T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

# GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ GÖLBAŞI ALKOL SERVİSİ'NDE, YATARAK TEDAVİYE İLK KEZ VE TEKRARLAYAN KERELER BAŞVURAN, ALKOL BAĞIMLISI ERKEK HASTALARIN BİLİŞSEL MODELE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

DR. KARDEM AÇIKYÜREK

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SELÇUK ASLAN

ANKARA 2008

# TEŞEKKÜR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tezimin oluşturulması ve yürütülmesi aşamalarındaki destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Selçuk ASLAN'a, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL, Prof. Dr. Erdal IŞIK, Prof. Dr. Behcet COŞAR, Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR, Prof. Dr. Zehra ARIKAN, Doç. Dr. Aslı ÇEPİK KURUOĞLU, Doç.Dr. Burhanettin KAYA, Uzm. Dr. Aslıhan SAYIN ve Psk. Dr. Nursen ORAL'a, rotasyon çalışmalarım sırasındaki katkılarından dolayı Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Şahnur ŞENER ve Nöroloji Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Ceyla İRKEÇ başta olmak üzere bu bölümlerde görev yapan tüm öğretim ve araştırma görevlilerine, tez çalışmamın oluşturulmasına kullanılan gereçler aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşarak katkıda bulunan SSK Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'a, istatistik verilerin değerlendirme aşamasındaki katkılarından dolayı Biyoistatistik Uzmanı Dr. Salih ERGÖÇEN'e, uzmanlık eğitimim boyunca ilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm araştırma görevlisi arkadaşlarım ve klinik çalışanlarına , şu an hayatta olmayan sevgili babam Cahit AÇIKYÜREK'e, sevgili annem ve kardeşime, ve biricik eşim Evren Eyüp TAŞKINOĞLU'na,

Teşekkürler.

**İÇİNDEKİLER**

1. GİRİŞ ..... 1

2. GENEL BİLGİLER ..... 4

3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 36

4. BULGULAR ..... 42

5. TARTIŞMA ..... 77

6. SONUÇ VE ÖZET ..... 91

7. SUMMARY ..... 93

8. KAYNAKLAR ..... 94

9.EKLER ..... 101

## 1.GİRİŞ

Alkol bilinen en eski psikoaktif ajanlardan biridir. Bununla birlikte alkol ile ilişkili sorunların ve alkol bağımlılığının ahlaki ve dini açıklamalardan sıyrılarak bir hastalık olarak kabul edilmesi son 150 yıla dayanmaktadır. Jellinek tarafından bir hastalık olarak tanımlanan ve sınıflanan alkol bağımlılığı; süreğen ve relapslarla seyreden bir bozukluktur.

Alkol bağımlılığının relapslarla seyreden doğası nedeniyle hem bağımlılık hem de relapsı açıklayıcı etiyolojik modeller ileri sürülmüştür.

Bağımlılık etiyolojisini açıklamaya yönelik; genetik/ biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik modeller olmakla birlikte üzerinde en çok fikir birliğine varılan görüş, bağımlılığın multifaktöriyel bir bozukluk olduğunu savunan, bütüncül yaklaşımdır.

Literatürde standart bir relaps tanımı olmamakla birlikte, relaps bir hastalığın sonucu ve sürecine göre, iki ayrı biçimde tanımlanabilir. Sonuca ilişkin tanımlamada relaps; hastalığın belirli bir dönem iyileşmesinin ardından tekrar ortaya çıkması anlamına gelmektedir.

Relapsın sürece ilişkin yapılan diğer tanımında ise, geriye gidiş, kötüleşme ve değer yitimi esas alınır ve daha esnek bir bakış açısı söz konusudur.

Alkol bağımlılarının genellikle tedaviden sonraki ilk bir yıl içinde tekrar alkol kullanmaya başladıkları ve relapsın sıklıkla ilk 3 aylık dönemde görüldüğü göz önüne alındığında relapsı açıklamaya yönelik modellerin geliştirilmesi ve relaps riskini arttıran faktörlerin belirlenmesinin önemi anlaşılmaktadır.

Relaps sürecini açıklamaya yönelik modeller genel olarak 2 ana başlık altında toplanabilir:

1. Psikolojik modeller: (Bilişsel-Davranışçı model, Kişi-Durum etkileşim modeli, Bilişsel değerlendirme modeli, Kendine güven ve sonuç beklentileri modeli )

2. Psikobiyolojik modeller: (Karşıt süreçler ve edinilmiş motivasyon , İstek ve kontrol kaybı, Aşırı arzular ve istek, Alkol çekilme semptomları modeli, Post-akut çekilme sendromu

modeli, Çekilme/Limbik ateşleme modeli )

Son 30 yılda bağımlılık etiyolojisi, relaps nedenleri ve bağımlılıkla ilişkili bozuklukların tedavisinde biyolojik ve dinamik açıklamaların üstünlüğünün yerini Bilişsel-Davranışçı kuram ve yaklaşımlara bıraktığı görülmektedir.

Bilişsel kuram, alkol kullanımına yatkınlık yaratan bazı özel inançlar olduğunu ileri sürer. Bu inançlar görece rijit kognitif yapılardır ve bazı disfonksiyonel şemalardan köken alır.

Bilişsel modele göre alkol/maddeyi hatırlatan içsel yada dışsal uyaranlar ya da çeşitli yaşam stresörleri ile ilişkili yüksek riskli durumlarda bu inançlar aktive olur.

Bu aktivasyon sonucu ortaya çıkan otomatik düşünceler alkol/madde isteğine neden olur ve bu istek inançların güçlenmesinde rol oynar. Uygun başa çıkma mekanizmaları devreye girmediği ya da alkol/madde bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılmaya başlandığı takdirde bu inançlar, alkol/madde isteği ve alkol/madde kullanımını sürdürmeye neden olabilir. Bilişsel Davranışçı model, relaps gelişimini de benzer bir mantıkla açıklar, buna göre; her bireyin bir öz denetim ve öz yeterlilik duygusu vardır, yüksek riskli durumlarda bağımlılarda bu duygu tehdit altına girer ve çeşitli başa çıkma tepkileri ortaya çıkar. Eğer bağımlı, yüksek riskli durumla karşılaştığında etkin bir başa çıkma yanıtı verebilirse, öz yeterlilik duygusu artar ve relaps olasılığı azalır.

Eğer etkin bir başa çıkma yanıtı veremezse öz yeterlilik duygusu azalır ve maddenin kullanımından olumlu sonuç beklentisi artar, bu durum relaps açısından ciddi bir risk faktörüdür.

Maddenin tekrar kullanılmaya başlanması bireyin çatışmalarının ve kendisi ile ilgili olumsuz atıflarının artmasına neden olarak relaps riskini arttırır.

Marlatt relaps epizodlarını sınıflayarak kişisel ve kişiler arası relaps belirleyicilerini tanımlamıştır. Bunun yanı sıra literatürde relapsla ilişkili olduğu düşünülen pek çok faktör tanımlanıp sınıflanmıştır.

Bunlar eğitim gibi demografik özelliklerden, başa çıkma stratejileri gibi psikolojik özelliklere kadar değişen geniş bir spektrumda değerlendirilebilir.

Tek bir çalışmada relaps belirleyicisi olabileceği düşünülen faktörlerin tamamını analiz etmek oldukça güçtür.

Bu çalışmada incelediğimiz hipotezimize göre alkol kullanma ile ilgili inançlar relaps ortaya çıkmasında etkilidir. Alkol kullanma ile ilgili inançlar ilk kez ve tekrarlayan yatışları olanlarda farklıdır. Bu hipotezleri test etmek için aşağıdaki amaçlar çerçevesinde araştırma planlanmıştır:

- Alkol bağımlılığı ve bağımlılıkta relaps kavramını Bilişsel-Davranışçı modele göre açıklamak ve bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmek,
- Yatış sayıları ve relaps/remisyon gruplarına göre ayrılmış hasta gruplarının; sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeylerini,
- Yatış sayılarına göre hasta gruplarının; alkol kullanma isteği ile ilgili inançlar, madde kullanımı ile ilgili inançlar ve alkol bağımlılığı ile ilgili içgörü düzeylerini,
- Remisyon/relaps durumlarına göre hasta gruplarının; alkol kullanma isteği ile ilgili inançlar, madde kullanımı ile ilgili inançlar ve alkol bağımlılığı ile ilgili içgörü düzeylerini değerlendirip karşılaştırmak ve,
- Relapsın öngörülebilir olup olmadığını ve hangi değişkenlerden etkilenebileceğini tartışmaya açmaktır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Alkol Bağımlılığı Tanımı ve Sınıflandırması

Alkol bağımlılığı; bireyin beden ve ruh sağlığını, ailevi, toplumsal ve mesleki uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma ve alkol alma isteğini durduramaması olarak tanımlanabilir. (1)

Alkol bilinen en eski psikoaktif ajanlardan biri olup, alkol kullanımı ile ilgili sorunlar eski çağlara dek uzanmaktadır. Hipokrat'dan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına olan zararlı etkilerinden söz etmişlerdir. Ancak alkol bağımlılığının tıbbi bir sorun olarak kabul edilmesi son yüzelli yıla dayanmaktadır. (2)

19. yüzyılın başlarında bir grup klinisyen alkol bağımlılığını bir hastalık kavramı içinde ele almaya başlamıştır. Bruhl-Cramer 1819' da alkol arayışı ve dipsomani kavramları üzerinde durmuştur. Esquinol 1845' te sarhoşluk kavramını psikiyatrik terminolojiye kazandırmıştır.

Huss 1849' da ilk kez "alkolizm" terimini kullanmıştır.

19. yüzyılın diğer yarısında ise Carpenter (1850), Crothers (1893) ve Kerr (1888) alkol kullanımı ile ilgili sorunları günümüzdeki bağımlılık kavramına benzer bir bağlamda ele almaya başlamışlardır.

