

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**ALKOL BAĞIMLILIĞININ TIP D KİŞİLİK İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ABDULLAH YILDIZ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. BEHÇET COŞAR**

ANKARA, 2012

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**ALKOL BAĞIMLILIĞININ TIP D KİŞİLİK İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ABDULLAH YILDIZ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. BEHÇET COŞAR**

ANKARA, 2012

TEŞEKKÜR

Tezimin oluŐması ve yürütölmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen, her konuda bilgi birikiminden yararlandığım Prof. Dr. Zehra Arıkan ve tez danıŐmanım Prof. Dr. Behçet Coşar'a, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, deneyim ve önerilerinden faydalandığım Prof. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu, Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Prof. Dr. Erdal IŞık, Prof. Dr. Selçuk Aslan, Doç. Dr. Burhanettin Kaya, Doç. Dr. Aslıhan Sayın ve Doç. Dr. Ender Taner'e, Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum boyunca bilgi ve tecrubelerinden yararlandığım Prof. Dr. Őahnur Őener, Prof. Dr. Elvan IŐeri ve Doç. Dr. Yasemen Taner'e, Nöroloji rotasyonum boyunca eğitimime katkısı olan Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde desteğini esirgemeyen Klinik Psikoloğumuz Çisem Utku'ya, birlikte çalışma imkanı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, psikiyatri servisi, Gölbaşı Bağımlılık Servisi ve poliklinik çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan aileme ve desteğini hep yanımda hissettiğim eŐim Dr. Pınar Aysert Yıldız'a, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	v
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 ALKOL HAKKINDA GENEL BİLGİLER	3
2.1.1 Alkol tanımı ve genel bilgiler	3
2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri	4
2.1.3 Alkol Bağımlılığının Tanımı	8
2.1.4 Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı.....	10
2.2 KİŞİLİK KAVRAMI VE PSİKİYATRİ.....	12
2.3 TİP D KİŞİLİK.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1 Örneklem seçilmesi	19
3.2 Çalışmada Kullanılan Gereçler:	20
4.BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	37
6. KAYNAKLAR	50
7. ÖZET	64
8. ABSTRACT.....	67
9. EKLER.....	70
EK 1.....	70
EK 2.....	71
EK 3.....	72

EK 4.....	74
EK 5.....	75
EK 6.....	76
EK 7.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	27
Tablo 2. Alkol Bağımlılığı Olan Hastalara İlişkin Özellikler	28
Tablo 3. Örneklem Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Student T-Testi Analiz Sonuçları.....	31
Tablo 4. Alkol Bağımlılığı Olan Hastalara Uygulanan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	35
Tablo 5. Grupların Tip D Kişilik Özelliklerine ilişkin sonuçlar	36

KISALTMALAR

NA	: Negatif affekt
SI	: Sosyal inhibisyon
HADÖ	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
DS-14	: Tip D Ölçeği-14
SAD-persons	: İntihar riski ölçeği
MSPSS	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal, İstatistiksel El Kitabı
TCI -MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

Bağımlılık, çok boyutlu (1,2), diğer ruhsal rahatsızlıkların da görülmesinde büyük bir risk faktörü olan (3), kronik ve tekrarlayan bir bozukluktur. Bağımlılık hem ruhsal hem de fiziksel yapıyı etkileyen bir süreçtir. Fiziksel ve ruhsal bağımlılık önceleri birbirinden ayrı olarak ele anılırken günümüzde bu iki terim birlikte ele alınmaktadır. Bağımlılık, kişinin olumsuz sonuçları olduğunu bilmesine rağmen, alkol ya da maddeyi ne pahasına olursa olsun kullanmasından dolayı kompulsif bir davranış olarak da tanımlanmıştır. Bağımlılık; diabet, artrit ve astım gibi kronik seyirli hastalıklara benzer şekilde kronik bir tablo olarak değerlendirilmiştir, yani tedavi edilse bile, tam bir iyileşme göstermediği ve hastanın yaşamındaki seçimlere göre atakların olabileceği ileri sürülmüştür (4). Alkol ve madde bağımlılığı tanısı DSM-IV ya da ICD-10 tarafından belirlenen klinik kriterler çerçevesinde konmaktadır (5,6).

Tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye meyil (NA) ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak (SI) inhibe etmeyle karakterizedir. Tip D kişiler kırgınlık, yaşamın kasvetli tarafına bakma, gerginlik ve mutsuzluk duygularına eğilimlidir. Daha kolay irrite olurlar, olasılıkla pozitif duyguları daha az deneyimlerler. Aynı zamanda negatif duyguları diğer insanlarla daha az paylaşırlar. Tip D bireyler diğer insanlarla daha az bağ kurarlar ve yabancıların olduğu ortamlarda rahatsız olma eğilimindedirler. Tip D bireyler düşük benlik algısı, yaşama karşı genel bir hoşnutsuzluk sergilerler (7).

Çalışmalar, mizaç ve kişilik özelliklerinin, psikiyatrik bozuklukların bir öncüsü olup, kalımsal olarak aktarıldıklarını da desteklemektedir (8). Literatürde

Alkol bağımlılarının mizaç ve karakter özelliklerini inceleyen çalışmalarda mevcuttur (9).

Yaşamsal stres ve zorluklardan kaçan kişilerce alkol ve uyuşturucu maddelerin kaygıyı azaltan niteliği, bir “desteklenme aracı” olarak kullanılır ve arkasından bağımlılık gelebilir (10).

Bu bilgiler ışığında kronik bir hastalık olan bağımlılık için Tip D Kişiliğin bir risk faktörü olabileceği düşünülebilir. Stres ve yaşamsal olaylara karşı güçlük çeken, ve sosyal alanlarda yalnız kalma eğilimi, kendini ifade güçlüğü içerisinde olan bireylerin bu eksikliklerine karşı destekleyici olarak alkol ve maddeye başvurma eğilimi gösterebilecekleri algısı oluşabilir. Bu çalışmada Alkol Bağımlılığı olan hastalarda Tip D kişiliğin prevalansını belirlemeyi, bağımlılığın oluşum sürecinde belirleyici olan stres ile ilişkisini incelemeyi, psikiyatrik – kardiyak ve ek hastalıklar açısından değerlendirmeyi amaçladık. Dünyada bağımlılık ve tip D kişilik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışma olmaması bakımından literatürde önem taşımasını ummaktayız.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 ALKOL HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2.1.1 Alkol tanımı ve genel bilgiler

Psikiyatride madde, kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, duygulanım, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanabilir. Bunlar; reçete ile verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (etanol) gibi maddelerdir (11). Alkol ve alkol dışı maddeleri kullanma alışkanlığı eski çağlara kadar uzanmaktadır. Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edilebilmektedir. Bu nedenle, hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Damıtma teknolojisinin gelişmesiyle 18. yy Avrup’da alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yy’da Amerika’da zirveye ulaşmıştır. Süreç içerisinde zaman zaman yasaklanmış ve ağır cezalar verilmiştir. 1700’lerde Dr. Benjamin Rush (1790) aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış, tedavisini de alkolden tamamen uzak durmak olarak belirlemiştir. 1849’da İsveçli doktor, Magnuss Huss ilk kez ‘‘alkolizm’’ terimini kullanmıştır. 20.yy’da psikanalitik görüşün yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir belirtisi olarak kabul edilmiş, 2. Dünya Savaşından sonra alkol kullanımının farklı kültürlerde farklı dereceler göstermesi, alkolizmin köklerinin sosyal davranış örüntülerinde olduğunun kanıtı olarak ele alınmıştır. Bugün alkolizm; kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları,

psikoanalitik dinamikler, psikososyal etkenler, aile sistemlerine yönelik ele alınmasının yanı sıra, alkolün psikofarmakolojisi, genetik yapı, biyolojik yatkınlık, psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi birçok yönden de ele alınmaktadır (12)

2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkol organik bileşiktir. Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu ortaya çıkar (13). Alınan alkolün yaklaşık olarak %10'u mideden, kalanı da ince bağırsaktan emilir. İnce bağırsak aynı zamanda B vitaminlerinin de emilim bölgesidir. Etanol suda kolay çözünebildiği için hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır.

Yağda çözünürlüğü de orta derecede olduğundan hücre zarlarını etkiler. En üst kan alkol düzeyine genellikle 45-60 dakikada ulaşılır. Bu düzeye ulaşma midenin boş olmasına veya beraberinde yemekle alınmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Midenin boş olması emilimi hızlandırır. Ayrıca alkolün hızlı alımı da üst düzeye ulaşma zamanını kısaltır. Değişik alkollü içecekler değişik düzeyde etanol içerirler. Ancak ortalama olarak bir bardak şarap 10-12 g, bir bardak sert içki 28 g etanol içerir. 70 kg ağırlığında ve ortalama yağ kitlesine sahip bir kişide bir bardak içki kan alkol düzeyini yaklaşık olarak 15-20 mg/dl artırır (14). Emilen alkolün %90'ı karaciğerden oksidasyonla, geri kalanı ise değişmemiş halde akciğerlerden ve böbreklerden metabolize edilir. Vücut yaklaşık olarak saatte 15mg/dl alkolü metabolize eder. Fazla alkol alım öyküsü olan hastalarda gerekli enzimlerin up regülasyonu alkolün hızlı metabolizasyonu ile sonuçlanır (15).

Alkol iki enzimle metabolize edilir; bu enzimler alkol dehidrogenaz ve aldehit dehidrogenazdır. Alkol dehidrogenaz alkolün toksik bir bileşen olan asetaldehite dönüşümünü katalize ederken, aldehit dehidrogenaz asetaldehitin asetik asite dönüşümünü katalize eder. Alkolle ilişkili bozukluklarda bir tedavi yöntemi olan disülfiram, aldehit dehidrogenaz enzimini inhibe eder. Bazı çalışmalar kadınların daha düşük alkol dehidrogenaza sahip olduğunu, bu nedenle erkeklerle kıyaslandığında aynı miktar alkolle daha fazla zehirlenme durumuna geldiklerini göstermiştir. Ayrıca alkolü metabolize eden enzimlerin azalmış etkilerinden dolayı bazı Asya'lı insanlarda daha kolay zehirlenme ve toksik belirtiler izlenebilmektedir.

Alkolün beyin üzerine etkilerini açıklayabilecek tek bir mediyatör saptanmamıştır. Alkolün biyokimyasal etkileriyle ilgili en çok üzerinde durulan görüş, sinir membranı üzerine etkileriyle ilişkili olanıdır. Kısa dönem kullanımında alkol membranlardan geçerek membranların akışkanlığını artırır. Uzun dönem kullanımında ise membranın rijid bir hale geldiği iddia edilmektedir. Membranın akışkanlığı; reseptörlerin, iyon kanallarının ve diğer membranda bulunan fonksiyonel proteinlerin normal işlevlerini yerine getirebilmeleri için kritik bir düzeydedir. Son çalışmalarda araştırmacılar alkolün etkileri için spesifik moleküler hedefler amaçlamışlardır. En çok iyon kanalları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar göstermiştir ki; alkol iyon kanalı aktiviteyi nikotinik asetilkolin, serotonin tip 3 (5-HT₃), GABA tip A (GABA-A), glutamat reseptörleri ile ilişkilidir. Nikotinik asetilkolin, serotonin, GABA reseptörlerini değiştirirken, glutamat reseptörleri ve voltaja bağlı kalsiyum kanallarını inhibe etmektedir.

Davranışsal etkilerine bakıldığında; aralarında bir derece çapraz tolerans ve çapraz bağımlılık olan barbituratlar ve benzodiazepinler gibi alkolün de moleküler etkilerinin sonucu olarak depresan aktivitesi mevcuttur. Kanda %0,05'lik alkol ile düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozulur. Yüzde 0.1'de, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal alır. Birçok bölgede yasal zehirlenme düzeyleri % 0,1 ila % 0,15 arasındadır. Yüzde 0,2 düzeyinde beynin tüm motor alan fonksiyonları deprese olur, hatta duygusal davranışları kontrol eden alanlarda da etkilenme başlar. Yüzde 0,3 düzeyinde kişi büyük olasılıkla tamamen konfüze veya stuporda, 0,4-0,5 yüzdelerinde ise komadadır. Daha yüksek düzeylerde beynin nefes alma, kalp atımının kontrolü gibi temel işlevleri etkileneceği için ölümlerle karşılaşılır. Uzun dönem alkol kullanan kişiler, daha yüksek düzeyleri tolere edebilir, onların bu alkol toleransı, görünümde gerçekte olduklarından daha az entoksike hal de gösterebilir. Alkolün uyku üzerine etkilerine bakıldığı zaman, akşamları alınan alkolün uykuya geçişi kısaltması söz konusu iken, alkolün uyku yapısı üzerine yan etkilerinin olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımını REM ve derin uyku olan Non-REM 4. evreyi kısaltmakla beraber uyku bölünmesini artırır ve daha sık ve daha uzun uyanıklıklara neden olur.

Alkolün diğer fizyolojik etkilerine bakıldığında; alkolün majör zararlı etkisinin karaciğerle ilişkili olduğu görülür. Artan alkol kullanımını karaciğerde yağ ve protein birikimine dolayısı ile yağlı karaciğer görünümüne neden olur. Ayrıca alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi bilinmektedir. Uzun dönem ağır içicilik; özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimi ile ilişkilidir. Özofajial varislerin gelişimi de ağır alkol kullanımına eşlik eder ki, bu varislerin rüptürü ölümcüldür. İnce bağırsak hastalıkları da ara sıra gelişebilmekte ayrıca pankreatik yetmezlik, pankreatit, pankreas kanseri de eşlik edebilmektedir. Ağır

alkol kullanımı, besin sindirimini etkileyebilir. Alkol kullanımı sonucu bağırsaktan amino asit ve vitaminler gibi besinlerin emilimi inhibe olur. Bu etki alkolle ilişkili bozukluğu olan kişilerin zayıf beslenme alışkanlıkları ile beraber olunca özellikle B vitamini olmak üzere ciddi vitamin eksiklikleri görülebilmektedir. Önemli miktarlarda alkol alımı; artmış kan basıncı, lipoproteinler ve trigliseridlerin disregülasyonu, artmış myokardial enfarkt ve serebrovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Kanıtlar göstermektedir ki alkol kullanımının hemapoetik sistem üzerine de yan etkileri bulunmaktadır; bu nedenle özellikle baş, boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon ve akciğer kanseri insidansı artmaktadır. Akut intoksikasyonda hipoglisemi olabilmekte, atlandığı zaman ölümler görülebilmektedir. Kas güçsüzlüğü alkol kullanımının yan etkilerindedir.

