İ.F.(1990). ; "Alesitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma", (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 6.Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry J.P. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. Compr Psychiatry 1994;35:124-128.
- 7.Finn PR, Martin J, Pihl RO. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. Psychother Psychosom 1987;47:18-21.
- 8.Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?. Psychother Psychosom 1995;63:169-173.
- 9.Loas G, Fremaux D, Otmani O, et al. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. Compr Psychiatry 1997;38:296-299.
- 10.Rybakowski J, Ziolkowski M. Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia. Drug Alcohol Depend 1991;27:73-77.
- 11.Van Praag HM. Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression. Acta Psychiat Scand Suppl 1998; 393: 81-88.
- 12.Spielberger, C. D. (1991). State-Trait Anger Expression Inventory. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- 13.Ricci, Bitti P.E., P. Gremigni, G. Bertolotti and A.M. Zotti. (1995.) Dimensions of anger and hostility in cardiac patients, hypertensive patients and controls. Psychotherapy Psychosomatic. vol. 64:162-172.

14. Riley, W. T., Treiber, F. A. & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 668-674
15. Biaggio, M, K, & Godwin, W, H, 1987, Relation of depression to anger and hostility constructs. *Psychological Reports*, 61, 87-90.
16. Bridewell WB, Chang EC (1997) Distinguishing between anxiety, depression and hostility: Relations to anger-in, anger-out, and control. *J Pers Individ Dif*, 22: 587-590
17. Lerner H (1996) *Öfke Dansı* (Çev: Gül S.). İstanbul, Varlık Yayınları.
18. Hazaleus, L.S. ve J.L. Deffenbacher. (1986). "Relaxation and Cognitive Treatments of Anger". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54:222-226.
19. Sayar K (2000). Yaygın sosyal fobi hastalarında çekingen kişilik bozukluğu ve psikopatolojiye etkileri. *Klinik Psikiyatri* 3: 163-169.
20. Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J.F. (1990). "Anger attacks": Possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867-870.
21. Hussong, A. M., & Chassin, L. A. (1994). The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: Disaggregating negative affect. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 707-718.
22. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd. Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167
23. Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Özgül matbaacılık, 2006, İstanbul; s.80-81
24. Özalp, Nadire (2007). Tıp öğrencilerinin sigara kullanım yaygınlığının değerlendirilmesi ve motivasyonel yaklaşımın bir ögesi olan karar dengesi görüşmesinin sigara tüketim örüntüsü üzerine etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, s. 8-11
25. Tuncer, C., Ersül, Ç., Beyazyürek, M., Karamustafalıoğlu, KO (1988). Uyuşturucu madde bağımlılarında aile özelliklerinin araştırılması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ankara

26. Uluğ, B., (1997). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C. ve Köroğlu E. (Edt), Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt: 1, Hekimler Birliği, Ankara, s. 299-320
27. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tanı Olcutleri Basvuru El Kitabı, Washington DC, 2000, Çeviren:Koseoğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001
29. Yapıcı A., Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi, 2006, İstanbul, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
30. Akvardar Y, Turkcan A, Yazman U, Aytaclar S, Ergor G et all, Prevalance of Alcohol Use In Istanbul, Psychological Reports, 2003, 92, 1081-1088
31. Kalyoncu A, Mırsal H, Alkol Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dnyası 2000;4: 22-30
32. Akvardar Y, Turkcan A, Yazman U, Aytaclar S, Ergor G et all, Prevalance of Alcohol Use In Istanbul, Psychological Reports, 2003, 92, 1081-1088
33. Baskak B, Cevik A. (2007). Somatizasyonun kültürel boyutları. Psychiatry in Türkiye,9, 50-57
34. Esel E., Alkol Yoksunluğunun Norobiyolojisi: Baskılayıcı ve Uyarıcı Norotranmitterler, Turk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(2): 129-138
35. Ceylan E., Turkcan A., Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Genisletilmiş 2. Baskı, İstanbul 2003: 25-38
36. Kianmaa AD, Cunningham CL, Angel CA, Ericson M et all, Neurobiological Process in Alcohol Addiction, 2006, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 25(1): 144-151
37. Weiss, F. And Porrino, L., Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges, Journal of Neuroscience, 2002, 22(9):3332-3337
38. Kocak R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,35: sayı 1-2
39. Sifneos PE. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity, Psychiatric Clinics of North America, 11,287-

40. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. (2003) Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res*, 54, 533-541
41. Parker, J.D. and Ark. (1998). Alexithymia: Relationship with Ego Defense And Coping Styles, *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98
42. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1991). Alexithymia Construct, A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine”, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32 , 153-163.
43. Lesser IM (1981). A reiew of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 43,531-543
44. Baskak B, Cevik A. (2007). Somatizasyonun kültürel boyutları. *Psychiatry in Türkiye*,9, 50-57
45. Loas G (1995). Prevalence of alexithymia in a general Population, *Ann Med Psychol*, 153, 355-357
46. Stoner, S.B. ve Spencer, W.B. (1987). Age and gender differences with the Anger Expression Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 47 (2), 487-492.
47. Gençtan, E. (1999). *İnsan Olmak*. 20. basım. Remzi kitapevi. İstanbul.
48. Köknel, Ö. (1986). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. Altın Kitaplar Yayınevi. İstanbul.
49. Üstün, B. ve Yavuzaslan, F.(1995). Öfkenin gücü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 42-46.
50. Biaggio, M.K. (1987). Clinical dimension of anger management. *American Journal of Psychotherapy*, 41 (3), 417-424.
51. Burns, J.W., Evon, D. ve Strain-Saloum, C. (1998). Repressed anger and pattern of cardiovascular, self-report and behavioral responses: Effects of harassment. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 569-581.
52. Spielberger, C.D., Crane R.S., Kearns, W.D. (1991). Anger and anxiety in essential hypertension. *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*, 265–279
53. Deffenbacher, J.L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., ve ark. (1996). State-Trait anger theory and the utility of trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*. 43 (2), 131-148.

54. Kellner, M.H., ve Bry, B.H. (1999). The effects of anger management groups in a day school for emotionally disturbed adolescents. *Adolescence*, 34 (136),645-651.
55. Lehnert, K., Overholser, J. ve Spirito, A. (1994). Internalized and externalized anger in adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Research*, 9, 105-119.
56. Berkowitz, L. (1989). Frustration-Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 59-73.
57. Engebretson, T.O., Matthews, K.A., ve Scheier, M.F. (1989). Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent finding through a matching hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 513-521
58. Power, M. J. ve Tarsia, M.(2007). Basic and Complex Emotions in Depression and Anxiety, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (1), 19-31.
59. Biaggio, M.K. (1987). Clinical dimension of anger management. *American Journal of Psychotherapy*, 41 (3), 417-424.
60. Bridewell, W.B. ve Chang, E.C. (1997). Distinguishing between anxiety, depression and hostility: Relations to anger-in, anger-out, and control. *Journal Personality and Individual Differences*, 22, 587-590.
61. Riley, W.T, Treiber F.A., ve Woods, M.G. (1989). Anger and hostility in depression. *Journal Nervous Mental Disorder*, 177, 668-674.
62. Sayar, K., Güzelhan, Y., Solmaz, M., ve ark. (2000). Anger attacks in depressed Turkish outpatients. *Annual Clinical Psychiatry*, 12, 213-218.
63. Balsamo, M. (2010). Anger and depression: evidence of a possible mediating role for rumination. *Psychological Reports*,106 (1), 3-12.
64. Şahin, N.H. ve Batıgün, A.D. (2009). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1), 28-36.
65. Burrow-Sanchez JJ, Lundberg KJ. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addict Behav*, 32(1), 199-204.
66. Claus, R. E., & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 25–31.

67. Ryan, R.M.; Plant, R.W.; and O'Malley, S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors* 20(3):279–297, 1995.
68. Diclemente, C.C., and Scott, C.W. Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph No. 165. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1997. pp. 131–156.
69. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-288.
70. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrated model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5
71. N Figlie; J Dunn; Ronaldo Laranjeira Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. *Addictive behaviors* 2005;30(1):159-65
72. Cahill MA, Adinoff B, Hosig H, et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav.* 2003; 28: 67-79.
73. George De Leon & Nancy Jainchill (1986): Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability as Correlates of Treatment Tenure, *Journal of Psychoactive Drugs*, 18:3, 203-208
74. Hyman SE, *Addiction: A Disease of Learning and Memory*, *American Journal of Psychiatry* 2005; 16: 1414 – 1422
75. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav* 1995; 20: 279-297.
76. Evren C, Saaçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant BS, Çakmak D, Ryan RM. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonununun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7:117-122
77. Kemal Sayar, Samet Köse, Hans Grabe, Murat Topbas. Alexithymia and dissociation in an adolescent sample from Eastern Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci* 59(2):127-34.2005.
78. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
79. Özer, K. (1994). Sürekli Öfke (SL – Öfke) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke - Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 26-35.

80. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF ve ark. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88: 791-804.
81. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D (2002) Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2-3: 107-112.
82. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi* 1996;4:251-9
83. Yazlıcđ MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 114-117.
84. Yüncü, Zeki, Aydın , Cahide , Coskunol, Hakan, Altıntoprak, Ender, Bayram, Ayse, Türkan (2006). Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine 2 Yıl Süresince Basvuran Olguların Sosyodemografik değerlendirilmesi, *Bağımlılık Dergisi*, 7 (1): 31-37
85. Villa, Roberto Secades, Hermida, Jose Ramon Fernande, Montaraz, Cristina Arnaez (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study, *Substance Use & Misuse*, 39 (9): 1369-1378
86. Akcan, Ayhan, Akcan, Z. Funda, Engin, Samancı, Armagan Y., Balcioglu, ibrahim (2000). İstanbul Bayrampasa Kapalı Cezaevindeki erkek adli tutuklu ve hükümlülerde cezaevi öncesi alkol ve madde kullanma sıklığı ve özellikleri, *Bağımlılık Dergisi*, 1(2):61-68
87. Joe, G.W., D.D. Simpson, and K.M. Broome, *Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process*. *Addiction*, 1998. **93**(8): p. 1177-90.
88. Compton, W.M., et al., Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64(5): p. 566-76.
89. Schaub, M., et al., *Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe*. *Eur Addict Res*, 2010. 16(1):
90. Tamar, Defne, Ögel, Kültegin, Çakmak, Duran (1996). Uyusturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi, Basbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, İstanbul

91. Villa, Roberto Secades, Hermida, Jose Ramon Fernande, Montaraz, Cristina Arnaez (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study, *Substance Use & Misuse*, 39 (9): 1369-1378
92. Akcan, Ayhan, Akcan, Z. Funda, Engin, Samancı, Armagan Y., Balcioglu, İbrahim (2000). İstanbul Bayrampasa Kapalı Cezaevindeki erkek adli tutuklu ve hükümlülerde cezaevi öncesi alkol ve madde kullanma sıklığı ve özellikleri, *Bağımlılık Dergisi*, 1(2):61-68
93. Ünsalan, Nasibe, Kalyoncu, Ayhan, Pektas, Özkan, Mırsal, Hasan, Beyazyürek, Mansur (2004). Yatarak tedavi gören madde bağımlılığı (alkol ve alkol dışı) tanısı konan hekimlerin özellikleri, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5: 148-153
94. Villa, Roberto Secades, Hermida, Jose Ramon Fernande, Montaraz, Cristina Arnaez (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study, *Substance Use & Misuse*, 39 (9): 1369-1378
95. Villa, Roberto Secades, Hermida, Jose Ramon Fernande, Montaraz, Cristina Arnaez (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study, *Substance Use & Misuse*, 39 (9): 1369-1378
96. Loas G, Fremaux D, Otmani O, et al. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Compr Psychiatry* 1997;38:296-299.
97. Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?. *Psychother Psychosom* 1995;63:169-173.
98. Howells K, Day A. (2003). Readiness for anger management. *Clinical and Theoretical Issues. Clinical Psy. Reiew* 23, 319- 337.
99. Deffenbacher JI (1992) Trait anger: Theory and implications. *Advances in Personality Assessment* , 9: 177- 201.
100. Hussong, A. M., & Chassin, L. A. (1994). The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: Disaggregating negative affect. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 707-718.
101. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am. J. Orthopsychiatry.* , 66: 17-31

102. Cohen, P., et al., Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend*, 2007. 88 Suppl 1: p. S71-84.
103. Verheul, R., et al., Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand*, 2000. 101(2): p. 110-8.
104. Musalar Ö, Denetimli Serbestlik Tedbiriyle Tedavi Kararı Verilenlerde Madde Kullanım Özellikleri I. Eksen ve II. Eksen Tanılarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, izmir: 2011
105. Cahill, M.A., et al., Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav*, 2003. 28(1): p. 67-79.
106. Kushner MG, Kenneth MA, Beitman BD (1990) The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 147: 685-695.