Alkol bağımlılığının hastalık kavramı içinde değerlendirilmesi bu tarihlere dayanırken sınıflandırma sistemlerine dahil edilmesi 20. yüzyılın ilk yarısına tekabül etmektedir.

Kraeplin, kronik alkol kullanımına bağlı organik bozukluklara yer verdiği Psikiyatri Kitabı'nda, (1909-1915) intoksikasyon psikozunu, major bir kategori olarak sınıflayan ilk isimdir. (3)

Jellinek 1960 yılında alkolizmi; bireye veya topluma ayrı ayrı yada her ikisine birden zarar verebilecek derecede alkol kullanma alışkanlığı, olarak tanımlamış ve bu tanım içine giren alkolik hastaları 5 gruba ayırmıştır. (Alfa, beta, gama, delta ve epsilon alkolizm )

Jellinek'in tanımlamalarını izleyerek 1969 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), alkol bağımlılığını "Bir kişi tarafından alkolün kendi kültüründeki sınırları aşacak ya da kendi sağlığını ve toplumsal ilişkilerini bozacak kadar kullanılması" olarak tanımlamıştır. (2)

1976'da Edwards ve Gross "Alkol Bağımlılığı Sendromu" kavramını geliştirmişlerdir.

Edwards ve Gross'a göre "Alkol Bağımlılığı Sendromu" 7 elementten oluşmaktadır;

- Alkole toleransın artması
- Alkol arama davranışının yoğunluğu
- İçme dürtüsüne öznel farkındalık
- Alkol kullanma repertuarında daralma
- Tekrarlayan kesilme belirtileri
- Kesilme belirtilerinden kaçınmak yada bu belirtileri rahatlatmak için daha fazla içme
- Yoksunluk döneminden sonra alkol alınması durumunda semptomların hızla geri gelmesi

"Alkol Bağımlılığı Sendromu" kavramının ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde alkol bağımlılığı ile ilgili tanımların geliştirilmesinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir.(3)

Bağımlılık ile ilişkili bozuklukların ayrı bir sınıflandırma grubu olarak kabul edilmesi DSM-III (1980) ile olmuştur. DSM-III'te "kötüye kullanım" ve "farmakolojik bağımlılık" ayrı tanı grupları olarak kullanılmıştır.

DSM-III-R'de davranışa dayalı bağımlılık özellikleri daha ayrıntılı olarak tanımlanmış, bağımlılık tanısı koymak için fizyolojik bağımlılık koşulu aranmasından vazgeçilmiştir.

DSM-IV' te ise tabloya fizyolojik bağımlılığın eşlik edip etmediğinin belirtilmesi zorunlu kılınmış ve DSM-III' te bağımlılığın tamamen düzelmesi için geçmesi gereken süre 6 ayken DSM-IV'te bu süre 1 yıla uzatılmıştır.(2-3)

### 2. 1. 1. Alkol Bağımlılığı İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri

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

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimleri

b. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanılması 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 aynı madde ( ya da yakın benzeri) alınır

3. Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır

4. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır

5. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman 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 biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür ( alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme)

Varsa Belirtiniz:

Fizyolojik Bağımlılık Gösteren: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı vardır ( yani ya birinci ya da ikinci madde vardır)

Fizyolojik Bağımlılık Göstermeyen: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı yoktur (yani ne birinci ne de ikinci madde vardır) (4)

### 2. 1. 2. Bağımlılık Sendromu İçin ICD- 10 Tanı Ölçütleri

Aşağıdaki kriterlerden en az üçünün son bir yıl içinde bulunması:

- Alkol içmek için güçlü bir istek olması
- Alkol arama davranışını denetlemede güçlük ( alınan alkol miktarını ayarlayamama, kullanım süresini ayarlayamama ve başarısızlıkla sonlanan bırakma girişimleri)
- Alkol kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında tipik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
- Alkol ile gerekli iyilik halini elde etmek için ( rahatlık, sarhoşluk, keyif ) gittikçe artan miktarlarda alkole gereksinim duyma (tolerans gelişimi)
- Alkolü elde etmek, kullanmak ve etkilerini gizlemek için harcanan çabanın, diğer ilgi ve uğraşlara yer vermeyecek şekilde giderek artması
- Aşırı alkol kullanımı nedeniyle ruhsal, sosyal, fiziksel zararlar ortaya çıkmış olmasına rağmen alkol kullanımını sürdürme (5)

### 2. 1. 3. DSM-IV Sınıflamasına Göre Alkol Kullanım Bozuklukları

- Alkol Bağımlılığı
- Alkol Kötüye Kullanımı

DSM-IV sınıflamasına göre alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar:

Alkol İntoksikasyonu

Alkol Yoksunluğu

Alkol Yoksunluğu Deliryumu

Alkol Kullanımına Bağlı Kalıcı Demans

Alkol Kullanımına Bağlı Amnestik Bozukluk

Alkol Kullanımına Bağlı Sanrılarla Giden Bozukluk

Alkol Kullanımına Bağlı Halüsinasyonlarla Giden Psikotik Bozukluk

Alkol Kullanımına Bağlı Duygu Durumu Bozuklukları

Alkol Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozuklukları

Alkol Kullanımına Bağlı Seksüel Disfonksiyon

Alkol Kullanımına Bağlı Uyku Bozuklukları

Alkolle İlişkili Başka Türlü Adlandırılamayan Bozukluklar (4)

### 2. 1. 4. ICD- 10 Sınıflamasına Göre Alkol Kullanım Bozuklukları

Zararlı Kullanım

Bağımlılık Sendromu

Yoksunluk Durumu (Deliryumla birlikte)

Psikotik Bozukluk

Amnezik Sendrom

Kalıntı ve Geç Başlayan Psikotik Bozukluk

Başka Ruhsal ve Davranışsal Bozukluk

Belirlenmemiş Ruhsal ve Davranışsal Bozukluk (5)

## 2. 2. Alkol Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşamının herhangi bir döneminde alkol alma olasılığı erkekler için %90, kadınlar için %75 olarak belirlenmiştir. (6, 7)

Amerika'da yapılmış 3 büyük ulusal izlem çalışmasında (ECA: Epidemiological Catchment Area, NCS: National Comorbidity Survey, NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey) DSM' ye göre alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı prevalansları değerlendirilmiştir.

Regier ve Robins'in 1990 yılında yaptıkları ECA çalışmasında, DSM-III kriterlerine göre, alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansı %13.76 bulunmuştur.Ayrıca bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin % 45'inde eş zamanlı olarak en az bir ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır. (8)

Grant ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı NLAES çalışmasının sonuçlarına göre; DSM-IV kriterleri göz önüne alındığında; son bir yıl içinde alkol bağımlılığı ve kötüye kullanım prevalansı % 7.4, ömür boyu alkol kötüye kullanım ve bağımlılık prevalansı ise %18.2 bulunmuştur. Aynı çalışmada sadece alkol bağımlılığı değerlendirildiğinde; son bir yıllık prevalansın %4.4, ömür boyu prevalansın ise %13.3 olduğu saptanmıştır.

Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında;ömür boyu alkol bağımlılığı prevalansı erkeklerde %18.6, kadınlarda %8.4, etnik kökene göre değerlendirme yapıldığında; ömür boyu alkol bağımlılığı prevalansı siyah ırkta %8.6, siyah ırk dışı etnik kökenden olanlarda %13.9 bulunmuştur.

Yaşa göre değerlendirme yapıldığında ise; en yüksek alkol bağımlılığı prevalansının %19.9 ile 18- 24 yaş arasında görüldüğü saptanmıştır.(9)

Türkiye'de alkol bağımlılığının yaygınlığı ile ilişkili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Ülkemizde ruhsal hastalıklarla ilgili ilk epidemiyolojik çalışma olarak bilinen "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında, son 12 ay için, alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerde alkol bağımlılığı yaygınlığı %1.7, kadınlarda %0.1 olarak bildirilmiştir. (10)

Arıkan ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları bir çalışmada Ankara'da yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı %0.9 bulunmuş, çalışmanın yapıldığı bölgede kadınlar arasında alkol bağımlısı bulunmadığından, erkeklerde alkol bağımlılığı oranı %1.9 olarak belirtilmiştir.Çalışmada yaş gruplarına göre alkol kullanımı değerlendirildiğinde; düzenli içme ve alkol bağımlılığının 15 yaşından sonra arttığı, 45-65 yaş aralığında azaldığı, ancak alkol bağımlılarının yaş ortalamalarının (40.76) anlamlı olarak yüksek bulunduğu, bildirilmiştir. (11)

Yüksel ve arkadaşlarının Ankara'daki üniversite öğrencileri arasında madde kullanımının boyutlarını değerlendirdikleri çalışmalarında ; düzenli biçimde alkol kullanma oranı %2, son bir ay içinde alkol alma oranı ise %10 bulunmuştur. (12)

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin gündeme gelmesi ile birlikte son yıllarda ülkemizde özellikle genç popülasyonda alkol ve madde kullanım prevalansıyla ilgili çalışmalar artmıştır.

Ögel ve arkadaşları bir çalışmalarında İstanbul'da 18-25 yaş arası genç popülasyonda yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma yaygınlığını % 53.6 olarak bildirmişlerdir. (13)

İlhan ve arkadaşları ise Ankara'da çıraklık eğitimi gören 15-24 yaş arası gençlerde; yaşam-boyu alkol kullanma yaygınlığını %37,3 ve bir kereden fazla alkol kullanma yaygınlığını %24,3 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada alkol kullanım öyküsü olanların %10'unun son 1 yıl içinde alkol kullanımının devam ettiği bildirilmiştir. (14)

## 2. 3. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisi

Tarihsel süreç içinde alkol kullanım bozukluklarının etiyolojisine ilişkin pek çok kuram ortaya atılmış olmakla birlikte, günümüzde üzerinde en çok fikir birliğine varılan yaklaşım; alkol bağımlılığını, etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok etkenin rol oynadığı bir bozukluk olarak kabul eden çok boyutlu yaklaşımdır. Aşağıda alkol bağımlılığının etiyolojisine ilişkin modeller özetlenmiştir.