Son kanıtlar alkol alımının, kadınlarda östrodiolün kan düzeyini arttırdığını göstermektedir. Östrodiolün artışı kan alkol düzeyiyle paraleldir. Alkolün yan etkileri bazı laboratuvar tetkiklerinde açık bir şekilde gözlenebilmektedir. Alkolle ilişkili bozuklukların kadınlarda daha çok olmak üzere, yaklaşık olarak %80'inde gama glutamil peptidaz, %60'ında da MCV yüksek tespit edilmektedir. Alkol kötüye kullanımı ile ilişkili diğer laboratuvar testleri ürik asit, trigliserid, serum glutamic-oxaloasetic transaminaz ve serum glutamic-pyruvic transaminaz olarak sayılabilir.

Alkol ve diğer maddelerin etkileşimi tehlikeli hatta ölümcül olabilmektedir. Alkol ve fenobarbütal gibi bazı maddeler karaciğerden metabolize edilirler ve uzamış kullanımlarında metabolizmalarında artış olur. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişiler, alkolsüz olduklarında bu artmış metabolizma onların sedatif hipnotikler gibi ilaçlara tolerans geliştirmesini sağlar. Aynı şekilde bu

insanlar alkol intoksikasyon durumundayken; ilaçlar aynı detoksifikasyon mekanizması için alkol ile yarışır ve bu maddelerin potansiyel toksik etkilerinde artış olur. Alkol ve diğer merkezi sinir sistemi depresanlarının etkileri sinerjistikdir. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişilerde sedatif hipnotikler, ağrı, hareket hastalıkları, soğuk algınlığı ve allerjide verilen ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır (14).

2.1.3 Alkol Bağımlılığının Tanımı

DSM-IV' e göre tüm madde ile ilişkili bozukluklarda bağımlılık ve kötüye kullanım kriterleri aynıdır. Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımında yeterli günlük işlevsellik için fazla miktarlarda alkol alma ihtiyacı olmaktadır. İçme biçimleri belli davranışlarla ilişkilidir. Bunlar; içmeyi durdurma veya kesme, fazla içmeyi kontrol edebilmek için çaba gösterme, içmeyi günün belli zamanına sınırlayamama, kişinin alkol kullanımıyla kötüleştiğini bildiği fiziksel bozukluğuna rağmen içmeye devam etme, alkol içeren sanayi ürünlerini içmek amaçlı kullanma ve intoksikasyon sırasında yaşananları hatırlayamama ile seyreden amnestik periyodlar şeklindeki davranışlardır.

Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan kişi alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozulma yaşar. Bu alanlardaki yasal zorluklar; aşırı miktarda alınma durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya arkadaşlar ile tartışmalar, alkollü iken sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle tutuklanmalar şeklinde olabilir (14).

Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış fakat hiç biri bu kavramı yeterince açıklayamamıştır. Bazı

araştırmacılar tarafından kalıtımı veya biyolojik etkenleri ön plana çıkarmış, bir kısmı ise biyopsikososyal etkenlerin belirleyici olduğu üzerinde durmuşlardır. Fakat biyopsikososyal bir bütün olarak insanı anlamak, değerlendirmek ve onun çok yönlü yapısının alkol kullanımı ile ilişkilerini sağlam verilere dayanarak ortaya koymak pek o kadar kolay olmamıştır. Alkol bağımlılığı olgusunu tartışan modellerin hepsi, tek başına alkol bağımlılığını tanımlamakta zorlanmışlardır (16).

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (17):

Alkol bağımlılığı

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 ačan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1) Aşağıdakilerden biri ile tanımladığı üzere tolerans gelişmiş 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 boőa çıkan çabalar vardır.

5) Alkolü 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 karőın alkol kullanımı sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

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

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

2.1.4 Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar toplumları oluşturan bireylerin %90'nının yaőamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye

kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (18). A.B.D de alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için %10, kadınlar içinse %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %3-5, erkeklerde %10,0; alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %10, erkeklerde %20 bulunmuştur. Alkol bağımlılığı 12 aylık yaygınlığı erkeklerde %11,9, kadınlarda %2,16 olarak bulunmuştur. Etkin bağımlılık ya da kötüye kullanım oranı o sırada alkol almakta olan bağımlı ve kötüye kullanımı olanları göstermektedir. ABD'de yetişkin nüfusta etkin alkol bağımlılığı % 4, etkin kötü kullanımı olanlar % 3 olarak bulunmuştur (19). Birçok ülkede aynı yöntemle yapılmış bir anket araştırması olan ESPAD (Avrupa Alkol Madde Okul Projesi) çalışmasında ülkeler karşılaştırılmış, alkol kullanımının Danimarka, İngiltere ve Polonya'da çok yüksek olduğu, ülkemizde ise düşük olduğu gözlenmiştir (20).

Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Ülkemizde alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır. Örnek olarak Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide alkol kullanım yaygınlığı % 14,1, alkol bağımlılığı % 0. 9 olarak bulunmuştur (21). İstanbul'da 1997 yılında 12 -65 yaş arası 1550 kişilik İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı % 33. 5, araştırma yapıldığı sıradaki alkol kullanım yaygınlığı % 25. 6 (erkeklerde % 34,5, kadınlarda %15. 9) olarak bildirilmiştir (22). Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak

saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir (21). Türkcan ve arkadaşlarının (1999) İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (22). Yine İstanbul'da 2000 yılında 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 54. 7 (erkeklerde % 73. 4, kadınlarda % 35. 0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımı erkeklerde % 17. 9, kadınlarda % 2,3 olarak bulunmuştur, alkol yoksunluğu yaşayanların oranı ise %1'dir (20). Dünya Sağlık Araştırması'na göre 2003 yılında Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11152 kişiyi içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı % 91. 6'dır (23).

2.2 KİŞİLİK KAVRAMI VE PSİKİYATRİ

Kişilik oldukça tartışmalı ve karmaşık bir yapıdır. İnsanlar, davranışlarının özellikleri açısından birbirinden farklıdır. Yapısal açıdan kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu konusunda çoğu araştırmacı hem fikirdir. Mizaç, biyolojik faktörlerin kişiliğe katkıları, karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtmaktadır. Zekâ, hem yapısal, hem sosyal özellikleri etkileyip, bütünsel kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir. Kişiliğin temel fonksiyonları düşünmek, duymak ve algılamaktır. Bunların neticesinde hedefe yönelik davranışlarda bulunulur (24).

Kişilik bireyin kendine özgü tutum, duruş ve davranış kalıbını yansıtır. Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal değişiklikleri açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiştir. Cloninger'in kişilik kuramı; psikometrik kişilik çalışmalarının yanısıra ikizler ve ailelerle yapılan uzun süreli gelişim çalışmaları ve

nörofarmakolojik - nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme olmak üzere dört boyutlu bir mizaç tanımlar. Bu mizaç özellikleri, algıya dayalı mizaçlar ve becerilerde bireysel farklılıkları yansıtır ve genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsızdır.

Yenilik Arayışı; davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılıdır ve yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliğe doğru kalıtsal bir yatkınlığı kapsar. Dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabucak öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı da içerir. Zarardan Kaçınma; davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışların önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir. Kendisini gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişe hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları gösterir. Ödül Bağımlılığı; davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir ve duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendisini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. Sebat Etme; engellenme ve yorgunluğa karşı koymaya yönelik kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler.

Cloninger'in modeli ayrıca kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri benlik kavramları ile uğraşma ya da erişkinlikle gelen kişisel veya sosyal etkinliliğin getirdikleriyle olgunlaşır. Karakter bileşenlerinin mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak kalıtıldıklarına inanılır.

Kendini yönetme; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmeye beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bireydir. İş birliği yapma; sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik, erdemli ve vicdanlı olmaktan oluşur. İş birliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. Kendini aşma; kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir. Cloninger'in kişilik kuramı, kişiliği çok katlı düzeyde anlamaya yardımcı olur. Bu düzeyler kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel, duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıklarını ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi düzeylerdir.

Cloninger mizaç konusunda şunları belirtir: Mizaç bir ölçüde kalıtsaldır. Yaşam boyu sabittir ve merkezi sinir sistemindeki sinir ileticisi fonksiyonları arasındadır. Cloninger'in kişilik modeli davranışlar ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, zarardan kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin ve ödül bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin, sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Kişilik özellikleri; kalıcı, alışılmış, yineleyen davranışların toplamıdır. Kişilik özellikleri kişiliğin belirginleşmiş yönleri olup, her zaman patolojik bir duruma işaret etmez (25,26).

Kişilik bozukluğu ise birçok farklı kişisel ve toplumsal durumlara esnek olmayan yanıtlarla kendini gösteren içe sinmiş ve kalıcı davranış kalıplarıdır. Bu davranışlar bir kültürel ortamdaki ortalama bireyin algılama, düşünme, duyma ve özellikle başkalarıyla ilişki kurma biçimlerinden belirgin bir sapma gösterir. Bu duruma işaret eden ilk davranışlar çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayıp daha sonra aile, arkadaş grubu, iş ortamı gibi hayatın farklı alanlarında süreklilik kazanır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ya da bireysel huzursuzluk ile karakterize uyumsuz davranış örüntüsüdür (27). Kişilik bozuklukları kişiyi, ailesini ve eşzamanlı görülen diğer psikiyatrik bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını da etkilemektedir. DSM-III ile birlikte, kişilik bozukluklarının sanıldığından çok daha yaygın olduğu ortaya çıkmıştır. Batı toplumlarında genel popülasyonun en az % 10-15'inde kişilik bozukluğu olduğu söylenmektedir. Yatarak izlenen psikiyatrik hastaların yarısından fazlasında, ayaktan izlenenlerin ise % 30-40'ında tek başına ya da başka bir ruhsal hastalığa eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'ye özgü epidemiyolojik çalışmalar henüz yetersiz olmakla birlikte, kentsel yörelerde kişilik bozukluğunun Batıdaki kadar sık olduğunu düşündüren bulgular vardır. Kişilik bozuklukları, başka psikiyatrik hastalıkların gelişmesine yatkınlık yaratan çok uygun zeminler olduğu gibi, kendilerine eşlik eden başka bozuklukların tedavisini de zorlaştırır (28).

2.3 TIP D KİŞİLİK

Tip D kişiliği Denollet ve ark. "Distressed personality" olarak tanımlamışlar ve bunun hem negatif affektivite hem sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (29) Negatif

affektivite (NA); negatif emosyonları (depresif duygulanım, anksiyete, kızgınlık, düşmanlık) deneyimlemeye meyil olarak tanımlanır. NA skoru yüksek olan bireylerin kendilerine bakışı da negatiftir, daha fazla disfori, anksiyete ve iritabilite duygularını yaşarlar. Çevreyi olması muhtemel sıkıntıların işaretlerini görmek için tararlar. (30) NA nevrozisizm ile pozitif ilişkilidir. Sosyal inhibisyon (SI); Sosyal ilişkilerde beğenilmeme, karşılık alamama gibi potansiyel tehlikelerden kaçınmak amacıyla duygu ve davranışların dışa vurulmasındaki inhibisyon eğilimi olarak tanımlanır. (31) SI skoru yüksek olan bireyler sıklıkla inhibisyon, gerginlik, rahatsızlık ve diğer insanlarla karşılaştığında güvensizlik hissederler. Başkaları ile birlikte iken endişeli olma duygusundadırlar. (32,33) Yani tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye eğilim ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak inhibe etmeyle karakterizedir. (34) Tip D kişiler kızgınlık, yaşamın kasvetli tarafına bakma, gerginlik ve mutsuzluk duygularına eğilimlidir. Daha kolay irrite olurlar, olasılıkla pozitif duyguları daha az deneyimlerler. Aynı zamanda negatif duyguları diğer insanlarla daha az paylaşırlar. Tip D bireyler diğer insanlarla daha az bağ kurarlar ve yabancıların olduğu ortamlarda rahatsız olma eğilimindedirler. Tip D bireyler düşük benlik algısı, yaşama karşı genel bir hoşnutsuzluk sergilerler. (35)

Tip D tanımı koroner kalp hastalarında kişiliğin rolünü araştıran çalışmalar sırasında ortaya atılmıştır. Bu nedenle ilgili çalışmaların büyük bir kısmı kardivasküler popülasyonda tip D prevalansı ve hastalığa etkileri üzerine olmuştur. (36) Çalışmaların sonuçları kardivasküler hastalar arasında tip D prevalansı %27-31 (29,37,38,39), normal popülasyonda 13% - 24% (40,41,42) bulunmuştur. Kliniğimizde yapılan bir çalışmada koroner kalp hastalığı olanlarda tip D kişilik prevelansı %49 bulunurken, sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol

grubunda %24,7 olarak bulunmuştur. (43) Kardiovasküler hastalarda yapılan çalışmalarda tip D kişilik kötü sağlık durumu, tekrarlayan miyokard enfarktüsü ve mortalite riskindeki artış gibi negatif sonuçlar için bağımsız prediktör olduğu şeklinde bulunmuştur. (29,38,42,44) Bazı çalışmalarda cinsiyetin tip D kişilik üzerinde etkili olduğu ve kadınların daha yüksek olasılıkla tip D sınıfında olduğu (38,45,46) bulunmuştur. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise; cinsiyet ve yaşın tip D üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. (47)

Kardiovasküler hastalarda Tip D kişilik literatürü artarken, klinik sonuçlar üzerindeki negatif etkisinin altında yatan mekanizma konusunda sınırlı bilgi bulunmaktadır. Olası biyolojik mekanizma immun sistem veya HPA aks fonksiyon bozukluğu ile ilişkili, davranışsal mekanizma ise; sağlıksız yaşam tarzı ve sağlık personeline danışmada isteksizlik ile ilişkili bulunmuştur. Altta yatan olası mekanizmalar Tip D kişiliğin sadece kardiovasküler hastaları değil, diğer birçok tıbbi durumdaki olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Tip D kişilik ile kardiovasküler hastalar dışında kronik ağrı, astım, tinnitus, uyku apne sendromu, vulvovajinal candidiazis, travmatik beyin hasarı, melanom, diabetik ayak sendromu, vertigo ve birinci basamak yaşlı hastalar üzerinde çalışılmış ve Tip D kişilik prevalansı % 22-42,5 bulunmuştur.(48)

Çalışmalar, mizaç ve kişilik özelliklerinin, psikiyatrik bozuklukların bir öncüsü olup, kalımsal olarak aktarıldıklarını da desteklemektedir (8). Literatürde Alkol bağımlılarının mizaç ve karakter özelliklerini inceleyen çalışmalarda mevcuttur (9). Yaşamsal stres ve zorluklardan kaçan kişilerce alkol ve uyuşturucu maddelerin kaygıyı azaltan niteliği, bir "desteklenme aracı" olarak kullanılır ve arkasından bağımlılık gelebilir (10).

Bu bilgiler ışığında kronik bir hastalık olan bağımlılık için Tip D Kişiliğin bir risk faktörü olabileceği düşünülebilir. Stres ve yaşamsal olaylara karşı güçlük çeken, ve sosyal alanlarda yalnız kalma eğilimi, kendini ifade güçlüğü içerisinde olan bireylerin bu eksikliklerine karşı destekleyici olarak alkol ve maddeye başvurma eğilimi gösterebilecekleri algısı oluşabilir.

Bu çalışmada Alkol ve Madde Bağılılığı olan hastalarda tip D kişiliğin prevalansını belirlemeyi, bağımlılığın oluşum sürecinde belirleyici olan stres ile ilişkisini incelemeyi, psikiyatrik – kardiyak ve ek hastalıklar açısından değerlendirmeyi amaçladık. Dünyada bağımlılık ve tip D kişilik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışma olmaması bakımından literatürde önem taşımasını ummaktayız.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklemin seçilmesi

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na bağlı birimlerde Mart 2012 – Haziran 2012 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya ayaktan ve yatarak takip ve tedavi edilen, DSM-IV Alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 69 hasta ve 58 psikiyatrik yönden sağlam birey kontrol grubu olarak alındı. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini taşımayan hastalar araştırma grubuna alındı. Görüşmeler klinisyen tarafından alkol madde detoksifikasyonlarının tamamlandığına karar verildiğinde yapıldı. İlk görüşmede; araştırma gruplarına gönüllü olarak katılma belgesi imzalatıldı ve her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği anlatıldı. Çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda vazgeçebilecekleri ve katılmamalarının tedavi programını etkilemeyeceği hastalara belirtildi.

Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Tip D Kişiliği değerlendirmek için DS 14 ölçeği, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), intihar riskini değerlendirmek için SAD PERSONS Ölçeği, hastaların hastalığa verdikleri anlam açısından Hastalığı Algılama (lipowski) Ölçeği, algılanan sosyal destek açısından Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, kişilik özellikleri açısından Mizaç ve Karakter envanteri uygulandı.

Dışlama kriterleri:

1. Madde ve alkol yoksunluk döneminde bulunma
2. Okuma yazma bilmeme
3. Mental retardasyonu olma
4. 15 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma
5. Psikotik hastalık tanısı olma

3.2 Çalışmada Kullanılan Gereçler:

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu:

Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır.

Tip D Kişilik Ölçeği (Type D Personality Scale DS-14)

Tip D ölçeği-14 (DS14) ; NA, SI ve Tip D'yi değerlendirmek için spesifik olarak geliştirilmiştir. DS 14'ün maddeleri DS 16'dan türetilmiştir (49) fakat NA ve SI'nın değerlendirilmesini artırmaya yönelik yeni maddeler de içermektedir.(35) DS 14 ölçeği toplam 14 madde içermekle beraber; NA ve SI'yi ölçen iki alt ölçekten oluşur. Her iki alt ölçekte 7 madde içerir. Her bir madde 0-4 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Toplam puan iki alt ölçek için de 0-28 arasındadır. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası ≥ 10 dur. Her iki alt ölçeğinde test-retest geçerliliği iyi ve internal geçerliliği yüksektir. Cronbach α değerleri NA için 0.88, SI için 0.86 olarak bulunmuştur. (40) Ölçeğin psikometrik kalitesi ve prognostik gücü Belçikalı kardiyak hastalarda istatistiksel olarak

kanıtlanmıştır. Güvenilirliği gösterilmiştir.(39,49) Her iki alt ölçeğin de geçerliliği gösterilmiştir. NA ve SI alt ölçeklerinin yapısal ve internal tutarlılığı Danimarkalı ve Alman kardiyak hastalarda yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır. (41,47) Bizim yaptığımız geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iki alt ölçeğinde kesim noktası ≥ 10 bulunmuştur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Orjinali Zigmond ve Snaith (50) tarafından geliştirilen ve Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S tarafından Türkçe Formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan (51) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ); hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve Çiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir.

SAD PERSONS Scale (Mutsuz Kişiler Ölçeği)

Mutsuz kişiler ölçeği yarı yapılandırılmış bir görüşme biçimidir. Patterson ve ark. tarafından 1983'te geliştirilmiştir. (52) Amaç intihar riskini değerlendirmektir. SAD PERSONS 10 adet intihar riski faktörünün baş harflerinden oluşmuştur. S (sex) cinsiyet, A (age) yaş, D (depression) depresyon, P (previous attempt) önceki intihar girişimi, E (ethanol abuse) alkol kötüye kullanımı, R (rational thought loss) gerçekçi düşünme kaybı, S (social supports lacking) sosyal destek yokluğu, O (organized plan) organize plan, N (no spouse) eşin olmaması, S (sickness) kronik yeti yitimine neden olabilen hastalık. Bu faktörlerden herhangi birinin varlığı 1 puan olarak kabul edilir. Yaş aralığı için 25-34 arası, 35-44 arası, 65 ve üzeri olmak 1 puan olarak kabul edilir. Toplam puan 0-10 arasındadır. Yüksek değerler intihar riskinin yüksek olduğunu gösterir. 0-2 puan düşük, 3-4 puan orta, 5-6 puan yüksek, 7-10 puan çok yüksek risk olarak değerlendirilir. Shea, bu ölçeğin gücünün kesin risk tahmini için yeterli olmayacağını fakat klinisyenleri yüksek

risk açısından uyarmak konusunda faydalı olduğunu belirtmektedir. (53) Bu ölçeğin kullanılması hastadan sistematik olarak bilgi toplanması ve ilişkili psikososyal hikayenin öğrenilmesini sağlar. 3. yıl tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; bu ölçeği uygulamayı öğrenenlerin intihar riskini saptamak ve etkin klinik müdahaleler yapmak konusunda daha yetenekli oldukları gözlenmiştir. (54) Bu yarı yapılandırılmış görüşme 1983'ten beri başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.

Hastalığı Algılama (lipowski) Ölçeği:

İki basamak sorudan oluşmaktadır. Kişinin hastalık durumunu en iyi anlatan 9 seçenekli bir soru ve hastanın tedaviye ilişkin görüşlerini içeren 5 seçenekli ikinci sorudan oluşmakta, hastanın hastalık algısı ve beklentileri değerlendirilmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support –MSPSS)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988□ de geliştirilmiştir. MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 1-7 arasında puan almaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995□ de, bu ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi ise 2001□ de yine aynı yazarlar tarafından yapılmıştır(55,56). Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliliği ülkemizde kullanımı açısından tatmin edici bulunmuştur. Ancak özel bir insan alt ölçeğinin yapı geçerliliği açısından zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Özel bir insan ile bazen eş bazen de erkek/kız arkadaş anlaşılmasıdır. Bu ölçeğin gözden geçirilmiş formunda özel bir insan alt ölçeğini bir parça sınırlar içine almak ve böylece kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde

edilmesi amacı ile özel bir insan terimi çıkarılmış, ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi olarak tanımlanmıştır(87).

Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI-Temperament)

Cloninger kişiliğin ikitemel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Mizaç boyutu; yenilik arayışı (NS), zarardan kaçınma (HA), ödül bağımlılığı (RD) ve sebat etme (P); karakter boyutu ise; kendini yönetme (SD), işbirliği yapma (C) ve kendini aşma (ST) alt ölçeklerinden oluşur. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan, 240 maddeden oluşan “Doğru” ya da “Yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI önceden geliştirilmiş kişilik modellerini kuramsal ve ampirik açıdan desteklerken, klinik kullanımdaki sınırlılıkları da ortadan kaldırmıştır. Türkçe TCI'nın geçerlik ve güvenilirliği, ölçek puanlarının dağılımı, yeterli düzeyde iç tutarlık katsayısı ve yapı geçerliği tarafından desteklenmiştir. Bu versiyon Türkçe TCI olarak Cloninger tarafından onaylanmıştır (57,58).

İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 17.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılımını değerlendirmek için normallik testi yapılmıştır. Sonuçta, örneklem grubunun incelenen bağımsız değişkenler açısından normal dağıldığı görülmüş ve bundan dolayı da parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Student T-Testi analizi

kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını belirlemek için ise Pearson korelasyon yönetimi kullanılarak hesaplanma yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 69 alkol bağımlılığı olan hastalar ve 58 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 127 katılımcıya uygulanan mizaç ve karakter özelliklerine, intihar riskine, algılanan sosyal desteğe, var olan psikopatolojik belirtilere ve Tip D kişilik özelliklerine ait veriler ile hastalara uygulanan hastalıklarına ait özelliklere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmada toplam 17 kadın yer almakla birlikte, bunların %41.2’si alkol bağımlısı olan ve %58.8’i kontrol grubundadır. 109 erkek katılımcıdan ise, 62’si (%56.9) alkol bağımlılığı, 47’si (%43.1) kontrol grubundadır. Alkol bağımlısı hastaların yaş ortalaması 45.12 iken kontrol grubunun yaş ortalaması ise 42.31’dir. Medeni durum açısından bakıldığında, alkol bağımlısı hastalarının 34’ü (%43) ve kontrol grubunun 45’i (%57) evlidir. Bununla birlikte bekarların %59.1’i alkol bağımlısı hastalarda %40.9’u kontrol grubundadır. Alkol bağımlısı hastalardan 2’si dul, 20’si boşanmış veya ayrı yaşayan ve kontrol grubundan 2’si dul, 1’i ise boşanmış veya ayrı yaşayan kişilerdir. İlköğretim mezunu kişilerin %42.3’ü alkol bağımlılığı hastalarında ve %57.7’si kontrol grubuna yer almaktadır. Alkol Bağımlısı hastalardan 35 kişi (%64.8) ve kontrol grubundan 19 kişi (%35.2) lise mezunu, alkol bağımlısı hastalarından 19 kişi (%44.2) ve kontrol grubundan 24 kişi (%55.8) üniversite mezunudur. Alkol bağımlısı hastalardan 4’ü ise okur-yazardır. Alkol Bağımlısı hastalarının 5’i ev hanımı/çalışmayan, 18’i memur, 2’si öğrenci, 27’si emekli, 11’i serbest meslek sahibi iken 6’sı işçidir. Kontrol grubunda ise bu dağılım, 3’ü ev hanımı/çalışmayan, 23’ü memur, 3’ü öğrenci, 8’i emekli, 7’si serbest meslek sahibi, 14’ü işçi şeklindedir. Kronik hastalığı olan katılımcılardan %77.3’ü alkol

bağımlısı hastalarda, %22.7'si kontrol grubundadır. Var olan hastalık türleri incelendiğinde, kontrol grubundaki 1 kişi de kardiyak hastalık varken, alkol bağımlısı hastalardan 4'ünde diyabet, 2'sinde hipertansiyon ve 9'unda diğer fiziksel hastalıkların olduğu görülmüştür. Ailede fiziksel hastalıklara bakıldığında, %66.7'si alkol bağımlısı hastalarda ve %33.3'ü ise kontrol grubunda yer almaktadır. Ailedeki fiziksek hastalık türlerinden kardiyak hastalığı olan 4 kişi alkol bağımlısı hasta, 4 kişi de kontrol grubundadır. Alkol hastalarının 4'ünün ailesinde diyabet, 8'inde hipertansiyon ve 3'ünde diğer fiziksel rahatsızlıklar olduğu belirtilmiştir.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	Alkol Bağımlısı Hastalar (N=69)		Kontrol (N=58)		Toplam (N=238)	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Kadın	7	41.2	10	58.8	17	100
Erkek	62	56.9	47	43.1	109	100
Medeni Durum						
Evli	34	43	45	57	79	100
Bekar	13	59.1	9	40.9	22	100
Dul	2	50	2	50	4	100
Boşanmış/Ayrı Yaşayan	20	95.2	1	4.8	21	100
Eğitim						
Okur-yazar	4	100	0	0	4	
İlköğretim	11	42.3	15	57.7	26	100
Lise	35	64.8	19	35.2	54	100
Yüksek Okul	19	44.2	24	55.8	43	100
Meslek						
Ev hanımı/Çalışmayan	5	62.5	3	37.5	8	100
Memur	18	43.9	23	56.1	41	100
Öğrenci	2	40	3	60	5	100
Emekli	27	77.1	8	22.9	35	100
Serbest Meslek	11	61.1	7	38.9	18	100
İşçi	6	30	14	70	20	100
Çalışma Durumu						
Halen Çalışan	32	39	50	61	82	100
Şimdiki Hastalık Nedeniyle Çalışmayan	12	100	0	0	12	100
Başka Nedenle Çalışmayan	9	75	3	25	11	100
Hiç Çalışmamış	1	25	3	75	4	100
Kronik Hastalığı						
Yok	51	50	51	50	102	100
Var	17	77.3	5	22.7	22	100
Fiziksel Hastalık Türü						
Kardiyak Hastalıklar	0	0	1	100	1	100
Diyabet	4	100	0	0	4	100
Hiper Tansiyon	2	100	0	0	2	100
Diğer	9	100	0	0	9	100
Aile Fiziksel Hastalık						
Yok	47	50.5	46	49.5	93	100
Var	20	66.7	10	33.3	30	100
Ailedeki Fiziksel Hastalık Türü						
Kardiyak Hastalıklar	4	50	4	50	8	100
Diyabet	4	100	0	0	4	100
Hiper Tansiyon	8	100	0	0	8	100
Diğer	3	100	0	0	3	100
	Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Yaş	45.12	11.46	42.31	10.54	43.83	11.09

Alkol bağımlısı hastaların bağımlılıkları ile ilgili özellikleri Tablo2’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların alkole başlama yaşı ortalaması 19.12’dir. Hastalar ortalama 185.85 ay bağımlıyken, ortalama 34.76 ay ayıktır.