### 2. 3. 1. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Genetik ve Biyolojik Modeller

Alkol bağımlılığının etiyolojisinde kalıtımsal etkenlerin rolü yıllardır kabul edilmektedir. Aile, ikiz, evlat edinme ve yüksek risk gruplarında yapılan çalışmaların sonuçları, ayrıca, farklı etnik kökenlerde alkole verilen fizyolojik yanıtlar arasında farklılıklar olması da alkol bağımlılığı etiyolojisinde genetik etkenlerin rolünü düşündürmektedir.

Goodwin (1979) bir literatür derlemesinde; alkol bağımlısı hastaların %25'inin babaları yada erkek kardeşlerinde alkol bağımlılığı ya da başka bir alkol kullanım bozukluğu olduğunu bildirmiştir.

Hesselbrock (1992) yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının %80'inin yakın akrabalarında alkol ile ilişkili bir bozukluk öyküsü olduğunu ileri sürmüştür.

Merikangas (1990) birinci derece yakınlarında alkol bağımlılığı öyküsü olanlarda alkol bağımlılığı gelişme riskinin 7 kat fazla olduğunu bildirmiştir.(3)

Nurnberger, alkol bağımlısı akrabası olan 8296 kişi ile 1654 kontrolü karşılaştırdığı bir aile çalışmasında; alkol bağımlısı akrabası olanlarda kontrollere göre ömür boyu alkol bağımlılığı riskinin 2 kat fazla olduğunu (%28.8- %14.4) bildirmiştir. (15) İkiz çalışmalarında; monozigot ikizlerin dizigotlara oranla, dizigotların ise ikiz olmayan kardeşlere oranla daha yüksek alkol bağımlılığı konkordansı gösterdikleri ileri sürülmektedir.

Pickens, monozigot ikizlerin alkol kullanma davranışındaki benzerlik ve alkol ile ilişkili bozukluklar açısından dizigotlara göre daha yüksek konkordans gösterdiklerini bildirmiştir. (16)

Goodwin (1974), Cloninger (1981) ve Bohman (1987) alkol bağımlılarının evlat edinilmiş çocuklarında alkol bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.(3)

Bu çalışmaların yanında alkol bağımlılığı gelişiminde genetik yatkınlığın rolünü pekiştiren yeni gen çalışmaları dikkat çekmektedir.

Krystal alkolün GABA reseptör sistemi üzerine etkilerini gözden geçirdiği derlemesinde; GABA-A reseptör alt ünitelerini kodlayan genlerdeki varyasyonların alkol bağımlılığına yatkınlıkta rol oynuyor olabileceğini ileri sürmüştür.(17)

Radel, 5q34 kromozomu üzerindeki GABA-A gen kümesinde meydana gelen polimorfizmlerin alkole verilen yanıt, dolayısıyla alkol bağımlılığına yatkınlıkla, ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür.(18)

Lappalainen ve arkadaşları Nöropeptid Y geninin Pro7 allelinin artmış alkol alımı ile ilişkili olduğunu ileri süren bir çalışmadan yola çıkarak yaptıkları araştırmada bu genin alkol bağımlılığına yatkınlıkla bağlantılı olduğunu iddia etmişler. (19)

Wand ve arkadaşları, biyolojik ebeveynlerinde alkol bağımlılığı öyküsü olan ve olmayan, toplam 48 alkol kullanmayan evlat edinilmiş kişi ile yaptıları bir çalışmada, katılımcılara naloksan uyguladıklarında biyolojik ebeveynlerinde alkol bağımlılığı öyküsü olanlarda naloksana daha yüksek kortizol yanıtı elde etmişler ve bu durumun ailede alkol bağımlılığı olanlarda azalmış hipotalamik opioiderjik aktivite ile bağlantılı olduğunu iddia etmişler. (20)

Ayrıca literatürde, alkol bağımlılığının etyolojisinde genetik etkenlerin rolüyle ilgili anlamlı kanıtlar sunan; alkol ve aldehit dehidrogenaz enzimleriyle ilgili gen çalışmaları, serotonin

transporter gen çalışmaları ve dopamin reseptör gen çalışmaları da mevcuttur.

Alkol bağımlılığı etiyolojisinde nörofizyolojik fonksiyonlarında önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Nörofizyolojik fonksiyonların kalıtılabilirliği hipotezinden yola çıkarak, alkol bağımlılarının çocuklarında gözlenen bazı bilişsel defisitlerin, bağımlılık gelişimine yatkınlığa yol açabileceği ileri sürülmektedir.

Alkol bağımlılarında bellek, dikkat, vizuospatial beceriler, sözel ifade gibi bilişsel işlevlerde bozulmaların yanı sıra beyinde yapısal değişiklikler de ortaya çıkmaktadır. Bu işlevsel ve yapısal değişikliklerin uzun süre alkol alımından mı kaynaklandığı yoksa alkol bağımlılığı için birer risk faktörü mü olduğu konusu henüz netlik kazanmamıştır.

Bununla birlikte bazı çalışmalarda, kronik alkol alımından bağımsız olarak, alkol bağımlıları ve çocuklarının belirli beyin bölgelerinde EEG (Elektroensefalografi), ERP (event related potential-olay bağımlı potansiyel) ve BAEP (Beyin sapı uyarılmış potansiyelleri) değişiklikleri olabileceği ileri sürülmektedir. (2-3)

### 2. 3. 2. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Sosyokültürel Modeller

Alkol bağımlılığı etiyolojisinde rolü olduğu düşünülen sosyokültürel etkenlerden üzerinde en çok durulanlar; ailesel faktörler, arkadaş etkisi, alkol kullanımını destekleyen sosyal durumlar, sosyoekonomik düzey ve sosyal politikalardır.

Alkolizmin bir "aile hastalığı" olduğunu ileri süren modele göre bireyin alkol kullanım sorunu olsun ya da olmasın ailesinde bir bağımlının olması hem biyolojik olarak yatkınlığa neden olur, hem de tüm aile üyelerini etkiler.

Steinglass'ın "aile sistemi" modeline göre, alkol kullanılan ailelerde aile içi yapılanma ve ilişkiler alkole göre yeniden düzenlenir.

Daha yeni bir model olan "davranışçı ailesel yaklaşım" modeline göre, aile içinde bazı davranışlar, alkol kullanımının öncülü olup alkol kullanımını güçlendirerek bağımlılık

gelişiminde etkili olabilir.

Arkadaş grubunun etkileri özellikle adolesanlarda alkole başlama açısından önemli bir risk faktörüdür. Araştırmalarda adolesanların arkadaş ortamlarında ; sosyal kabul görme, kendine güveni arttırma, sosyalleşebilme, kaygıyı azaltma beklentisi ile alkol kullandıkları sıkça vurgulanmaktadır.

Sosyoekonomik düzeyin alkol kullanımına etkisi ile ilgili karşıt sonuçları olan çalışmalar vardır.

Hawkins ve arkadaşları eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarında daha fazla madde kullanım sorunu görüldüğünü vurgulamışlardır. Ross yüksek gelir düzeyinin alkol kötüye kullanımı ile ilişkiliyken bağımlılıkla ilişkili olmadığını, düşük gelir düzeyinin ise alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Kişi başına düşen gelir düzeyindeki artışın, kişi başına alkol tüketimini arttıran bir etken olduğu fakat kısa süreli ekonomik zorlanmanın da alkol tüketimini arttırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bunlarla birlikte kişinin içinde yaşadığı toplumun kültürel, dini ve etnik özellikleri ve alkol-madde-kullanımı konusundaki devlet politikaları da alkol bağımlılığı etiyolojisinde rolü olabilecek sosyokültürel faktörlerdir. (2-3)

### 2. 3. 3. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Psikopatoloji, Kişilik ve Mizacın Rolü

Literatürde, çocukluk çağı davranım sorunları ve/veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile erişkin alkol bağımlılığı arasında ilişki olduğuna dair, pek çok izlem çalışması vardır. McCord (1960) ve Robins(1968), çocukluk çağı davranım sorunlarının erişkin alkol bağımlılığı gelişimiyle ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Calahan, Room ve Jones' da erişkin alkol bağımlılarında yaptıkları retrospektif çalışmalarda yukarıdaki bulguyu destekler sonuçlara ulaşmışlardır.

Ayrıca pek çok çalışmada çocukluk çağı hiperaktivitesi ve minimal beyin disfonksiyonunun "esansiyel" alkol bağımlılarında "reaktif" alkol bağımlılarına göre daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır. Araştırmalar bazı bireylerde bağımlılık gelişmeden önce yürütücü fonksiyonlarda bozukluğu da içeren bir nörolojik bozukluk olabileceğini vurgulamaktadır. Bu bozukluğun bağımlılık gelişimi için risk faktörü olabilecek klinik görünümleri şu şekilde özetlenebilir:

- Çocukluk çağı dikkat eksikliği
- Çocukluk çağı hiperaktivitesi
- Pre-alkolik esansiyel tremor
- Sol el dominansı
- Düşük akademik başarı
- Agresyon, dürtü denetim sorunları
- Emosyonel instabilite
- Antisosyal ve psikopatik eğilimler (21)

Tüm bu kanıtlara rağmen, çocukluk çağı davranım sorunu ve/veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan her bireyde alkol bağımlılığı gelişmemektedir.

Konuya daha gelişimsel perspektiften bakan bazı araştırmacılar, belirli mizaç özelliklerinin hem çocukluk çağı davranım sorunları hem de erişkin alkol bağımlılığı ile ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir.(3)

Mizaç , kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen, biyolojik temelli, doğuştan gelen yapısal özellikler olarak tanımlanmaktadır.