Hastaların %34.8'i bir kez, %27.3'ü iki kez, %15.2'si üç kez ve %22.7'si dört ve üzeri kez tedaviye başvurmuştur. Ailede bağımlılığı olan 36 kişi (%53.7) varken, herhangi bir bağımlılığı olmayan 31 kişi (%46.3) vardır. Ailesinden bağımlılığı olan hastaların %85.2'si birinci dereceden akraba, %14.8'i ise ikinci dereceden akrabadır. Hastaların %79.1'inin ailesinde ruhsal hastalık olduğu ve bunlardan 12'si birinci dereceden akraba, 1'i ise ikinci dereceden akraba olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Alkol Bağımlılığı Olan Hastalara İlişkin Özellikler

Özellikler	Alkol Bağımlılığı (N=51)	
	Ort.	ss
Alkole Başlangıç Yaşı	19.12	5.34
Bağımlılık Süresi (Ay Olarak)	185.85	137.64
Ayıklık Süresi (Ay Olarak)	34.76	58.57
	N	%
Tedavi Sayısı		
1 kez	23	34.8
2 kez	18	27.3
3 kez	10	15.2
4 ve üzeri kez	15	22.7
Ailede Bağımlılık		
Yok	36	53.7
Var	31	46.3
Bağımlı Olan Kişilerin Yakınlık Derecesi		
1. Derece Akraba	23	85.2
2. Derece Akraba	4	14.8
Ailede Psikiyatrik Hastalık		
Yok	53	79.1
Var	14	20.9
Psikiyatrik Hastalığı Olan Kişilerin Yakınlık Derecesi		
1. Derece Akraba	12	92.3
2. Derece Akraba	1	7.7

Tablo 3'de örnekleme uygulanan ölçek puanlarındaki gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, Mizaç ve Karakter Envanteri'nin alt ölçeklerinden Yenilik Arayışı ($t=4.428$, $p<.001$), Zarardan Kaçınma ($t=2.298$, $p<.05$), Sebat Etme ($t=-2.364$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Yönetme ($t=-2.108$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı bir fark olduğu,

Ödül Bağımlılığı ($t=-0.530$, $p=.597$), İşbirliği Yapma ($t=-1.866$, $p=.066$) ve Kendi Kendini Aşma ($t=-0.309$, $p=0.758$) alt test puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ortaya çıkan farklar incelendiğinde, alkol bağımlısı hastalar (ort.=21.91) kontrol grubuna göre (ort.=17.64) anlamlı olarak daha fazla yenilik arayışı içindedir. Zarardan Kaçınma alt test puanlarına göre alkol bağımlısı hastaları (ort.=19.02) kontrol grubundan (ort.=16.49) anlamlı olarak daha fazladır. Alkol bağımlısı hastalar (ort.=4.48), kontrol grubuna göre (ort.=5.24) anlamlı olarak daha az sebat etmekte ve alkol bağımlısı hastalar (ort.=24.39), kontrol grubuna göre (ort.=27.17) anlamlı olarak daha az kendi kendisini yönetmektedir.

Tip D kişilik özellikleri açısından bakıldığında gruplar arasından ($t=3.610$, $p<.001$) anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Buna göre alkol bağımlısı hastalar (ort.=26.88), kontrol grubuna göre (ort.=19.85) anlamlı olarak daha fazla Tip D kişilik özellikleri göstermektedir. Tip D kişilik özellikleri ölçeğinin alt testlerinden Negatif Affekt ($t=3.610$, $p<.001$) ve Sosyal İnhibisyon ($t=2.093$, $p<.01$) puanları açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlısı hastalar (ort.=14.72), kontrol grubuna göre (ort.=9.45) anlamlı olarak daha fazla negatif affekte sahip olduğu, benzer şekilde alkol bağımlısı hastalar (ort.=12.78), kontrol grubuna göre (ort.=10.76) anlamlı olarak sosyal inhibisyona sahip olduğu görülmüştür.

Alkol bağımlısı hastalar ile kontrol grubu arasında intihar riski açısından da anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=7.348$, $p<.001$). Alkol bağımlısı hastaların (ort.=2.82), kontrol grubundaki kişilere (ort.=0.28) göre anlamlı olarak daha fazla intihar riski vardır.

Gruplarda anksiyete ($t=4.834$, $p<.001$) ve depresif ($t=4.139$, $p<.001$). belirtilerin açısından da anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre alkol bağımlısı hastalar kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha fazla anksiyeteli (ort.=9.40) ve depresiftir (ort.=8.23).

Algılanan sosyal destek ve türleri (aile, arkadaş ve özel kişi) açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3. Örneklem Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Student T-Testi Analiz Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	S	sd	t	p
Yenilik Arayışı	Alkol	47	21.91	5.35	92	4.428**	.000
	Kontrol	47	17.64	3.90			
Zarardan Kaçınma	Alkol	54	19.02	6.18	98.07	2.298*	.024
	Kontrol	47	16.49	4.87			
Ödül Bağımlılığı	Alkol	55	13.33	2.94	102.97	-.530	.597
	Kontrol	50	13.62	2.72			
Sebat Etme	Alkol	63	4.48	2	112.95	-2.364*	.020
	Kontrol	54	5.24	1.49			
Kendi Kendini Yönetme	Alkol	41	24.39	6.01	80	-2.108*	.038
	Kontrol	41	27.17	5.94			
İşbirliği Yapma	Alkol	47	25.70	6.32	87.91	-1.866	.066
	Kontrol	43	28.11	5.96			
Kendi Kendini Aşma	Alkol	48	19.10	6.77	88.84	-0.309	.758
	Kontrol	47	19.49	5.32			
Tıp D Kişilik Ölçek Toplam Puanı	Alkol	67	26.88	11.13	122.99	3.610**	.000
	Kontrol	59	19.85	10.72			
Negatif Affekt	Alkol	58	14.72	7.28	110.97	3.916**	.000
	Kontrol	55	9.45	7.02			
Sosyal İnhibasyon	Alkol	64	12.78	5.49	116.53	2.093*	.039
	Kontrol	55	10.76	5.02			
MSPSS Toplam Puan	Alkol	56	61.25	14.44	94.02	-.691	.491
	Kontrol	48	63.37	16.58			
Aile	Alkol	61	21.21	6.89	109.78	-.427	.670
	Kontrol	54	21.78	7.23			
Arkadaş	Alkol	60	19.20	6.58	113.47	-.999	.320
	Kontrol	56	20.34	5.71			
Özel Kişi	Alkol	60	20.67	6.42	111.99	-.178	.859
	Kontrol	54	20.87	5.81			
SAD Toplam	Alkol	50	2.82	2.30	60.95	7.348**	.000
	Kontrol	39	0.28	0.72			
HAD Anksiyete	Alkol	65	9.40	4.31	121.77	4.834**	.000
	Kontrol	59	3.30	3.30			
HAD Depresyon	Alkol	67	8.23	3.97	125.90	4.139**	.000
	Kontrol	59	5.58	3.29			

*p<.05. **p<.001

Son olarak, alkol bağımlısı hastalara uygulanan ölçek puanları arasında ilişki olup olmadığını anlamak için korelasyon analizi yapılmıştır. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile uygulanan diğer tüm test puanları arasında fark bulunmamıştır. Fakat ölçeğin alt ölçeklerinden sadece Aile Ölçeği ile HAD Depresyon puanları arasında negatif yönde ($r=-.267, p <.05$), Arkadaş Ölçeği ile Kendi Kendini Yönetme alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde ($r=.327, p <.05$) anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlısı hastaların aile

desteği arttıka depresif belirtilerinde azalma olduğu, arkadaş desteği arttıka ise kendi kendini yonetmelerinde artış olmaktadır.

SAD Toplam test puanları ile mizaç ve karakter envanteri ölçeğinin alt ölçeklerinden Zarardan Kaçınma ($r=.464$, $p<.01$) ve HAD Anksiyete puanları ($r=.507$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre alkol bağımlısı hastalarda zarardan kaçınma ve anksiyete belirtileri arttıka intihar riskinin artmaktadır.

HAD Anksiyete puanları ile Mizaç ve Karakter Envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma ($r=.354$, $p<.01$) puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yonetme ($r=-.528$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma ($r=-.428$, $p<.01$) alt test puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görölmüştür. Alkol bağımlısı hastalarda anksiyete belirtilerinin artmasıyla daha fazla zarardan kaçınmakta ancak, daha az kendi kendilerini yonetmekte ve iş birliği yapmaktadır.

Benzer şekilde HAD Depresyon puanları ile Mizaç ve Karakter Envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma ($r=.530$, $p<.01$) puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yonetme ($r=-.554$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma ($r=-.474$, $p<.01$) alt test puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görölmüştür. Alkol bağımlısı hastalarda depresif belirtilerinin artmasıyla da zarardan kaçınma artmakta ancak, kendi kendilerini yonetme ve iş birliği yapma azalmaktadır.

Sonuçta, Tip D Kişilik Ölçek puanları ile mizaç ve karakter envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma ($r=.447$, $p<.01$) alt test puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yonetme ($r=-.529$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma ($r=-.561$, $p<.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, Tip D

kişilik özellikleri arttıkça, zarardan kaçınmanın da arttığı fakat kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın azaldığı söylenebilir. Tip D Kişilik Ölçek puanları ile intihar riski ($r=.277$, $p<.05$), anksiyete ($r=.629$, $p<.01$) ve depresyon ($r=.426$, $p<.01$) puanları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Alkol bağımlısı hastalarda Tip D kişilik özellikleri arttıkça, intihar riski, anksiyete ve depresif belirtilerin de artmaktadır.

Tip D Kişilik Ölçeği'nin alt testlerinden Negatif Affekt ölçek puanları ile mizaç ve karakter kişilik özelliklerinden Zarardan Kaçınma ($r=.352$, $p<.05$) ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ($r=-.591$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma ($r=-.558$, $p<.01$) alt test puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre hastalarda negatif affekt özellikleri arttıkça, zarardan kaçınmanın da arttığı, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın ise azalmaktadır. Sosyal inhibisyon alt test puanları ile de Zarardan Kaçınma ($r=.405$, $p<.01$) ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ($r=-.467$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma ($r=-.453$, $p<.01$) alt test puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde sosyal inhibisyon arttıkça zarardan kaçınmanın da arttığı, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın ise azaldığı düşünülebilir. Negatif Affekt alt test puanları ile SAD toplam puanları ($r=.436$, $p<.01$), HAD Anksiyete ($r=.711$, $p<.01$) ve HAD Depresyon ($r=.474$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Alkol bağımlısı hastaların negatif affekt özellikleri arttıkça, intihar riskleri, anksiyete ve depresif belirtilerinde de artış olabilir. Sosyal İnhibisyon alt test puanları ile HAD Anksiyete ($r=.334$, $p<.01$) ve HAD Depresyon ($r=.271$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastalardaki sosyal inhibisyonun artması da anksiyete ve depresif belirtileri arttırmaktadır.

Son olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Bilim Dalı tarafından da hastalara uygulanan hastalık anlamı ölçeği alkol bağımlılığı grubunda gözden geçirildi. Uygulamalar sonucunda; hastaların %31,8'inin hastalıklarını, var olan kaynaklarla üstesinden gelinecek bir sorun olarak algıladıkları görüldü. %16,7'sinin hastalığı; bir başarısızlık, kontrol kaybı, olumsuz bir durum olarak değerlendirdikleri, %12,1'inin hastalığı; hiçbir şeyin yerini dolduramayacağı ciddi – büyük bir kayıp olarak algıladıkları, yine %12,1'inin hastalığı; güçlü olabilmek için isteklerin ve sorumlulukların ertelenmesine neden olan ve ya süregelen bir krizden kurtulmanın bir yolu olarak görmekte, %7,6'sı hastalığı; acı çekme ve olgunlaşmanın bir yolu olarak algılamakta, %7,5'i hastalığı bir adaletsizlik haksızlık olarak görmektedir. Hastaların 12,5i ise birden fazla şık işaretlediğinden değerlendirme yapılamamıştır. İlginç bir şekilde hiçbir hasta hastalığı; iç ve ya dış düşman güçlerin bir saldırısı olarak algılamamıştır.