Tarter ve arkadaşları alkol bağımlılığını açıklamak için bir "mizaç modeli" geliştirmiştir. Bu model mizacın kalıtılabilir 6 boyutunu ( aktivasyon düzeyi, dikkat süresi ve sürdürülebilirliği, sosyabilite, gerçekçilik, duygusallık ve besine tepki ) ele almaktadır.

Bu boyutlardan dikkat kapasitesi ve sosyabilitenin düşük, duygusallığın yüksek olmasının alkol ile ilişkili problemlerin gelişimi açısından artmış riskle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

Cloninger, belirli mizaç ve kişillik özelliklerinin kalıtılma yoluyla alkol bağımlılığı gelişiminde etkili olabileceğini ileri sürmektedir.

Cloninger'e göre alkol bağımlıları biyolojik kökenli kalıtılabilir kişilik boyutlarındaki farklılıklarına göre, Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere, iki gruba ayrılır.Bu kişilik boyutları sırasıyla; yenilik arama, zarardan kaçınma ve ödüle bağımlılıktır.

Tip 1 alkol bağımlılığı; düşük yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma ve yüksek ödüle bağımlılıkla ilişkiliyken, Tip 2 alkol bağımlılığı; yüksek yenilik arayışı, düşük zarardan kaçınma ve düşük ödüle bağımlılık ile ilişkilidir.(3)

Pek çok araştırmacı, alkol bağımlılığına yol açan yada alkol bağımlılığı ile birlikte görülen, kişilik özelliklerini tanımlanmaya çalışmıştır.Çünkü alkol bağımlılılarında kişilik bozukluklarının varlığı, etiyoloji, tedavi ve prognoz açısından önem taşımaktadır.

Roel ve Van Den Brink (1999) kişilik bozukluğu ile alkol/madde kullanımı arasında 4 tip ilişki olduğunu belirtmişlerdir:

- Kişilik bozukluğu alkol/madde kullanımına yol açar.
- Sürekli alkol/madde kullanımı kişilik bozukluğuna yol açar.
- Kişilik bozukluğu ve alkol/madde kullanımı için ortak etiyoloji vardır.
- Kişilik patolojisi bağımlılığın seyrini etkiler.

Alkol bağımlılarında herhangi bir kişilik bozukluğu görülme oranı %22 ile %81 arasında değişmektedir. (2)

Bağımlılık için, kişiliğin önemli etiyolojik etken olabileceği üç gelişim süreci önerilmiştir; 1)Davranışsal disinhibisyon süreci; 2) Stres azaltma süreci; 3) Ödül duyarlılığı süreci.

Bağımlılık için davranışsal disinhibisyon süreci antisosyallik ve dürtüsellik gibi özelliklerden yüksek, zarardan kaçınma gibi özellikten düşük puan alan bireylerin alkol ve madde kötüye kullanımı gibi davranışlar için eşik düzeylerinin düşük olduğunu belirler. Davranışsal disinhibisyon süreci antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısını ve bir ölçüde borderline kişilik bozukluğu ek tanısını açıklayabilir. Bağımlılık için stres azaltma süreci, stres reaktivitesi, anksiyete duyarlılığı ve nörotisizm gibi özelliklerden yüksek puan alan bireylerin stresli yaşam olaylarına hassas olduğunu belirler.

Bu bireyler strese karşı anksiyete ve mizaç düzensizliği ile cevap verir ve bu da kendi kendini tedavi amaçlı alkol/madde kullanımı için motivasyon olur. Stres azaltma süreci kaçıngan, bağımlı, şizotipal ve borderline kişilik bozukluğu ek tanılarını açıklayabilir.Ödül duyarlılığı süreci yenilik arayışı, ödül arayışı, dışa dönüklük ve insan canlısı olma özelliklerinden yüksek puan alan bireylerin, olumlu zorlayıcı pekiştirici özellikleri nedeniyle alkol/madde kullanmaya motive olduklarını belirler. Ödül duyarlılığı süreci ise histrionik ve narsisistik kişilik bozukluğu ek tanılarını açıklayabilir. (22)

**2. 3. 4. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Psikodinamik Modeller**

Alkol bağımlılığının psikodinamik temeli ile ilgili pek çok görüş ve kuram vardır.

Psikodinamik yaklaşımlar alkol ve madde bağımlılığını bilinçdışı çekirdek psişik çatışmaların bir belirtisi olarak görme eğilimindedirler. İlk psikodinamik yaklaşımlar psikoanalitik teoriden esinlenmiş ve bağımlılığı psikoseksüel gelişim çatışmaları ile oluşan bir durum olarak kabul etme eğiliminde olmuşlardır. Genel olarak psikodinamik perspektif bağımlılıkta; bilinçdışı motivasyonlar, emosyonlar, benlik saygısı, öz denetim ve kişiler arası ilişkilere odaklanır. (21, 23)

Freudien yaklaşım, alkol bağımlılarının gelişimsel dönemlerden oral dönem fikse olan ve erişkin yaşamda yeterli başa çıkma becerilerine sahip olmayan kişiler olduklarını ileri

sürmektedir.

Freud daha sonra alkol bağımlılığının bastırılmış homoseksüalitenin bir görünümü olduğunu ileri sürmüştür. Diğer psikodinamik teorisyenlerin bazıları alkol bağımlılığının çözülmemiş bağımlılık çatışmalarının bir yansıması olduğunu bazıları ise bağımlılık davranışının güç elde etmek /kendine zarar vermek için bir çaba olduğunu ileri sürmüşlerdir.(21)

Wurmser, alkol bağımlılarının aşırı katı süperegolarının çeşitli şekillerde ortaya çıkardığı bazı intrapsişik çatışmaları olduğunu ve bunlara bağlı yoğun korku ve öfke duygularından kaçmak için alkol kullandıklarını ileri sürmektedir.(3)

Khantzian, bağımlılarda bir çeşit ego defisiti olduğu ve bu defisit nedeniyle bir çeşit kendi kendini tedavi yolu olarak alkol/madde kullanımını seçtikleri görüşünü savunmaktadır. (24)

Krystal, bağımlılığın temelinin bozuk obje ilişkileri olduğunu, Mc Dougall ise bağımlılıkla ilişkili tüm bozuklukların psişik çatışmalara karşı geliştirilmiş psikosomatik savunmalarla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür.(3)

Zimberg alkolizmin etiyolojisi ile ilgili olarak bağımlılık gereksinimleriyle olan çatışmayı esas alan oldukça açıklayıcı bir model önermiştir.

Zimberg'e göre, bağımlılık gereksinimleriyle olan çatışma, ebeveynler veya bir ebeveyn tarafından çocukluğun reddedilmesi veya aşırı korunma ya da özellikle ebeveyn alkolik ise prematür sorumluluk vermenin sonucunda gelişmiş olabilir. Alkol bağımlılarında görülen değersizlik ve yetersizlik duygularıyla, düşük benlik saygısı bu çatışmanın sonuunda ortaya çıkmaktadır.

Ancak alkol bağımlıları, bu duygularını ya yadsımakta ya da bastırmaktadır. Böylece kabul edilme ve özen gösterilme, bilinçdışı bir gereksinim halini almaktadır. Oysa gerçek yaşamda bağımlılık gereksinimleri asla tam olarak karşılanamayacak; sürekli güç, kontrol, başarı, yüksek benlik saygısı için diğer telafi edici gereksinimler ortaya çıkacaktır.

Alkol, hem anksiyeteyi yatıştırmakta, hem de daha önemlisi, farmakolojik olarak indüklenmiş

bir bir güç duygusu, tüm güçlülük, incinmezlik duyguları yaratmaktadır.

Bu yüzden alkol bağımlıları, bir içme epizodundan ayıldıklarında, aslında değişen hiçbir şey olmadığını gördükleri için, üzüntü ve suçluluk yaşamakta, değersizlik duyguları yoğunlaşmakta; böylece çatışma fasit bir daire halinde, çoğu zaman ağırlaşarak sürüp girmektedir. (2)

**2. 3. 5. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Koşullanma Modelleri**

Bağımlılık etiyolojisinde üç temel öğrenme tipinin rolü olduğu düşünülmektedir.Bunlar; klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme teorileridir.

Klasik koşullanma; başlangıçta tepki uyandırmayan (nötr) bir uyaranın, koşulsuz uyaran ile eşleşmesi durumunda, koşullu uyarana dönüşmesi ve koşullu tepkiye yol açması esasına dayanır. Edimsel koşullanma ise; herhangi bir davranışın ya da tepkinin ödüllendirilmesi sonucu daha güçlenmesi, ya da ödüllendirilmemesi durumunda zayıflaması esasına dayanır.

(25) Klasik koşullanma modeline göre alkol kullanımını hatırlatan bazı içsel (kaygı, depresyon gibi emosyonlar..) yada dışsal (sosyal durumlar, maddeyi hatırlatan işaretler..) uyaranlar zamanla koşullu uyaranlar haline gelir.

Bu koşullu uyaranlarla karşılaşma durumunda kişi buna uygun koşullu tepkiler vermeye başlar. Bu modeli savunanlar, alkol bağımlılarının koşullu uyaranlar devreye girdiğinde fizyolojik canlanma ve arama davranışı gösterdiklerini ileri sürmektedir. Genel olarak klasik koşullanmanın alkol iseği, alkol çekilme belirtileri, tolerans gelişimi ve relapsta rolü olduğu düşünülmektedir. (2, 21)

Edimsel koşullanma modeline göre; alkolün hem pozitif (keyif verici, kendine güveni arttırıcı..) hem de negatif pekiştirici (kaygıyı azaltma, yoksunluğu giderme..) etkileri alkol kullanma davranışının devam etmesine neden olur.(2)

### 2. 3. 6. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisinde Sosyal Öğrenme Teorisi ve Bilişsel Model

Alkol bağımlılığı etiyolojisinde sosyal öğrenme teorisi, çeşitli uyaranlardan madde kullanımına giden yolda aracı olduğu düşünülen beklentiler, atıflar ve öz yeterlilik gibi bilişsel yapılar üzerine odaklanmaktadır.