Aynı ölçeğin tedavi sürecine ilişkin ikinci kısmı gözden geçirilmiştir. Hastaların %27,7si hangi tedavinin kendileri için en iyi olduğuna, doktorlarıyla beraber karar vererek sorumluluğu paylaşmak istediklerini belirtmiştir, Hastaların yine %27,7'si doktorun kendi görüşlerini de dikkate alması, ancak son kararı doktorun vermesini istediklerini vurgulamıştır. Hastaların %24,6'sı tedaviyle ilgili tüm kararları doktorlarına bıraktıklarını belirtmiştir. Hastaların %13,8'i ise; doktorun kararını ciddi bir şekilde düşündükten sonra vermeyi istediklerini işaretlemiş, hastaların yalnızca %3,1'i son kararı kendilerinin vermeyi tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4. Alkol Bağımlılığı Olan Hastalara Uygulanan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Tip D Kişilik Ölçek Toplam Puanı	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	MSPSS toplam	SAD toplam	Negatif Affekt	Sosyal İnhibisyon	HAD Anksiyete	HAD Depresyon
Yenilik Arayışı	-,136	-,243	-,243	-,159	-,297	,464**	,032	-,244	,031	,127
Zarardan Kaçınma	,447**	-,120	-,068	-,173	-,149	,192	,352*	,405**	,354**	,530**
Ödül Bağımlılığı	-,077	-,058	-,015	-,130	-,108	,224	-,049	-,182	-,070	-,118
Sebat Etme	-,006	,014	,124	-,062	,033	-,064	-,138	,126	-,029	-,167
Kendi Kendini Yönetme	-,529**	,178	,327*	,124	,298	-,210	-,591**	-,467**	-,528**	-,554**
İşbirliği Yapma	-,561**	,084	,192	,120	,148	-,222	-,558**	-,453**	-,428**	-,474**
Kendi Kendini Aşma	,086	,262	,039	,171	,221	-,053	,047	,121	,004	-,020
MSPSS Toplam	,163	,667**	,696**	,811**	1	-,270	,093	,162	-,055	-,181
SAD toplam	,277*	-,265	-,047	-,201	-,270	1	,436**	,003	,507**	,258
Negatif Affekt	,914**	,053	,069	,039	,093	,436**	1	,561**	,711**	,474**
Sosyal İnhibisyon	,832**	,045	,088	,134	,162	,003	,561**	1	,334**	,271*
Had Anksiyete	,629**	-,163	-,026	-,007	-,055	,507**	,711**	,334**	1	,587**
Had Depresyon	,426**	-,267*	-,078	-,141	-,181	,258	,474**	,271*	,587**	1

*p<.05, **p<.01

Tablo 5. Grupların Tip D Kişilik Özelliklerine ilişkin sonuçlar

		HASTA		KONTROL		TÜM GRUP	
		N	%	N	%	N	%
TİP D	VAR	55	80,9	33	56,9	88	69,8
	YOK	13	19,1	25	43,1	38	30,2
	TOPLAM	68	100	58	100	177	100

5. TARTIŞMA

Alkol bağımlılığı ile ilgili olarak literatürde birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların bir kısmı mizaç özellikleri ve karakter özellikleri ile ilişkilidir; bağımlıların genel özelliklerine bakıldığında, genellikle özgüvenleri zayıf ve kaygılı insanlar oldukları, hayatın getireceği zorluklardan ürkererek onlardan kaçmak istedikleri görülmektedir. Alkol ve uyuşturucu maddelerin anksiyeteyi azaltan etkileri, bunların zorluklardan kaçan kişilerce bir “desteklenme aracı” olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Alkol ve uyuşturucuların oluşturduğu geçici rahatlama, kullananlarda önceleri alışkanlık, daha sonra ise bağımlılık meydana getirmektedir(59).

Yukarıdaki bilgiler ışığında bakıldığı zaman belli kişilik özellikleri ile alkol ya da madde bağımlılığı arasında ilişkinin söz konusu olması, kaçınılmaz görünmektedir. Sosyal inhibisyon(SI) ve negatif affekt (NA) özelliklerinin belirleyici olduğu tip D kişilik ile Alkol bağımlılığı arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir literatür çalışması henüz yoktur. Oysa ki yukarıda bahsettiğimiz, “ genellikle özgüvenleri zayıf ve kaygılı insanlar oldukları, hayatın getireceği zorluklardan ürkererek onlardan kaçmak isterler” şeklinde tanımlanan bağımlıya dair özellikler, tip D kişiliğin özellikleri ile benzerlik göstermektedir(7).

Bu çalışmada daha önce kardiyak hastalıklar ve psikodermatolojik hastalıklar ile ilişkisi gösterilmiş olan Tip D kişiliğin, alkol bağımlılığı ile nasıl bir ilişki içinde olabileceğinin öngörülmesi amaçlandı (60,61) . Ayrıca Alkol bağımlılığı ya da Tip D kişiliğe eşlik eden ruhsal sorunlar, karakter özellikleri, sosyal destek algısı, riskli durumların göz önünde bulundurulması planlandı. Bu

çalışmadan çıkarılacak sonuçların klinik pratiğe uyarlanması, koruyucu psikiyatrik metodlar ya da erken terapötik girişimler ile riskli kişilerde bağımlılık oluşum sürecinin önüne geçilebilecektir.

Çalışmaya alınan bireyler sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde, cinsiyet açısından alkol bağımlıları grubunda anlamlı şekilde erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu dikkate değerdir. Bu dünyadaki çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte erkek fazlalığı çalışmamızda onlardan daha da yüksektir(62,63). Bu durumun sebebi, sosyal ve etnik özellik farklılığı olabileceği gibi, kadın hastaların tedaviye başvurma sıklığında azlık, ya da dini sebepler ve alkole ulaşmakla ilgili güçlükler de olabilir. Ancak ülkemizde bağımlılık ile ilgili yapılan çalışmalarda bu fark benzer şekilde Avrupa ve Amerika'ya göre yüksektir(64,65).

Medeni durum açısından değerlendirme yapıldığında özellikle alkol bağımlılığı grubunda boşanma oranlarının belirgin şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık diğer ülkelerdeki çalışmalarla uyumludur, muhtemelen bağımlılık geçimsizliği, aile içi iletişim sorunlarını ve boşanmayı arttırmaktadır(66).

Gruplar var olan kronik hastalıklar yönünden incelendiğinde, kronik hastalık sıklığının alkol bağımlılığında daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak kardiyak hastalık sıklığında alkol grubunda belirgin bir fark gözlenmemiştir, sayısal olarak kardiyak hastalık; kontrol grubunda bir kişide vardır, alkol bağımlılığı grubunda ise kimsede gözlenmemiştir, ancak yine de kardiyak hastalıklar açısından risk faktörü sayılan diyabet ve hipertansiyon sahibi kişiler

sayısal olarak alkol grubunda daha fazla gözlenmiştir, bu haliyle ileride olası kardiyak riskler açısından alkol grubu risk altında gibi görülmektedir (67,68). Ayrıca alkol bağımlılığı olan hastaların ailelerinde kronik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre daha fazladır.

Çalışmaya alınan alkol bağımlılığı hastalarının bağımlılık özellikleri değerlendirilmiştir; Literatürde alkol ve maddeye başlama yaşının 10 yaşına kadar inebildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Alkol ve maddeye başlama yaşının gelişimsel bir süreç olarak ergenlik dönemi içinde yer aldığı bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da yurtdışındaki ve ülkemizdeki çalışmalara benzer şekilde alkol kullanımına başlama yaş aralığı büyük bir çoğunlukla 12-20 yaş aralarında çıkmıştır, bu çalışmada da ortalama başlama yaşı ortalama 19 olarak bulunmuştur (69,70,71). Alkol bağımlılığı olan hastalarda ailede bağımlılık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ve bu daha önceki çalışmalarla uyumludur(72). Hastaların kaç kez tedavi gördüğü ve bırakma girişimleri gözden geçirildiğinde sayıların oldukça yüksek oluşu bize alkol bağımlılığının tedavisinden ziyade önlenmesi yönündeki çalışmaların önemine işaret etmektedir.

Alkol bağımlılığı ve kontrol grubu arasında uygulanan ölçekler üzerinden yapılan değerlendirmeler incelendiğinde;

Grupları Mizaç ve Karakter Envanteri açısından gözden geçirdiğimizde alkol bağımlıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta grupları yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan alırken, kendi kendini yönetme ve sebat etme alt ölçeğinde anlamlı

derecede düşük puan almıştır. Alkol bağımlılığında yenilik arayışında yüksek puanlar önceki çalışmalarda da gösterilmiştir(73,74,75). Yüksek düzeyde yenilik arayışının olması bağımlılık davranışına yatkınlaştırıcı bir özellik olarak değerlendirilmektedir(76). Yenilik arayışı, tedavinin ilk dönemlerinde tedaviye bağlılığı arttırabilmekte, fakat tedavinin ilerleyen aşamasında nüksetme sebebi olabilmektedir, ancak literatürde zarardan kaçınma ile ilgili sonuçlar çelişkilidir, bazı çalışmalarda yüksek bazılarında ise düşük bulunmuştur(77,78,75). Zarardan kaçınma, ceza ve düş kırıklığı tehlikesine yanıt olarak davranışın ketlenmesini içerir. Zarardan kaçınmanın yüksek düzeyde olması utangaçlık, sosyal ketlenme, belirsizlikten korkmak, başkalarını endişelendirmeyecek durumlarda kötümserlik gibi kişilik özellikleriyle birlikte. Bu özellikleri bastırmak için kişinin alkol/maddeye yönelebileceği düşünülebilir. Kendi kendini yönetme alt ölçeğindeki bulgular diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Düşük kendi kendini yönetme puanı alan kişiler zayıf, olgunlaşmamış, kırılabilir, suçlayıcı, etkisiz, sorumsuz, güvensiz ve kendilerine saygıları az olan kişiler olarak tanımlanmaktadır. İşbirliği yapma özelliği az olanlar, sosyal hoşgöründen yoksun, eleştirici, diğer kişilere karşı ilgisiz, yardımsever olmayan ve intikamcı kişiler olarak tanımlanırlar (79,80). Zarardan kaçınma ve düşük kendi kendini yönetme ile ilgili özellikler Tip D kişiliğin negatif affekt (NA) ve sosyal inhibisyon (SI) özellikleri ile de örtüşmektedir(66).

Tip D kişilik özellikleri açısından bakıldığında gruplar alkol bağımlılığı ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Buna göre alkol bağımlılığı grubunda yer alan bireyler, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla Tip D kişilik özellikleri göstermektedir. Bu daha önce kardiyak hastalıklar ve psikodermatolojik hastalıklarla ilişkisi gösterilmiş olan Tip D kişilik ile ilgili

olarak literatüre yeni bir bilgi sunma noktasında önem arz etmektedir(60,61). Tip D kişilik özellikleri ölçeğinin alt testlerinden Negatif Affekt (NA) ve Sosyal İnhibisyon (SI) açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlılığı grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla negatif affekte (NA) sahip olduğu, benzer şekilde alkol bağımlılığı olan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı olarak sosyal inhibisyona (SI) sahip olduğu görülmüştür. Alkol bağımlılığı ve kontrol grubu arasındaki toplam puan açısından olan fark prevelans açısından da anlamlı bir fark göstermektedir, daha önceden kardiyak hastalıklar ve psikodermatolojik hastalıklarla ilişkisi gösterilmiş olan Tip D kişilik prevelanslarına göre daha yüksek bir prevelans bulunmuştur(60,61). Bu durumda, alkol bağımlılığının kendine has risk faktörleri olan özellikler ile Tip D Kişilik özelliklerinin örtüşüyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Daha önce yapılmış bir çalışmada intihar fikrinin altında yatan faktörler araştırılmıştır. İntihar fikri anlamlı olarak kadın cinsiyet, partnersiz yaşam, düşük sosyoekonomik düzey, CHD teşhisi, MI aile öyküsü, sigara içme ve mental distress ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yaş, kişinin bildirdiği depresyon, panik bozukluk, depersonalizasyon, Tip D kişilik ile anlamlı ilişki bildirilmiştir(81). Bu çalışmada alkol bağımlılığı grubu ile kontrol grubu arasında intihar riski açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlılığı grubunda kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha fazla intihar riski vardır. Bu bulgu daha önceki bazı çalışmalarla uyumludur(82). Ayrıca çalışmamızda Tip D Kişilik Ölçek puanları ile intihar riski puanları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Alkol bağımlılığı grubunda Tip D kişilik özellikleri arttıkça, intihar riski

artmaktadır. Bu bulgu daha önce Tip D kişilik ile intihar riski arasında anlamlı ilişki bulan bir çalışmayla uyumludur(60).

Gruplarda anksiyete ve depresif belirtiler açısından da anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre alkol bağımlılığı hastalarında kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha fazla anksiyeteli ve depresiftir. Bazı çalışmalar depresyon ile ilişki hakkında çelişkili bulgular vermiş olsa da, bu bulgular daha önce yapılmış çeşitli çalışmalarla benzerlik göstermektedir(83,84). Ayrıca bu belirtiler kimi zaman alkole başlama ve kullanımının temelini oluşturabilmektedir(85,86,87). Çalışmamızda Tip D kişilik ölçekleri, alkol bağımlılığı grubunda gözden geçirildiğinde; alkol bağımlısı hastalarda Tip D kişilik özellikleri arttıkça, anksiyete ve depresif belirtilerin de arttığı görülmektedir, bu bulgular dikkate alındığında Tip D kişilik özellikleri ile bağımlılık ilişkisi akıllara gelebilir.

Algılanan sosyal destek ve türleri (aile, arkadaş ve özel kişi) açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konudaki daha önce yapılmış literatür çalışmaları çelişkili sonuçlar vermektedir(61). Aynı zamanda algılanan sosyal destek ölçeği alkol grubunda gözden geçirildiğinde yine diğer testlerle fark göstermemiştir. Fakat ölçeğin alt ölçeklerinden sadece Aile Ölçeği ile HAD Depresyon puanları arasında negatif yönde, Arkadaş Ölçeği ile Kendi Kendini Yönetme alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlısı hastaların aile desteği arttıkça depresif belirtilerinde azalma olduğu, arkadaş desteği arttıkça ise kendi kendini yönetmelerinde artış olmaktadır. Aile desteğinin artışı ile depresif belirtilerin azaldığını gösteren yayınlar literatürde mevcuttur(88). Alkol bağımlılığı grubu ile kontrol grubu

arasında anlamlı fark olamaması akıllara; ülkemize has sosyokültürel tutumları, ailelerin koruyucu tutumu ve daha iç içe geçmiş mahalle ile arkadaş ortamlarını getirmektedir.

Çalışmamızda alkol bağımlılığı grubu kendi içerisinde ayrıca gözden geçirildiğinde, dikkat çekici noktalar mevcuttur.

Hastalarda intihar riskiyle bağlantılı olan SAD Toplam test puanları ile mizaç ve karakter envanteri ölçeğinin alt ölçeklerinden Zarardan Kaçınma ve HAD Anksiyete puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre alkol bağımlılığı olan hastalarda zarardan kaçınma ve anksiyete belirtileri arttıkça intihar riski artmaktadır. Bilindiği üzere duygudurum bozuklukları başta olmak üzere ruhsal bozukluklarda alkol madde bağımlılığı intihar riskini arttırmaktadır, ayrıca alkol madde bağımlılığı kendi başına bile intihar girişimleri açısından üst basamaklarda yer alır, bu durum göz önünde bulundurulduğunda; anksiyete artışı ile intihar riski arasındaki pozitif ilişki şaşırtıcı olmamaktadır ve literatürle desteklenen bir sonuçtur(89,90). Zarardan kaçınma ve intihar riski arasındaki ilişki çelişkili gibi görünmektedir, hastalar bir ikilem yaşıyor gibi bir izlenim ortaya çıkabilir. Ancak Pallock ve arkadaşlarının 2001 yılında kaçış yok “No Escape” olarak adlandırdıkları; kişilerarası ilişkilerde veya psikososyal olumsuzluktan hiçbir kaçış yokmuş gibi algılamaları, sosyal işlevsellikteki yetersizlik ve kapana kısırılmış hissi olarak tanımlanan bir durum intihar ile ilişkili bulunmuştur(91). Bu pencereden bakılınca hastalar için zarardan kaçmanın sonu olarak; kaçamama durumu söz konusu olabilir, kısırılmışlık hissi aynı zamanda anksiyete yaratan bir durum olarak değerlendirildiğinde aslında bu durumun intihar riskini arttırabileceği düşünülebilir.

HAD Anksiyete puanları ile Mizaç ve Karakter Envanterinin alt testleri arasındaki ilişki incelendiğinde; anksiyete ile zarardan kaçınma puanları ile pozitif yönde, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma alt test puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Alkol bağımlılığı olan hastalar anksiyete belirtilerinin artmasıyla daha fazla zarardan kaçınmakta ancak, daha az kendi kendilerini yönetmekte ve iş birliği yapmaktadır. Bu bulgu şaşırtıcı değildir; ilk çağlardan beri süre gelen anksiyeteye verilen yanıtların tipik örneğidir. Son yarım yüzyılda özellikle bilişsel ve davranışçı modellerin açıkladığı gibi işlevsel olmayan anksiyete; hem bilişsel değişiklikler, hem de davranış değişiklikleri üzerinden kaçınmayı arttırdığı gibi, aynı zamanda kendi kendini yönetme gibi yüksek kognitif alanlarda da sorunlara neden olur(92,93). Anksiyete ve eşlik eden kaçınma, kendi kendini yönetememe gibi durumlar daha önce bahsedildiği gibi bağımlılık için bir risk faktörüdür, bu nedenle anksiyete yönetimi ve bu alana yönelik müdahaleler tedavi ve bağımlılığın gelişimini önlemede de önemli bir yere oturtulabilir.

Benzer şekilde HAD Depresyon puanları ile Mizaç ve Karakter Envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma alt test puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Alkol bağımlısı hastalarda depresif belirtilerinin artmasıyla da zarardan kaçınma artmakta ancak, kendi kendilerini yönetme ve iş birliği yapma azalmaktadır. Bu bulgular bir önceki paragraf ışığında ele alındığında yine literatürle uyumludur (92,93). Aynı zamanda hem anksiyete, hem de depresyon alanları ile Tip D negatif affekt (NA)ve sosyal inhibisyon (SI) alanları aynı mizaç karakter alt ölçekleriyle dikkat çekici bir biçimde korelasyon göstermektedir.

Çalışmamızda Alkol bağımlılığı grubunda anlamlı düzeyde Tip D kişilik puanları yanında belirgin bir prevelans yüksekliği göze çarpmaktadır. Alkol bağımlılığı grubundaki 55 kişide Tip D Kişilik pozitif olarak bulunmuştur ki bu % 80 gibi yüksek bir orana tekabül etmektedir. Bu durum alkol bağımlılığının kendine has risk faktörleri olan mizaç özellikleri, depresyon ve anksiyetenin sıklığının fazla olması ile Tip D Kişiliğin özelliklerinin örtüşüyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir. Zira Kardiyak hastalıklarda Tip D prevelansları %18 - %49 arasında değişirken(94,95), psikodermatolojik hastalıklarla ilgili olarak yapılmış bir çalışmada %34 olarak bulunmuştur(60). Bu bulgular ve aşağıda da tartışmasını sürdürdüğümüz mizaç ve karakter özelliklerinin daha önceki çalışmalarda da gösterilmiş olarak; bağımsız şekilde alkol bağımlılığı ile ilişkili olması hem de çalışmamızda bu özelliklerin Tip D Kişilik ile de ilişkili olması dikkate değerdir. Bu bilgiler ışığında uzun bir ölçek olan mizaç karakter envanteri yerine, daha kısa ve hızlı değerlendirilmesi mümkün olan DS14 Tip D Kişilik envanterinin pratik ve sık kullanımı mümkün müdür? Sorusu akıllara gelebilir.

Tip D Kişilik Ölçek puanları ile mizaç ve karakter envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma alt test puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, Tip D kişilik özellikleri arttıkça, zarardan kaçınmanın da arttığı fakat kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın azaldığı söylenebilir. Tip D Kişilik Ölçek puanları ile intihar riski, anksiyete ve depresyon puanları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Alkol bağımlısı hastalarda Tip D kişilik özellikleri arttıkça, intihar riski, anksiyete ve depresif belirtiler de artmaktadır. Daha önceki çalışmalardan da hatırlanacağı üzere Tip D Kişilik kardiyak hastalıklar ile eş zamanlı olarak anksiyete ve depresyon ile de uyumlu bulunmuştur (96,97,98,99).

Tip D olanlarda olmayanlara göre intihar riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu daha önce yapılmış az sayıdaki ile uyumludur (61,100). Fakat bu ilişkiyi araştıran az çalışma olduğundan farklı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Tip D Kişilik Ölçeği'nin alt testlerinden Negatif Affekt (NA) ölçek puanları ile mizaç ve karakter kişilik özelliklerinden Zarardan Kaçınma ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma alt test puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre hastalarda negatif affekt (NA) özellikleri arttıkça, zarardan kaçınmanın da arttığı, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın ise azalmaktadır. Sosyal inhibisyon (SI) alt test puanları ile de Zarardan Kaçınma ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma alt test puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde sosyal inhibisyon (SI) arttıkça zarardan kaçınmanın da arttığı, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapmanın ise azaldığı düşünülebilir. Negatif Affekt (NA) alt test puanları ile SAD toplam puanları, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu ilişki anksiyete ve depresyon artışı ile intihar riskinin artışı göz önüne alındığında şaşırtıcı olmaktadır.

Alkol bağımlısı hastaların negatif affekt (NA) özellikleri arttıkça, intihar riskleri, anksiyete ve depresif belirtilerinde de artış olabilir. Sosyal İnhibisyon (SI) alt test puanları ile HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastalardaki sosyal inhibisyonun artması da anksiyete ve depresif belirtileri arttırmaktadır.

Hastalara uygulanan hastalık anlamı ve tedavi sürecine vurgu yapan Hastalık Anlamı Ölçeği yönünde değerlendirme yapılacak olursa; hastaların %31,8'inin hastalıklarını, var olan kaynaklarla üstesinden gelinecek bir sorun olarak algıladıkları görüldü. Hastaların %16,7'sinin hastalığı; bir başarısızlık, kontrol kaybı, olumsuz bir durum olarak değerlendirdikleri, %12,1'inin hastalığı; hiçbir şeyin yerini dolduramayacağı ciddi – büyük bir kayıp olarak algıladıkları, yine %12,1'inin hastalığı; güçlü olabilmek için isteklerin ve sorumlulukların ertelenmesine neden olan ve ya süregelen bir krizden kurtulmanın bir yolu olarak görmekte, %7,6'sı hastalığı; acı çekme ve olgunlaşmanın bir yolu olarak algılamakta, %7,5'i hastalığı bir adaletsizlik haksızlık olarak görmektedir. İlginç bir şekilde hiçbir hasta hastalığı; iç ve ya dış düşman güçlerin bir saldırısı olarak algılamamıştır. Bu verilerden yola çıkıldığında hastaların daha iyi anlaşılması kolaylaştığı gibi, tedavilerinde de çekirdek niteliğe sahip kalıp yargılar ortaya çıkabilecek ve böylece tedavi protokolleri bireysel bir tarz da kazanacaktır. Aynı zamanda dikkate değer diğer bir konu hastaların bu konuya dair düşüncelerinin sıklıkla öyküde gözden kaçmasıdır, oysa cevapların yüksek güvenilirliği var gibi görünmektedir. Zira hiçbir hasta da 2. madde olan ‘‘iç ve ya dış düşman güçlerin bir saldırısı’’ olarak algılamamıştır şeklinde çıkan sonuç ile psikotik özellik gösteren hastaların gruptan dışlanmış olması da bu varsayımımızı kuvvetlendirmektedir. Maddelere göre verilen cevaplar hem hastaların kişilik özelliklerinden izler taşımakta hem de bağımlılığa götüren süreçle ilgili bilgiler sunmaktadır. Sonuç olarak ölçeğin kısa oluşu da göz önünde bulundurulduğunda hastalara ait özellikler ve beklentilerle ilgili hızlı ve işlevsel bir değerlendirme aracı olarak kullanılması uygun gibi görünmektedir.

Tedavi sürecine ilişkin tutum ve yargılar gözden geçirildiğinde. Hastaların %27,7'si hangi tedavinin kendileri için en iyi olduğuna, doktorlarıyla beraber karar vererek sorumluluğu paylaşmak istediklerini belirtmiştir, hastaların yine %27,7'si doktorun kendi görüşlerini de dikkate alması, ancak son kararı doktorun vermesini istediklerini vurgulamıştır. Hastaların %24,6'sı tedaviyle ilgili tüm kararları doktorlarına bıraktıklarını belirtmiştir. Hastaların %13,8'i ise; doktorun kararını ciddi bir şekilde düşündükten sonra vermeyi istediklerini işaretlemiş, hastaların yalnızca %3,1'i son kararı kendilerinin vermeyi tercih ettikleri görülmüştür. Bulgular dikkatle değerlendirildiğinde ilginç detaylar göze çarpmaktadır. Hastaların %27,7'si hangi tedavinin kendileri için en iyi olduğuna, doktorlarıyla beraber karar vererek sorumluluğu paylaşmak istediklerini belirtmiştir, bu tedavi sürecine ilişkin olumlu bir istek olarak göze çarpar. Ancak yine %27,7'si doktorun kendi görüşlerini de dikkate alması, ancak son kararı doktorun vermesini istediklerini vurgulamış, hastaların %24,6'sı tedaviyle ilgili tüm kararları doktorlarına bıraktıklarını belirtmiştir. Bu iki grup (%50'den fazla) nihayi kararı doktora bırakıyor görünmektedir, bu bağlamda daha önce tartışıldığı üzere; hastaların mizaç karakter envanterinin kendi kendini yönetme ve sebat etme alt ölçeğinde anlamlı derecede düşük puan aldıkları hatırlanacak olursa anlamlı bir sonuç ortaya çıkmaktadır(79,80). Her iki alt ölçek birlikte göz önünde bulundurulduğunda hastalara ilişkin çok önemli bilgiler sunmaktadır. Ayrıca her iki alt ölçeğe hastaların verdikleri cevaplar ile remisyon oranları arasındaki ilişkiyi gösterecek çalışmaların yapılmasının literatüre değerli katkılar sunacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışma ile daha önce farklı bir çok çalışmaya konu olan alkol bağımlılığına farklı bir pencereden bakılmaya çalışılmıştır, alkol bağımlılığına

yatkınlık yaratan mizaç özellikleri ve bu hastaların anksiyete ve depresyon yatkınlıkları gibi bulgular daha önce sahip olduğumuz bilgileri pekiştirmiştir. Önemli bir yenilik olarak Tip D Kişilik ile ilişkilerin vurgulanması ve hastaların hastalık algıları ve tedaviden beklentileri özgün bir yaklaşım oluşmasını sağlamıştır.