Goldman'a göre beklentiler tüm davranışları etkileyebilen temel süreçler olup; sinir sisteminde bilgi şablonları şeklinde depolanıp işlenerek, davranışsal çıktıları şekillendirirler. (26)

Alkol kullanımından olumlu sonuç beklentisi; tekrarlayan alkol kullanımı sonucu klasik ve edimsel koşullanma ile oluşur. Bu beklentiler koşullanılmış bilişler gibi düşünülebilir ki bu koşullu bilişler alkol alımına bağlı olumlu deneyimler ve olumlu öznel yanıtlar ile ilişkilidir.

Olumlu sonuç beklentisi ( yoksunluk belirtilerini azaltma, rahatlama ..vb), alkolün daha sık kullanılmasına ve bağımlılık gelişimine yol açabilir.(3)

Bandura sosyal öğrenme teorisinde "öz yeterlilik" (self-efficacy) kavramına dikkat çekmiştir. Öz yeterlilik; bireyin belirli durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiğine ilişkin kişisel yargılarıdır. (27)

Öz yeterlilik teorisine göre insan davranışları sadece geçmişte edinilmiş bilgiler (örn:edimsel koşullanma) ya da biyolojik faktörler (örn:genetik) tarafından şekillendirilmez.

İradeye dayanan düşünce süreçleri özellikle öz yeterlilik inancı bireyin davranışlarını belirleyen önemli bir etkendir.( 26)

Öz yeterlilik inancının bağımlılarda madde kullanmaya başlama, devam etme ve madde kullanımını bırakma süreçlerindeki davranışlar üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir.

Aktif alkol kullanıcıları arasında öz yeterlilik, yani alkol kullanımı olmaksızın belirli durumlarla başa çıkılabileceğine dair inançlar, düşüktür ve bu tür bilişler alkol alımında artış ve bağımlılık gelişiminde rol oynayabilir. (3)

Başa çıkma modelleri, alkol/madde kullanımının, bireyin yaşamındaki stres etkenleri ile başa çıkma yollarından biri olduğunu ve alkol /madde kullanımının her aşamasında ( başlama, sürdürme, yineleme ) stresin bir risk faktörü olduğunu vurgular.

Bu modele göre alkol/madde kullanımı;

- Olumlu duyguları güçlendirerek ve/ veya olumsuz duyguları azaltarak,
- Dikkat dağıtarak, (Örn: Farkındalığı azaltmak için)
- Performansı arttırarak ,

yani bir çeşit kendi kendini tedavi yöntemi olarak stresle başa çıkmayı kolaylaştırabilir.

Görüldüğü üzere bu başa çıkma mekanizmaları , sonuç beklentisi modellerinde de merkezi bir role sahiptir.(26)

Alkol bağımlılığı gelişiminde sosyal öğrenme teorisini destekleyen ve bütünleştirici yaklaşımlar sunan Abrams ve Niaura'ya göre; bireyin yaşadığı olaylar örgüsünün uzun süreli pekiştiriciliği, içme davranışını bağımlılık düzeyine getirmekte ve alkol alımından ek beklentiler oluşmasına yol açmaktadır.Bu nedenle alkol bağımlılığında iyileşme bireyin alternatif başa çıkma mekanizmaları geliştirme yeteneğine bağlıdır.(2)

Araştırmalar sosyal öğrenme teorisini temel alan tedavi stratejilerinin ( uyarana maruziyet, sosyal beceri, öz denetim ve relapstan koruma eğitimleri) diğer tedavi stratejilerine göre daha etkin olduğunu ileri sürmektedir. (21)

Bandura'nın bilişsel sosyal öğrenme teorisini ileri sürmesinden sonra bununla bağlantılı olarak bağımlılığı açıklamaya yönelik pek çok bilişsel kuram ve görüş ortaya atılmıştır.

Bağımlılığı açıklayan bilişsel kuramlara bütüncül bir yaklaşımla bakılırsa; bilişsel kuram, bireyin belirli durumları algılama ve yorumlama biçiminin, bu durumlarla bağlantılı inançları tarafından şekillendirildiğine inanır. Bireyin durumu algılama biçimine bağlı olarak bu olayla ilgili duygu, motivasyon ve davranışları değişebilir.

Bilişsel kuram, alkol kullanımına yatkınlık yaratan bazı özel inançlar olduğunu ileri sürer. Bu inançlar görece rijit kognitif yapılardır ve bazı disfonksiyonel şemalardan köken alır. Bağımlılık davranışında önemi olduğuna inanılan inançlardan bazıları şu şekilde özetlenebilir:

- Anticipatory (beklentiyle ilgili- öncül) inançlar: Genellikle maddeden ödül beklentisi ile ilgili inançlardır (Örn: "parti harika geçecek, -uçmak- için bekleyemem !")
- Relief-oriented (rahatlamaya odaklı) inançlar: Madde kullanmaya devam etmenin bir süre sonra rahatsız bir duruma yol açacağı ile ilgili inançlardır. (Örn: "yoksunluğa dayanamam, hemen içmeliyim!" )
- Facilitative/ permissive (kolaylaştırıcı/izin verici) inançlar: Madde kullanımının kabul edilebilir olduğuna dair inançlardır. Bu inançlara daha genel olarak rasyonalizasyonlar denilebilir.(Örn: "sadece zayıf insanların alkolle sorunu olur, bu bana olmayacak!")

Bilişsel modele göre alkol/maddeyi hatırlatan içsel ya da dışsal uyaranlar ya da çeşitli yaşam stresörleri ile ilişkili yüksek riskli durumlarda bu inançlar aktive olur.

Bu aktivasyon sonucu ortaya çıkan otomatik düşünceler alkol/madde isteğine neden olur ve bu istek inançların güçlenmesinde rol oynar.

Uygun başa çıkma mekanizmaları devreye girmediği ya da alkol/madde bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılmaya başlandığı takdirde bu inançlar, alkol/madde isteği, alkol/madde kullanımını sürdürme ve relapsa neden olabilir.

Marlatt (1985) bağımlılıkla ilişkili 4 bilişsel süreç tanımlamıştır: öz yeterlilik, sonuç beklentisi, nedensellik bağı ve karar verme süreçleri.

Daha önce de açıklandığı gibi öz yeterlilik, kişinin yüksek riskli durumlarla başa çıkabilme yeteneğine olan inancıdır. Marlatt, bağımlılarda düşük öz yeterliliğin relapsla, yüksek öz yeterliliğin ise ayık kalma ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir.

Sonuç beklentisi, kişinin madde ya da maddeyle ilişkili aktivitenin etkisi hakkındaki

öngörüsünden köken alır.

Buna göre beklenen olumlu sonuçlar, olumsuz sonuçlardan fazlaysa madde kullanımı sürdürülür.

Nedensellik bağı, kişinin madde kullanımı ile bağlantılandırdığı içsel ve dışsal faktörlerle ilgili inançlarına dayanır.(Örn: "etrafımdaki herkes bağımlı" –dışsal faktör-, "alkole fiziksel olarak bağımlıyım ve o olmadan yaşayamam"-içsel faktör-)

Marlatt bu tür inançların, kişinin madde kullanımını kontrolü dışında gibi algılamasına neden olduğu için, madde kullanımının sürdürülmesinde ve relapsta etkisi olduğunu ileri sürmektedir. Marlatt aynı zamanda madde kullanımı ve relapsın bir tür bilişsel karar verme süreci olduğunu düşünmektedir.(28)

## 2. 4. Alkol Bağımlılığında Relaps

Alkol bağımlılığı kronik ve relapslarla seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle alkol bağımlılarında relapsın öngörülebilmesi, önlenmesi ve kontrol altına alınması önemli bir sorundur.

### 2. 4. 1. Relaps Tanımı ve Sıklığı

Literatürde standart bir relaps tanımı yoktur. Relaps bir hastalığın sonucu ve sürecine göre iki ayrı biçimde tanımlanabilir. Sonuca ilişkin tanımlamada relaps; hastalığın belirli bir dönem iyileşmesinin ardından tekrar ortaya çıkması anlamına gelmektedir. Bu tanıma göre bağımlı olunan maddeyi bir kez alma durumunda bile relapstan bahsetmek gerekecektir. Alkol bağımlılığı tedavisinde relaps oranlarının çok yüksek oluşunda böyle bir bakış açısının rolü büyüktür. Relapsın sürece ilişkin yapılan diğer tanımında ise, geriye gidiş, kötüleşme ve değer yitimi esas alınır ve daha esnek bir bakış açısı söz konusudur. Eğer geriye gidiş sürecini başlatan hatalı davranışlar sonlandırılabilirse relaps oluşmayabilir.

Buna göre içilen bir kadeh içki, relaps olarak değil, gerekli önlemler alınmadığı takdirde

relapsı başlatabilecek hatalı bir davranış olarak görülmektedir. (2)

Literatürdeki başlıca relaps tanımları şunlardır:

- Bir ayık kalma periyodundan sonra sinsi başlayan ve yavaş yavaş artan madde kullanımı
- Maddenin tekrar kullanılmaya başlanması ile tanımlı tek bir olay
- Maddenin kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması
- Belli bir dönem boyunca ardışık olarak günlük kullanım
- Tedaviyi gerektirmeye neden olacak kadar madde kullanımı

Marlatt, laps ve relaps arasında kavramsal bir ayrım yapmıştır. Marlatt'a göre laps, bir ayık kalma periyodundan sonra maddenin ilk kullanımı, relaps ise ilk kullanımdan sonra devam eden kullanımdır. (29)

Relaps için özgül oranlar tanımlamak güçtür. Oranlar bağımlılığın özelliklerine, bireysel değişkenlere, tedavi başarısına ve daha birçok faktöre bağlıdır.

Connors, relapsın bir kez içki tüketimi olarak tanımlandığı bir çalışmasında, alkol bağımlılarında relaps oranını % 90 olarak bildirilmiş. (30)

Martin ve arkadaşları ise adolesanlarda yaptıkları çalışmalarda relaps oranlarının %50-73.9 , relapsın en sık görüldüğü periyodun ise tedaviden sonraki ilk 26-90 gün arasında olduğunu bildirmişler. (29)

Pek çok çalışmada alkol bağımlılarının %65-70'inin tedaviden sonraki ilk yıl içinde alkol kullanmaya başladıkları ve relapsın sıklıkla ilk 3 aylık dönemde görüldüğü vurgulanmaktadır.(31)

### 2. 4. 2. Relaps Modelleri

Brownell ve arkadaşları 1986'dan geniş bir derleme yayınlayarak bağımlılıkta relaps sorununa dikkat çektiler. Aynı dönemde bağımlılık davranışı ile ilgili araştırmalar hastalık modelinden çok bilişsel- davranışçı perspektifte değerlendirilmeye başlandı.

Relaps modelleri 2 ana başlık altında toplanır:

1. Psikolojik modeller

Bilişsel-Davranışçı model

Kişi-Durum etkileşim modeli

Bilişsel değerlendirme modeli

Kendine güven ve sonuç beklentileri modeli

2. Psikobiyolojik modeller

Karşıt süreçler ve edinilmiş motivasyon

İstek ve kontrol kaybı

Aşırı arzular ve istek

Alkol çekilme semptomları modeli

Post-akut çekilme sendromu modeli

Çekilme/Limbik ateşleme modeli ( 29)

***Bilişsel-Davranışçı Model:***

Marlatt 1978'de, tedaviden sonraki ilk 3 ay içinde tekrar alkol kullanmaya başlayan bir grup alkol bağımlısı erkek hasta ile yürüttüğü bir çalışma sonucunda , bağımlıların ayık kalmasını güçleştiren yüksek riskli durumları tanımlamıştır. Marlatt, bu yüksek riskli durumları tanımladıktan sonra, relaps süreciyle ilgili ilk bilişsel- davranışçı modeli öne sürmüştür.

Bu model, bağımlı bireyin yüksek riskli durumlar karşısındaki yanıtına odaklanır.

Her bireyin bir öz denetim ve öz yeterlilik duygusu vardır, yüksek riskli durumlarda ( olumlu yada olumsuz emosyonel yada fiziksel durumlar, sosyal baskı, kişiler arası çatışmalar, alkol almayla ilgili dürtü, istek yada işaretler..) bağımlılarda bu duygu tehdit altına girer ve çeşitli başa çıkma tepkileri ortaya çıkar. Eğer bağımlı, yüksek riskli durumla karşılaştığında etkin bir başa çıkma yanıtı verebilirse, öz yeterlilik duygusu artar ve relaps olasılığı azalır.

Eğer etkin bir başa çıkma yanıtı veremezse öz yeterlilik duygusu azalır ve maddenin kullanımından olumlu sonuç beklentisi artar, bu durum madde kullanmaya başlama açısından ciddi bir risk faktörüdür. Maddenin tekrar kullanılmaya başlanması (abstinence violation effect: ayık kalmanın ihlali etkisi) bireyin çatışmalarının ve kendisi ile ilgili olumsuz atıflarının (suçluluk, kontrol kaybı..) artmasına neden olarak relaps riskini arttırır.

(32)

***Kişi-Durum Etkileşim Modeli:***

Çeşitli değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşime önem verir. Bu değişkenler şunlardır: relaps için yüksek bir risk, bireyin başa çıkma becerileri repertuarı ve bireyin bu başa çıkma becerilerinin özellikle yüksek riskli durumlarda etkinliği ve uygunluğu algısı.

Yüksek riskli durumlar için 4 primer kategori tanımlanmıştır. 1) Olumsuz duygudurum 2) Daha önceki içme davranışı ile ilişkili durumlar, 3) Sosyal-kişilerarası anksiyete, 4) Azalmış bilişsel dikkat ve ilk içkiyi almak için rasyonalizasyonlar.

***Bilişsel Değerlendirme Modeli:***

Bireyin yüksek riskli durumları nasıl algıladığına daha çok odaklanır. Bu modelde karşılıklı etkileşimin de önemli olduğu belirtilmesine rağmen yüksek riskli durumların kendi başına kişinin değerlendirmeleri kadar önemli olmadığı kabul edilir. Alkol bağımlıları için alkol kullanımı ya olumsuz durumlarla başa çıkma yolu ya da kendi içinde değerli bir aktivite

olarak değerlendirilebilir.

Bireyler olumsuz durumlarla başa çıkmak için daha uygun başa çıkma beceriler geliştirmektense alkol kullanımını alışkanlık haline getirdiklerinde problemler doğar. Bu mekanizma, alkol kullanmaya devam etmenin ve relapsların altında yatan mekanizmadır.

***Kendine Güven ve Sonuç Beklentileri Modeli:***

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

***Karşıt Süreçler ve Edinilmiş Motivasyon:***

Bu modele göre; vücut yeni bir uyarı formu ile karşılaştığında bu uyarının etkilerini hafifletmeye çalışır. İlk uyarı özel bir emosyonel duruma (A) neden olan bir süreci (a) tetikler. Ancak bu süreç de karşıt bir (b) sürecini tetikleyerek A durumunu etkisiz hale getiren veya hafifleten bir B emosyonel durumuna neden olur. Sonuçta bireyin yaşadığı emosyon A ve B durumlarının toplamıdır. Bir uyarıya tekrarlayan maruz kalmalar sonucunda yani uyarı gittikçe "daha az yeni" hale geldiğinde A durumu yoğunluğunu kaybeder ve B durumu arasındaki latans kısalır ve yaşanan emosyonu belirlemede B durumu daha baskın hale gelir. Alkol kullanımına uyarladığımızda alkol ilk uyarı olarak hareket edecektir ve süreci başlatacaktır. A durumu hoşa giden, rahatlatıcı, B durumu depresif, irritabl duygudurumu içerir. Hafif içiciler veya sosyal içiciler için A durumu yaşanan duyguduruma daha fazla katkıda bulunacaktır. Ancak alkol bağımlıları alkol almayı sürdürmediğinde B durumu baskın olacaktır. Dolayısıyla kişi olumsuz duygudurumu

iyileştirmek için veya olumlu duygudurum yaşamak için relaps olacaktır.

***İstek ve Kontrol Kaybı:***

Alkol isteği (craving) bağımlılık davranışının sürdürülmesi ve relaps gelişiminde önemli rol oynar. Alkol isteği; madde almak için kontrol edilemez bir arzu duymak ve madde alınmadığında asteni, iştahsızlık, kaygı, uykusuzluk, saldırganlık ve çökkünlük gibi belirtilerin eşlik ettiği fiziksel ve psikolojik sıkıntılar yaşamak, şeklinde tanımlanabilir. (33) İstek ve kontrol kaybı modeline göre; kuru kalmakta olan alkolikte isteğe içsel ve dışsal hatırlatıcılar (cue) neden olmaktadır. Dışsal hatırlatıcılar alkolün varlığını, stresli bir durumu ve kişinin yaşamında bir başarısızlığı içerebilir. İçsel hatırlatıcılar, olumsuz duygudurum durumlarını (depresyon, anksiyete gibi) veya alkol çekilmesinin fiziksel belirtilerini içerebilir.(30)

Bu modele göre çekilme dönemindeki istek ile içsel ve dışsal hatırlatıcılara ikincil olarak ortaya çıkan istek farklıdır. İçsel ve dışsal hatırlatıcılara ikincil istek; bu hatırlatıcılardan kaynaklanan uyarılma hislerine atfedilen bilişsel bir etiket olarak görülür. Örneğin, bazı çalışmalarda içsel ve dışsal hatırlatıcılara verilen tepkinin alkole ulaşmanın mümkün olduğu hallerde mümkün olmadığı hallere göre daha az şiddetli olduğunu gösterilmiştir. Bireyin bu uyandırılma hislerini nasıl yorumladığı "istek" yaşayıp yaşamamasını belirler. Ve yineleme süreci, istek uyandıran hatırlatıcılara verilen yanıtın şekli ve bu yanıtları kontrol yeteneği tarafından şekillendirilir.(30-33)

***Aşırı Arzular ve İstek Modeli:***

Bu modelin odak noktası otomatik ve otomatik olmayan bilişsel süreçlerdeki farklılıktır. Madde kullanım davranışlarının çoğu otomatik süreçlerle kontrol edilir. Aşırı arzu ve istekler ya madde çekilmesi ya da maddelerin olumlu güçlendirme etkileri ile oluşur. Tekrarlayan maruz kalmalar otomatik tepkiye neden olur. Bu modele göre madde bağımlısı bir bireyin

kuru kalma girişimleri son derece güç olacaktır ve efor gerektirecektir.

Kökleşmiş otomatik süreçler bireyi kullanma davranışını başlatması için etkileyecektir. Maddeden uzak durma girişimleri istemli, otomatik olmayan süreçlere bağlıdır.

Çeşitli içsel ve dışsal uyarılar, bilinçli bir niyet olmaksızın madde kullanımı eylem planı adı verilen duruma neden olan otomatik bilişsel süreçleri tetikleyebilir. Bu otomatik eylem planını atlatmak için birey otomatik olmayan bilişsel süreçlerini kullanmayı öğrenmelidir.

Eğer bireyin otomatik olmayan bilişsel metotlar repertuarı yetersizse veya başka eylemler için kullanılmaktaysa relaps olasılığı yüksektir.