Sonuç olarak, önemli bir psikiyatrik sorun olan alkol bağımlılığı ve buna yatkınlığı arttırıcı bir faktör olarak Tip D kişilik özelliklerinin yüksek oranlarda çıkması, hastaya yaklaşım, risk değerlendirmesi ve farklı stratejiler açısından yol gösterici olabilir. Tip D Kişilik ile ilgili yatkınlık arttırıcı ve ilerleyen sürede bağımlılığın sürdürülmesinde – nükslerde rol oynayan özelliklere yönelik girişimler, zor bir tedavi süreci olan bağımlılık tedavisinde tedaviye yardım sağlayabilir. Sayılanlar ışığında hastaları, özelliklerini ve beklentilerini belirleyecek yaklaşımlar, Ruh Sağlığı Çalışanlarına daha ayrıntılı ve hastaya katkıda kullanılabilir bilgiler sunacaktır. Ayrıca bilindiği üzere çalışma yoksunluk döneminden sonra uygulanan ölçekler ile yapılmıştır. Bu dönem bilişsel bozuklukların kısmen de olsa devam ettiği, depresyon ve anksiyete bulgularının sürdüğü bir dönemdir. Bu nedenle bu kesitsel çalışma bir yıllık tam remisyon sonrasında yapıldığında Tip D kişilik boyutunun aynı kalıp kalmayacağı konusu tartışmaya açıktır, remisyon sonrası değerlendirme ve değişimler konusunda ek çalışmalar fikir verici olacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. Sutton S. (1987). Social-psychological approaches to understanding addictive behaviours: Attitude behaviour and decision-making models. *British Journal of Addiction*, 82: 355–370.
2. Cook C, Gurling H. (1990). The Genetic Aspect of Alcoholism and Substance Abuse: A Review. In: *The Nature of Drug Dependence*. Eds: Edward G, Lader M, Oxford University Press, Oxford. p 75–111.
3. Miller W, Brown SA. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52: 129–1279.
4. Leshner, A. I. (1997). Addiction is a Brain Disease and it Matters, *Science*, 278: 45-47
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington D.C. and London, 2000.
6. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th Revision, Geneva, 1992.
7. Denollet J. Type D personality : a potential risk factor refined. *J. Psychosom Res* 2000; 49: 255-266
8. Evans L, Akiskal HS, Keck JR ve ark. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Dis* 2005; 85:153-168.

9. Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Przybeck, T. R. And Svrakic, D. M. (1995)
Personality antecedents of alcoholism in a national area probability
sample. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 245,
239-244.
10. Köknel, Ö.(1982) ,Kaygıdan Mutluluğu Kisilik, Altın Kitaplar, İstanbul
11. Muhtar N. Alkol Bağımlılarında Bağlanma, doktora tezi.İstanbul üniv. Sağlık
bilimleri enstitüsü, psikiyatri anabilim dalı, İstanbul, 2003
12. Öztürk F. Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu
Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy
Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri
Birimi. İstanbul.2000
13. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1.
baskı;1998
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Substance Related Disorders, Kaplan and Sadock's
Comprehensive Textbook Psychiatry, Cancro R, 1997,7 th Edition, vol.2
pp, 1724-1725
15. Miller NS,Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. 3.
Baskı, Mercel Dekker Inc, New York, NY,1991

- 16.Orhan S. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Alkol Bağımlılığı Eş Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi. İstanbul.2001
17. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC,1994
18. Ömer H, Tamam L. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.1998; 12:14-22
19. Antony JC: Epidemiology of Drug addiction. Miller NS8ed):Compherensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction'da. New York, Marcel Decker Inc,1991.
20. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman Ü, Aytaçlar S, Ergör G, Çakmak D. Prevalence of alcohol use in İstanbul. Psychol Rep, 92:1081-8, 2003.
21. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol madde bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
22. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4):310-318.

23. World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva:World Health Organization;2004.
24. Yancar C. Madde bağımlılarında komorbidite ve ikinci eksen kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi 2005
25. Cloninger CR: A psychobiological model temperament and character. Arch. Gen. Psych. 50;975-990. 1993, 115
26. Cloninger CR, Svrakic DM: Personality Disorders; in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, VII th Edition. 2000
27. Ozturk O,; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1992
28. Sorias O. Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri.Editorler: Gulec C, Koroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı.Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1997:81-95.
- 29.Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. Psychosom Med 1995; 57: 582-591
30. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. Psychol Rev 1989; 96: 234-54 82
31. Asendorpf JB. Social inhibition: a general –developmental perspective. In: Traue HC, Pennebaker JW, eds. Emotion, inhibition and health. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 1993: 80-99

32. Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role emotional expression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 783-92
33. Gest SD. Behavioral inhibition: stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 467-75
34. Sher L. Type D personality: the heart, stress and cortisol. *QJ med* 2005; 98: 323-329
35. Denollet J. Type D personality : a potential risk factor refined. *J. Psychosom Res* 2000; 49: 255-266
36. Denollet J. Personality, emotional distress and coronary heart disease. *Eur J Pers* 1997;11:343–57.
37. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996;347(8999):417–21.
38. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10(4):241–8.
39. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000;102(6):630–5.

40. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67 (1):89–97.
41. Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res* 2004;57(3):265–72.
42. Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, De Vries J. Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Am J Cardiol* 2005;96(7):996–1001.
43. Armağan Sürgit. Tip D kişilik ve koroner kalp hastalığı ile ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D 2010.
44. Pedersen SS, Lemos PA, van Vooren PR, Liu TK, Daemen J, Erdman RA, et al. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy. *J Am Coll Cardiol* 2004;44 (5):997–1001
45. Williams L. Type D Personality in a Healthy UK Population: The Role of Health Behaviour and Social Support. 1 st Year PhD Progress Report. University of Stirling, Stirling, United Kingdom

46. Bergvik S, Sorlie T, Wynn R, Sexton H. Psychometric properties of the type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scand J Psychol.* 2010 Jan 25
47. Grande G, Jordan J, Kummel M, Struwe C, Schubmann r, Sculze F, Unterberg C, von Kanel R, Kudielka, BM, Ficher j, Herrmann-Lingen C. Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother Psych Med* 2004; 54: 413-422
48. Mols F, Ph.D., Denollet J. Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 32 (2010) 66–72
49. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type D scale 16 (DS16). *Ann Behav Med* 1998;20:209-15
50. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67: 361-370.
51. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997, 8: 280-287.
52. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Petterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSON Scale. *Psychosomatics* 1983;24(4):343-49

53. Shea SC. The Practical Art of Suicide Assessment. A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. John Wiley and Sons, Inc;1999
54. Juhnke G. SAD PERSONS scale review. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 1994;27(1):325-27
- 55.Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 34:45-55
- 56.Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik,güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17 25
57. Köse S, Sayar K, Ak I. Ve ark (2004): Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;14:107-131
58. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50: 975-990. 1993.
59. Köknel, Ö.(1982) ,Kaygıdan Mutluluğu Kisilik, Altın Kitaplar, İstanbul.
60. Armağan Sürgit.Tip D kişilik ve koroner kalp hastalığı ile ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi.Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D 2010

61. E.Etyemez. Psikodermatolojik hastalıklarda Tıp D Kişilik, Stres ve Psikiyatrik Semptomatoloji: Ruhum mu Hasta, Derim mi?. Yayınlanmamış,uzmanlık tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara. 2011
62. Antony JC: Epidemiology of Drug addiction. Miller NS8ed):Compherensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction'da. New York, Marcel Decker Inc,1991.
63. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman Ü, Aytaçlar S, Ergör G, Çakmak D. Prevalence of alcohol use in İstanbul. Psychol Rep, 92:1081-8, 2003.
64. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı.Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol maddebağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
65. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4):310-318.
66. Arıkan Z, Coşar B, Işık A, Candansayar S, Işık E, Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevalansı, Kriz Dergisi, 4 (2), 1996.
- 67.Güleç S. Global risk and objectives in cardiovascular diseases. Arch Turk Soc Cardiol 2009;37 Suppl 2:1-10
68. Poulter N. Global risk of cardiovascular disease. Heart 2003;89 Suppl 2:ii 2-5
69. Beyazyürek M, Alpkan L, Karamustafalıoğlu KO ve ark. Uyuşturucu madde bağımlıları sosyodemografik özellikler. Düşünen Adam 1990;3: 59-61.

70. M.Bulut Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri Bağımlılık Dergisi 2006 s:65-70
71. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M, Alkol Bağımlılığında Klinik Özellikler ve Sosyodemografik Değişkenler, Bağımlılık Dergisi, 1(2):81-85, 2000.
72. İÖ İlhan, YB Doğan, H Demirtaş, MH Boztaş , Alkol bağımlılarında alkole başlamada risk etmenlerinin gelişme dönemlerine göre incelenmesi, Bağımlılık Dergisi. 2002
73. Hosak I, Preiss M, Halir M. ve ark. (2004):Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. Eup. Psych. 19;193-195.
74. Laviola G, Adriani W, Terranova ML. ve arkadaşlarının (1999):Psychobiological risk factors for vulnerability to psychostimulants in human adolescents and animal models. Neu. Bio. Rev. 23;993-1010.
75. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. Personality profile and drug of choice; amultivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. Drug Alcohol Depend 2004; 73: 175-182
76. Basiaux P, Le Bon O, Dramaix M et al. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. Alcohol Alcohol 2001; 6: 584-587.

77. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. (2003): Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend*; Jul 20; 71(1):65-75.
78. Gardener A., Nordlander T, Pederson T, (2002): Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Subst. Use Misuse* 37;1-18.
79. Cloninger CR: A psychobiological model temperament and character. *Arch. Gen. Psych.* 50;975-990. 1993
80. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. 1.baskı, St. Louis, MO: Center for psychobiology of Personality, Washington University, 1994, 67-81.
81. Michal M, Wiltink J, Till Y, Wild PS, Münzel T, Blankenberg S, Beutel ME. Type D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35-74: Results from the Gutenberg Heart Study. *J Affect Disord.* 2010 Mar 3.
82. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M, Alkol bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması, *Bağımlılık Dergisi*, 2001; 2(1): 21-24
83. Bucholz KK. Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. *Psychiatr Clin North Am.* 1999; 22(2): 221-240

84. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 66: 17-31, 1996
85. Compton OG, Lieberman MR, Curtis GC, Thyer BA. Ethanol retards desensitization of phobias in non-alcoholics. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 845-849
86. Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York, Guilford Press, pp 3-16. 1986
87. Anthony J.C. Epidemiology of drug dependence and illicit drug use. *Current Opinion Psychiatry*. 1991; 4: 435-439.
88. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*. 2002; 97 (3): 347-356
89. Kaplan HI, Sadock BJ. Suicide, *Synopsis of Psychiatry* 8th ed; 33, 846-872. 1998
90. Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide, *Ann Intern Med*, 2002; 136; 302-311

91. Pallock LR, William JM. Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall Suicide Life Threat Behav. 2001; 31(4) 38-96
92. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety Disorders and Phobias. New York; Basic Books, 1985
93. Clark DM, A Cognitive Therapy for Anxiety. Behav Psychother 1986b; 14; 283-294
94. Bergvik S, Sorlie T, Wynn R, Sexton H. Psychometric properties of the type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. Scand J Psychol. 2010 Jan 25 (Epub ahead of print)
95. Denollet J. DS 14: Standart Assesment of Negative Affectivity, Social inhibition, and Type D Personality . Psychosomatic Medicine 2005; 67: 89-97
96. Schiffer AA, Susanne S. Pedersen, Jos W. Widdershoven, Eric H. Hendriks, Jobst B. Winter and Johan Denollet. The distressed(type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2005; 12: 341-346
97. Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS. Increased anxiety and depression in danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D cale(DS14). Int. Behav. Med. 2009; 16(2): 98-107

98. Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J. Psychosom Res.* 2004; 57(3): 265-72.
99. Pedersen SS, van Domburg RT, Theuns DA, Jordaens L, Erdman RA. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med.* 2004; 66: 714-19.
100. Michal M, Wiltink J, Till Y, Wild PS, Münzel T, Blankenberg S, Beutel ME. Type D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35-74: Results from the Gutenberg Heart Study. *J Affect Disord.* 2010 Mar 3.

7. ÖZET

ALKOL BAĞIMLILIĞININ TIP D KİŞİLİK İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Alkol bağımlılığı önemli bir psikiyatrik sorun olduğu gibi, önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir. Alkol kullanımı sadece kullanan bireyi değil, aileyi ve toplumu derinden etkilediğinden fiziksel ve ruhsal sorunların yanında birçok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da yol açmaktadır. Bağımlılığa neyin sebep olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte multifaktöriyel etkenlerden bahsedilebilir, bunlar içerisinde de kişilik özelliklerinin etkisinden, kişinin tutumlarından bahsedilebilir.

Bu araştırmada Alkol Bağımlılığı ile Tip D kişilik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 69 hasta ve 58 psikiyatrik yönden sağlam birey alınmış, değerlendirmeler; DS 14 ölçeği, Hastane Ansiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), SAD PERSONS Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Mizaç ve Karakter envanteri (MKE) aracılığıyla yapılmıştır, ayrıca hasta grubuna hastalığa verdikleri anlam açısından Hastalığı Algılama (Iipowski) Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan bireyler sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde, cinsiyet açısından alkol bağımlıları grubunda anlamlı şekilde erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu, medeni durum açısından değerlendirme yapıldığında özellikle alkol bağımlılığı grubunda boşanma oranlarının belirgin şekilde yüksek olduğu, kronik hastalıklar yönünden incelendiğinde, kronik hastalık sıklığının alkol bağımlılığında daha fazla olduğu

görülmüştür. Alkol bağımlılığı hastalarının bağımlılık özellikleri değerlendirilmiştir; alkole ortalama başlama yaşı ortalama 19 olarak bulunmuştur, alkol bağımlılığı olan hastalarda ailede bağımlılık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Gruplar Mizaç ve Karakter Envanteri açısından gözden geçirildiğinde alkol bağımlıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hasta grupları yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan alırken, kendi kendini yönetme ve sebat etme alt ölçeğinde anlamlı derecede düşük olarak değerlendirilmiştir. Tip D kişilik özellikleri açısından bakıldığında alkol bağımlılığı ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Buna göre alkol bağımlılığı grubunda yer alan bireyler, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla Tip D kişilik özellikleri göstermiştir. Alkol bağımlılığı grubunda kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha fazla intihar riski görülmüştür, ayrıca Tip D Kişilik Ölçek puanları ile intihar riski puanları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Alkol bağımlılığı hastalarında kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha fazla anksiyeteli ve depresiftir, ek olarak alkol bağımlısı hastalarda Tip D kişilik özellikleri arttıkça, anksiyete ve depresif belirtilerin de arttığı görülmektedir. Algılanan sosyal destek ve türleri (aile, arkadaş ve özel kişi) açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tip D Kişilik özellikleri ile mizaç ve karakter envanterinin alt testlerinden Zarardan Kaçınma alt test puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur, Tip D Kişilik Ölçek puanları ile intihar riski, anksiyete ve depresyon puanları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca sadece hasta grubuna uygulanan Hastalığı Algılama (lipowski) Ölçeği ile hastaların hastalığa verdikleri

anlam ile tedavi süreci hakkındaki fikirleri değerlendirilmiştir, daha çok kontrolü doktora bırakmak şeklinde fikir beyan ettikleri grlmştr.