***Alkol Çekilme Semptomları Modeli:***

Bu modele göre anksiyete subakut alkol çekilme sendromunun bir parçasıdır ve alkol isteği ile ilişkilidir. Hiperventilasyon alkol kullanımının fizyolojik bir sonucudur ve anksiyete ve panik gibi organ sistemlerinde semptomlara neden olur. Alkol bu semptomlardan kurtulmak için kullanılır. Mossberg ve arkadaşlarına göre akut çekilmeyi takip eden 4-8 haftalık dönemde anksiyete, uyku semptomları, otonomik bozukluklar, depresif semptomlar, konsantrasyon güçlükleri ve bellek problemleri yaşanır. Bu 4-8 haftalık dönemden sonra 1-3 haftalık duygudurum değişikliği periyodları yaygındır.

Bu periyodlar alkol çekilmesinin neden olduğu düşünülen relapsın oluştuğu periyodlardır.

***Post-Akut Çekilme Sendromu:***

Bu model alkolün fizyolojik ve nörolojik etkilerine odaklanır. Alkolik kişi alkolü kestiğinde bir çekilme periyoduna girer. Bu süreci post akut çekilme sendromu (PAW) adı verilen sendrom takip eder, kesilmenin 1.-2. haftasında başlar ve 1.5-2 ayda pik yapar ve daha sonraki 3 ay içinde azalır. PAW primer olarak yüksek seviye bilişsel işlevselliği (soyut düşünme, bellek gibi) etkiler ve emosyonalitenin yüksek seviyeleri ve strese aşırı tepki ile

bağlantılıdır.

Bu modele göre ilk olarak birey kendinin iyilik hali ve kuru kalma becerisini sorgulamaya başladığında tutumu değişir. Olumsuz emosyonel sonuçlarla sonuçlanan maladaptif başa çıkma metodları kullanmaya başlar. Bu sürecin sonucu içmeye tekrar başlanmasıdır.

***Çekilme/Limbik Ateşleme Modeli:***

Uzun süreli alkol kullanımı bedende,özellikle santral sinir sisteminde, adaptif değişikliklere neden olur. Alkolün santral sinir sistemi üzerinde genel inhibitör etkisi vardır. Alkol kesilmesi durumunda santral sinir sisteminde kompansatuar olarak artmış eksitabilitenin görüldüğü bir epizod ortaya çıkar. Tremordan delirium tremense kadar değişebilen semptomlarla belirli bu dönem "alkol çekilme sendromu" olarak adlandırılır.

Alkol çekilme sendorumunun tekrarlaması bazı nörobiyokimyasal değişikliklere neden olur:

- İnhibitör/eksitatör nörotransmisyonda dengesizlik ( GABA reseptör fonksiyonlarında azalma, NMDA aktivitesinde artma, voltaj bağımlı Ca kanal aktivasyonında artış..)
- Nöroendokrin disregülasyon ( HPA aksının aktivasyonu)
- Diğer nörokimyasal değişiklikler (Örn:Dopamin fonksiyonunda azalma)

Bu değişiklikler, nörotoksisite, anksiyete ve nöbete yatkınlığa neden olarak alkolün etkileri ile ilgili öznel algıların farklılaşmasına neden olur. (34) Bu modele göre tekrarlayan çekilme epizodları "uzun süren limbik aşırı uyarılırlığa" neden olur.

Çekilmedeki birey çeşitli hatırlatıcılara tepki olarak spontan bir şekilde fizyolojik çekilmeler yaşayabilir ve bu semptomlar anksiyete olarak yorumlanabilir. Birey daha sonra istek yaşayabilir ve bu anksiyete semptomlarını geçirmek için içmeye motive olabilir ve böylece relaps oluşur.(30)

### 2. 4. 3. Relapsı Belirleyen ve Öngören Faktörler

Relaps kompleks bir süreçtir. Relaps riski bireysel, durumsal ve fizyolojik faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile belirlenir. Shiffman 1989'da potansiyel relaps öngörücülerini değerlendirmek için çok-değişkenli, çok-seviyeli bir yaklaşımın anlamaya yarayan bir modelini sunmuştur.

Shiffman'a göre relaps olasılığını yeterince öngörebilmek için 3 seviyede değerlendirme yapılmalıdır. Birinci kategori göreceli olarak uzun süredir varolan, süregiden, değişmeyen uzak kişisel özellikleri içerir. İkinci kategori, zaman içinde dalgalanan fakat bunu göreceli olarak tedricen yapan ara arkaplan özellikleri içerir ve artmış relaps olasılığına az çok katkıda bulunur. Üçüncü kategori yakın nedenleri içerir, kayma sırasında veya hemen öncesinde ortaya çıkarlar; göreceli olarak geçicidirler ve bir yüksek risk durumu bağlamında ortaya çıkarlar. Shiffman'ın belirtmediği ancak önemli olan diğer bir kategori geçiş değişkenlerini içerir. Kaymadan relapsa geçişe aracılık ederler.

Bu kategoriler arasında kayma olabileceği ve farklı kategorilerdeki değişkenler arasında etkileşim olabileceği belirtilmiştir. Bu kategoriler;

Uzak Kişisel Faktörler: Ailede alkolizm öyküsü ,alkolizmin tipi, ek psikiyatrik bozuklukların doğası/şiddeti, ek madde kullanım bozukluklarının doğası/şiddeti, bilişsel bozulma ve azalmış problem çözme yetisi, alkol bağımlılığının şiddeti, alkolü hatırlatıcılara koşullu tepki

Yakın Hazırlayıcı Faktörler: Yüksek riskli durumlar, bilişsel uyanıklık ve içsel diyalog, emosyonel durumlar, mizaç-başa çıkma becerileri, durumsal tepkinin etkinliği, hatırlatıcı koşullu tepki, maddeden istenen ve beklenen etkilerin belirginliği, istek, kuru kalma sözü

Ara/ Arka Plan Faktörleri: Önemli yaşam olayları, devam eden yaşam güçlükleri, günlük yaşam problemleri, sosyal ve çevresel destek, stresle başa çıkma becerileri, kendine güven duygusu, maddenin etkileri ile ilgili genel beklentiler, kendini iyileştirmek için motivasyon

Geçiş Faktörleri: Kuru kalmanın ihlali etkisi, emosyonel durumlar, atıfsal eğilimler, onarıcı başa çıkma becerileri, kuru kalma durumuna dönme sözü, şeklinde özetlenebilir.(30)

Marlatt bağımlılıkta relapsı önlemeye yönelik bilişsel-davranışçı tedavi stratejilerini belirlerken, relaps epizodlarını ve relapsla ilişkili faktörleri kategorik olarak sınıflamıştır.

Buna göre relapsı belirleyen faktörler şu şekilde özetlenebilir:

1. Kişisel ve çevresel belirleyiciler:

Olumsuz duygusal durumlarla başa çıkma

- Öfke ve engellenmeyle başa çıkma
- Diğer olumsuz duygusal durumlarla başa çıkma

Olumsuz fiziksel durumlarla başa çıkma

- Madde ile ilişkili fiziksel durumlarla başa çıkma
- Diğer olumsuz fiziksel durumlarla başa çıkma

Olumlu duygusal durumları arttırma

Kişisel kontrolü test etme ( Kontrollü ve orta derecede kullanıp kullanamayacağını test etmek için madde kullanımı. Ne olacağını görmek için maddeyi denemek. Tedavinin etkisini test etmek. İradesini test etmek.)

Dürtüler

- Madde için baştan çıkaran faktörlerin (cue) varlığında
- Madde için baştan çıkaran faktörlerin (cue) yokluğunda

2. Kişilerarası belirleyiciler:

Kişilerarası çatışma ile başa çıkma

- Engellenme ve öfke ile başa çıkma
- Diğer kişilerarası çatışmalarla başa çıkma

Sosyal baskı

- Doğrudan sosyal baskı
- Dolaylı sosyal baskı

Olumlu duygusal durumları arttırma

Marlatt relapsla ilişkili olabilecek bu yüksek riskli durumlarla nasıl başa çıkıldığının relaps olasılığını belirlediğini ileri sürmüştür. (2)

### 2. 4. 4. Alkol Bağımlılarında Relapsı Belirleyen/ Öngören Faktörlerle İlgili Çalışmalar

Alkol bağımlılığının tedavisinde hangi hastaların ve ne zaman relaps olacaklarını bilebilmek önemlidir. Böyle bir bilgi ile relaps önleme stratejileri geliştirilebilir ve uygulanabilir. (30)

Bu amaçla bağımlılarda relapsı belirleyen /öngören faktörleri anlamaya yönelik pek çok araştırma yapılmıştır.