Sonuç olarak; kişilik özelliklerinin, kişinin alkol veya madde kullanımını etkileyen özelliklerden biri olduğu söylenebilir. Bu durumda da kişilerin daha iyi tanınması tedavi sürecine katkıda bulunabilir. Alkol bağımlılığında tedavinin yanında, baş etme tutumları ve kişilik özelliklerini değiştirmeye yönelik psikoterapotik müdahaleler, hastalığın tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir. Sadece hastalar değil, bu konuda risk altında olan bireylerin saptanması da erken önlemler almayı kolaylaştırarak ve koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Alkol Bağımlılığı, Tip D Kişilik, Mizaç ve Karakter zellikleri

8. ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATION BETWEEN ALCOHOL ADDICTION AND THE TYPE D PERSONALITY

As the alcohol addiction is an important psychiatric problem it is also a significant public health problem. Using alcohol doesn't just affect the addict, it also has an important effect on family and the public. Therefore it causes social, economic and judicial problems as well as physical and psychiatric problems. Causes of addiction is not known exactly but multifactorial effects like influence of personality traits and attitudes of the person can be mentioned.

The aim of this study is to evaluate the relation between alcohol addiction and the type d personality. 69 patients who met the diagnostic criteria of alcohol dependence and 58 healthy volunteers participated in this study. Assessments made through Type D scale (DS14), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Sad Person's Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Temperament and Character Inventory. Additionally Lipowski Scale was used to evaluate the patient group.

When individuals included in the study are analyzed in terms of socio-demographic characteristics, in the gender group male patients was significantly more than female patients among alcohol addicts. Alcohol addict group had significantly higher rates of divorce and chronic illness compared with the control group. Dependency properties of the alcoholic patient was evaluated; the average age of onset of alcohol use was found to be 19, in the alcohol addict group family history of addiction and psychiatric illness was significantly higher.

The groups were reviewed in terms of Temperament and Character Inventory. While alcohol addictor group scored significantly higher than the control group in the novelty seeking and harm avoidance subscales, they scored significantly lower than control group in the self-directedness and persistence sub-scale. In terms of type D personality traits a significant difference was detected between alcohol addictor and control groups. Accordingly, individuals in the alcohol addictor group showed significantly more Type D personality traits than the control group. Risk of suicide in the alcohol addictor group was significantly more than the control group. Furthermore a positive correlation was detected between the Type D Personality Scale scores and risk of suicide. Patients in the alcohol addictor group were significantly more anxious and depressive than individuals in the control group. A positive correlation was detected between Type D personality characteristics and anxiety and depressive symptoms. In terms of perceived social support and types (family, friends, and special people) there was no significant difference between the groups. Type D Personality traits positively correlated with the scores of harm avoidance sub-test (a subtest of temperament and character inventory) and negatively correlated with the scores of Self-directedness and cooperativeness. Also, a positive correlation was detected between the Type D Personality scale scores and the scores of anxiety and depressive symptoms. In addition patients' ideas about the treatment process was evaluated with the Lipowski Scale which was only applied to the patient group and it was found that patients were more likely to give the control to the doctor.

As a result, it can be said that personality traits are one of the features that affect alcohol and substance use. In this case better recognition of patients can contribute to the treatment process. In the alcohol dependence treatment,

psychotherapeutic interventions that aim to change the attitudes and personality traits might be useful. Detection of individuals who are at risk may facilitate taking early precautions and by this way can contribute to the preventive health care.

Key Words: Alcohol dependence, Type D Personality, Temperament and Character Features

9. EKLER

EK 1

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU:

AD/SOYAD:

YAŞ: CİNSİYET: 1. KADIN 2. ERKEK

MEDENİ DURUM:

1. EVLİ 2. BEKAR 3. DUL 4. BOŞANMIŞ 5. AYRI
YAŞIYOR

EĞİTİM DÜZEYİ:

1.OKUR-YAZAR 2.İLKÖĞRETİM 3. LİSE MEZUNU
4.YÜKSEKOKUL-ÜNİVERSİTE

MESLEK:

1. EV HANIMI 2. MEMUR 3. ÖĞRENCİ 4.
EMEKLİ
5. SERBEST 6. İŞÇİ 7. ÇALIŞMIYOR

ÇALIŞMA DURUMU:

1.HALEN ÇALIŞIYOR
2.ŞİMDİKİ HASTALIK NEDENİYLE ÇALIŞAMIYOR
3.BAŞKA NEDENLERLE ÇALIŞMIYOR
4.HİÇ ÇALIŞMAMIŞ

KRONİK FİZİKSEL HASTALIK:

1 - YOK 2 - VAR (.....) 3 – KARDİYAK

AİLEDE KRONİK FİZİKSEL HASTALIK:

1 – YOK 2 – VAR (.....) 3 – KARDİYAK

ALKOL KULLANIMINA BAŞLAMA YAŞI:

BAĞIMLILIK SÜRESİ (AY):

AYIKLIK SÜRESİ (AY):

TEDAVİ SAYISI: 1 – BİR 2 – İKİ 3 – ÜÇ 4 – DÖRT VE ÜZERİ

AİLEDE BAĞIMLILIK ÖYKÜSÜ: 1- YOK 2 – VAR (KİMDE)

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ :1–YOK 2 – VAR (KİMDE)

EK 2

DS- 14 ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyun ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey sizin kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsız	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam	0	1	2	3	4

EK 3

HAD ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğiniz ien iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

- |S01|Çoğu zaman
- |S01|Birçok zaman
- |S01|Zaman zaman, bazen
- |S01|Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- |S02|Aynı eskisi kadar
- |S02|Pek eskisi kadar değil
- |S02|Yalnızca biraz eskisi kadar
- |S02|Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- |S03|Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- |S03|Evet, ama çok da şiddetli değil
- |S03|Biraz, ama beni endişelendiriyor
- |S03|Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- |S04|Her zaman olduğu kadar
- |S04|Şimdi pek o kadar değil
- |S04|Şimdi kesinlikle o kadar değil
- |S04|Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- |S05|Çoğu zaman
- |S05|Birçok zaman
- |S05|Zaman zaman, ama çok sık değil
- |S05|Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- |S06|Hiçbir zaman
- |S06|Sık değil
- |S06|Bazen
- |S06|Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- |S07|Kesinlikle
- |S07|Genellikle
- |S07|Sık değil
- |S07|Hiçbir zaman

8) Kendimi sanik durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- |S08|Hemen hemen her zaman
- |S08|Çok sık
- |S08|Bazen
- |S08|Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- |S09|Hiçbir zaman

|S09|Bazen

|S09|Oldukça sık

|S09|Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

|S10|Kesinlikle

|S10|Gerektiği kadar özen göstermiyorum

|S10|Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

|S10|Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

|S11|Gerçekten de çok fazla

|S11|Oldukça fazla

|S11|Çok fazla değil

|S11|Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

|S12|Her zaman olduğu kadar

|S12|Her zamankinden biraz daha az

|S12|Her zamankinden kesinlikle daha az

|S12|Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

|S13|Gerçekten de çok sık

|S13|Oldukça sık

|S13|Çok sık değil

|S13|Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

|S14|Sıklıkla

|S14|Bazen

|S14|Pek sık değil

|S14|Çok seyrek

EK 4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıdaki cümleler hakkında ne düşündüğünüzü öğrenmek istiyoruz. Her bir basamağı dikkatlice okuyunuz ve nasıl hissettiğinizi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum

2-Çoğunlukla katılmıyorum

3-Biraz katılmıyorum

4-Nötr

5-Biraz katılıyorum

6-Çoğunlukla katılıyorum

7-Kesinlikle katılıyorum

Ne zaman yardıma ihtiyacım olsa özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabileceğim özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Benim için gerçek bir rahatlık kaynağı olan özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarım gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İşler kötüye gittiğinde arkadaşlarımı dikkate alırım	1	2	3	4	5	6	7
Ailemle problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7
Üzüntümü ve neşemi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır	1	2	3	4	5	6	7
Duygularıma değer veren özel biri vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem karar almamda bana seve seve yardım eder	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarımla problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7

EK 5

SAD PERSONS ÖLÇEĞİ

- 1)CİNSİYET: a)ERKEK b)KADIN
- 2)YAŞ: a)25-34 b)35-44 c)65 ve üzeri d)Hiçbiri
- 3)DEPRESYON: a)VAR b)YOK
- 4)İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ: a)VAR b)YOK
- 5)ETANOL KÖTÜYE KULLANIMI: a)VAR b)YOK
- 6) MANTIKLI DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNA NEDEN OLABİLECEK DURUM: a)VAR b)YOK
- 7)SOSYAL DESTEK KAYBI/OLMAMASI: a)VAR b)YOK
- 8)İNTİHAR PLANININ VARLIĞI: a)VAR b)YOK
- 9)BOŞANMA,AYRILMA,EŞİN ÖLÜMÜ YA DA HASTA "ERKEKSE" BEKAR OLMASI: a)EVET b)HAYIR
- 10)KRONİK YETİ YETİMİNE NEDEN OLABİLECEK CİDDİ BİR HASTALIĞIN VARLIĞI a)EVET b)HAYIR

EK 6

TCI (Temperament and Character Inventory)
MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi tıklayınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen, bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Bu anket formunda doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 Revised 03-01-2001 C.R.Cloninger Türkçe Versiyon 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

	DOĞRU (D)	YANLIŞ (Y)
1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y

9. Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yaptım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutsuzluk verir.	D	Y
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y

35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem.	D	Y
36. İşleri terar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı.	D	Y
37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım.	D	Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmağızın,daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y

66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlardan genellikle sakın ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmama sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y

92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y

118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y

144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımanın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımanın arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşadıklarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur.	D	Y

174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarımla oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok işe yarar.	D	Y
198. Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y

202. Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılıyorum.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y

229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığımızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK 7

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ BİLİM DALI

HST ANLAMI

* Hastalığınızı en iyi anlatan ifade aşağıdakilerden hangisidir? Lütfen işaretleyiniz. Eğer şıklardan size uygun olan yoksa, “diğer” kısmına lütfen hastalığınızın sizin için ne anlama geldiğini yazınız.

- 1- Hastalığımı yaşamımda var olan kaynaklarla üstesinden gelinebilecek herhangi bir görev / sorun olarak algılıyorum
- 2- Hastalığımı, iç veya dış düşman güçlerin bir saldırısı olarak algılıyorum
- 3- Hastalığımı, hiçbir şeyin yerini dolduramayacağı ciddi – büyük bir kayıp olarak algılıyorum.
- 4- Hastalığımı, haksızlık / adaletsizlik olarak algılıyorum.
- 5- Hastalığımı bir başarısızlık, olumsuz bir durum ya da kontrol kaybının bir göstergesi olarak algılıyorum
- 6- Hastalığımı, acı çekme, gelişme ve olgunlaşmanın bir yolu olarak algılıyorum
- 7- Hastalığımı, güçlü olabilmek için isteklerin ve sorumlulukların ertelenmesine neden olan veya süregelen bir krizden kurtulmanın bir yolu olarak algılıyorum
- 8- Hastalığımı, diğerlerinden destek alabilme, kabul görme, ilgi elde edebilmenin bir yolu olarak algılıyorum.
- 9- Diğer (yazınız lütfen) _____

* Aşağıdakilerden hangisi tedavinize ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtmaktadır?

- a) Hangi tedaviyi göreceğime ilişkin son kararı kendim vermeyi tercih ederim
- b) Tedaviyle ilgili son kararı doktorumun görüşünü ciddi bir şekilde düşündükten sonra vermeyi tercih ederim
- c) Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğuna doktorumla beraber karar sorumluluğunu paylaşarak vermeyi tercih ederim
- d) Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğuna karar verirken doktorumun benim görüşümü de dikkate alarak son kararı vermesini tercih ederim
- e) Tedavimle ilgili tüm kararı doktoruma bırakmayı tercih ederim

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Abdullah YILDIZ

Doğum Tarihi: 14.04.1984

Doğum Yeri: ELAZIĞ

Eğitim: GÜTF Psikiyatri A.D Araştırma Görevlisi 2008-2012

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 2001-2007

Korgeneral Hulusi Sayın Lisesi 2000

Karakoçan Yatılı İlköğretim Bölge Okulu 1997

Yabancı Dil: İngilizce

Yayın :

- **Yıldız A**, Coşar B, Sayın A: Behçet Hastalığında Psikiyatrik Sorunlar; Behçet Hastalığı Sonrası Psikiyatrik Yakınmaları Başlayan Bir Olgu. 45. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, 2009: syf 195
- Hacımustafaoğlu Keskin O, **Yıldız A**, Yapıcı Eser H, Taner E, Arıkan Z: Gazi Üniversitesi Gölbaşı Alkol ve Madde Bağımlılık Merkezi'nde Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde bağımlısı Hastaların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması ve Remisyon Sürelerini Etkileyen Faktörler. 7. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, 2011