133 alkol bağımlısı erkek hastada 12 aylık tedavi sonuçları ile başa çıkma becerileri ve bağımlılık alt tiplerinin ilişkisini değerlendiren bir çalışmada; Tip B alkol bağımlılarının TipA alkol bağımlılarına göre, daha sık kaçınma tarzı başa çıkma yanıtı verdikleri ve bu tür başa çıkma yanıtı gösterenlerde tedavi sonuçlarının daha olumsuz olduğu gösterilmiş. (35)

100 alkol bağımlısı erkek hastanın detoksifikasyon periyodundan başlayarak 1 yıl süre ile izlendiği bir çalışmada; düşük öz yeterlilik, etkin olmayan başa çıkma stratejileri, yüksek stres ve düşük sosyal destek ile relapsın ilişkili olduğu, bunlardan özellikle öz yeterlilik ve sosyal desteğin relapsla daha anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir.(36)

Zywiak ve Connors relaps belirleyicisi olabilecek faktörleri değerlendirebilmek "İçme Nedenleri Anketi" ni kullandıkları bir çalışmada; 142 alkol bağımlısı hastanın 85'inde ilk 1 yıl içinde relaps geliştiğini ve bunların 33'ünde olumsuz duygular, 27'sinde sosyal baskı, 25'inde ise istek/ hatırlatıcılara bağlı olarak relaps geliştiğini bildirmişlerdir.(35)

Yates ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada; alkol bağımlılarında düşük sosyoekonomik düzey, uzun süre ve fazla miktarda alkol kullanımı ve detoksifikasyon için hastaneye yatarak tedavi sayısının fazla olmasının, tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyen ve relaps riskini arttıran faktörler olduklarını ileri sürmüşlerdir.(37)

416 alkol bağımlısı erkek hastanın 3 yıllık izlemdeki remisyon ve 16 yıllık izlemdeki relaps durumlarını etkileyen değişkenlerin değerlendirildiği bir çalışmada; remisyonun, kadın cinsiyet, ileri yaş, evli olma, eğitim seviyesinin yüksek olması, yüksek öz yeterlilik ve etkin başa çıkma mekanizmaları ile bağlantılı olduğu gösterilmiş. Relapsın ise; düşük eğitim seviyesi, işsizlik, öyküde alkole bağlı problemlerin fazla oluşu, düşük öz yeterlilik ve gerilimi azaltma amacıyla alkol kullanımı ile bağlantılı olduğu ileri sürülmüş. (38)

Olumsuz emosyonel durumların relapsla bağlantılı olduğunu ileri süren pek çok çalışma vardır. Shiffman nikotin bağımlılarında yaptığı bir çalışmada relapsla en sık bağlantılı olumsuz emosyonel durumların sırasıyla; anksiyete, öfke, hayal kırıklığı ve depresyon olduğunu ileri sürmüştür.(39)

Tedavi süreçlerinin ilk yılı içinde relaps gelişmiş 521 alkol bağımlısı hastanın durumsal ve sürekli anksiyete düzeyleri ve kişilik özelliklerinin relapsla bağlantısının değerlendirildiği bir çalışmada; durumsal anksiyete düzeyinin yüksekliği, yüksek yenilik arama, düşük zarardan kaçınma ve dürtüselliğin relapsla bağlantılı olduğu ileri sürülmüştür. (40)

Alkol bağımlılığında relapsın mevcut Eksen I ve Eksen II tanıları ile bağlantılarını değerlendiren çok sayıda çalışma vardır. Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere ek ruhsal hastalık tanısı olan bağımlılarda , ek ruhsal hastalık tanısı olmayan bağımlılara göre tedavi sonuçlarının daha olumsuz ve relaps riskinin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. (41)

70 alkol bağımlısı erkek hastanın detoksifikasyon sonrası 6 ay izlendiği bir çalışmada;

alkole başlama yaşı ve ilk kez yatarak tedavi görme yaşı düşük, fiziksel bağımlılık şiddeti yüksek, antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısı olanlar ve alkol kullanma isteği ile ilgili inançları değerlendiren anket puanları yüksek olanların daha yüksek relaps riski olduğu gösterilmiştir. (42)

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3. 1. Örneklem

Bu araştırmanın örneklemi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gölbaşı Alkol Tedavi Servisi'nde yatarak tedavi gören hastalardan oluşturuldu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; DSM- IV'e göre Alkol Bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılamak, en az 2 haftadır alkol almamak, yoksunluk tedavisi bitmiş ve/veya herhangi bir benzodiazepin türevi ilaç kullanmıyor olmak ve okuma yazma biliyor olmak, dışlama kriterleri ise; alkol dışı bir madde için bağımlılık tanı kriterlerini karşılamak, sonuçların güvenilirliğini etkileme riski açısından Şizofreni ve/veya Mental Retardasyon tanısı almış olmak şeklinde belirlendi.

Araştırmaya Nisan 2006- Temmuz 2007 tarihleri arasında Gölbaşı Alkol Tedavi Servisi'nde yatarak tedavi gören ve dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 60 erkek hasta alındı.

Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara uygulanacak testler ve çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını belirtir bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Örneklem; yatış sayısı ve relaps durumlarına göre alt gruba ayrılarak incelendi.

Örneklem yatış şekline göre ; ilk kez yatarak tedavi görenler (n= 28) , tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenler (n=32) şeklinde 2 gruba ayrıldı.

Literatürde relaps ile ilgili kesin bir tanımlama olmamasına rağmen, relapsın, bir kuru kalma periyodundan sonra alkolün tekrar kullanılmaya başlanması ve süre giden kullanımı olarak tanımlandığı pek çok çalışma vardır. DSM-IV'e göre alkol bağımlılığında kuru kalınan süreye göre belirlenen iki tip remisyon vardır.

Bunlar en az 1 ay süre ile ancak 12 aydan kısa süreli olarak alkol kullanımının olmadığı erken remisyon ve 12 ay ya da daha uzun süre ile alkol kullanımının olmadığı kalıcı remisyondur.

Bu araştırmada örneklem, veri toplama aşamasında, relaps durumlarına göre; hiç remisyona girmeyenler ( n= 21), erken remisyon aşamasında relaps gelişenler ( n= 19), kalıcı remisyon aşamasında relaps gelişenler (n= 20) şeklinde üç gruba ayrıldı. İstatistik aşamasında bu üç grubun birbiriyle karşılaştırılmasının yanı sıra, literatürde 12 aylık remisyondan sonra alkol alımı ve süre giden kullanımının relaps kabul edildiği çalışmalar olmasından dolayı hiç remisyona girmeyenler ve erken remisyon aşamasından relaps gelişenler (n= 40) , kalıcı remisyon aşamasında relaps gelişenler (n=20) şeklinde iki grup oluşturularak ayrı bir karşılaştırma yapıldı.

### 3. 2. Veri Toplama Araçları

### 3. 2. 1. ALKOL BAĞIMLILIĞI SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER ANKETİ

Araştırmaya alınan tüm hastaların sosyodemografik özellikleri, aile öyküleri, alkol kullanım özellikleri ve aldıkları tedavilerin kaydedildiği bir formdur. (Ek- 2)

### 3. 2. 2. ALKOL KULLANMA İSTEĞİ İLGİLİ İNANÇLAR ANKETİ

Özgün formu 1993 yılında Beck, Newman, Liese ve Wright tarafından geliştirilen Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Anketi, madde bağımlılığındaki "craving" (aşırı istek) fenomeni hakkında inançları değerlendiren özbildirime dayalı bir ankettir.

Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır.

Anketin amacı alkol isteği ile ilgili inançların bağımlılığın sürdürülmesi ve yineleme üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Hastalar “craving” ile ilgili 20 ifadeyi okuyarak ne kadar inandıklarını 1 ile 7 puan arasında ( 1=tamamıyla katılmıyorum ve 7= tamamıyla katılıyorum olmak üzere), işaretlerler.

Testin belirli bir kesme puanı yoktur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, alkol bağımlılarının anketten aldıkları ortalama puanların, sağlıklı kontrol grupları ve sosyal alkol kullanıcılarına göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Test puanlarındaki artışın “craving” düzeyindeki artışı yansıttığı ve bunun da bağımlılığın sürdürülmesi ve yinelemede önemli bir belirleyici olduğu düşünülmektedir.(43)

### 3. 2. 3. MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ İNANÇLAR ANKETİ

Özgün formu 1993 yılında Beck, Newman, Liese ve Wright tarafından geliştirilen Madde Kullanımıyla İlgili İnançlar Anketi, bağımlı bireylerin madde kullanımına ilişkin inançlarını ve bunlara inanma düzeylerini belirleyen özbildirime dayalı bir ankettir.

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır.

Hastalar madde kullanımı ile ilgili 20 ifadeyi okuyarak 1 ile 7 puan arasında ( 1=tamamıyla katılmıyorum ve 7= tamamıyla katılıyorum olmak üzere), işaretlerler.

Testin belirli bir kesme puanı yoktur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, alkol bağımlılarının anketten aldıkları ortalama puanların, sağlıklı kontrol grupları ve sosyal alkol kullanıcılarına göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Test puanlarındaki artışın madde kullanımı ile ilgili işlevsel olmayan inançların düzeyindeki artışı yansıttığı ve bu işlevsiz inançların içme davranışının sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.(44)

### 3. 2. 4. MICHIGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ

Özgün formu 1983 yılında Gibbs ve arkadaşları tarafından geliştirilen Michigan Alkolizm Tarama Testi, bireyin alkol kullanım sorunları ile karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa düzeyini ölçmeyi amaçlayan öz bildirime dayalı bir testtir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır.

Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1, 4, 6 ve 7. sorulara alkol kullanımı ile ilgili sorunu olanların yanıtı olumsuzdur. 3, 5, 9 ve 16. sorular 1 puan, 1, 2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23 ve 24. sorular 2 puan, 8, 19 ve 20. sorular 5 puandır. Yanıtın olumsuz olduğu sorular haricindeki evet maddelerinin puanları toplanır.

Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 5 ile 9 arasında alındığında ölçeğin alkol kullanım sorunu olanlarla olmayanları en iyi olarak ayırdığı belirlenmiştir.(45)

### 3. 2. 5. RELAPS ÖNGÖRME ÖLÇEĞİ

Özgün formu 1992 yılında Wright ve arkadaşları tarafından geliştirilen Relaps Öngörme Ölçeği, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar tarafından sürdürülmektedir.

Ölçek; belirli durumlarda madde isteğinin derecesi ve madde kullanma olasılığını değerlendiren 50'şer ifadeden oluşmaktadır.

Hastalar bu ifadeleri okuyarak her birine 0 ile 4 arasında ( 0= hiç ve 4=çok güçlü olmak üzere) puan verirler. Testin belirli bir kesme puanı yoktur. Test puanlarındaki artışın relaps riskini öngörmede belirleyici olabileceği düşünülmektedir.(46)

### 3. 2. 6. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Özgün formu 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Depresyon Envanteri, bireyin depresif belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan öz bildirime dayalı bir ölçektir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır.

Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir.

Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür.(45,47)

### 3. 2. 7. BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Özgün formu 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Anksiyete Envanteri, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemeyi amaçlayan öz bildirime dayalı bir ölçektir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy tarafından 1993 yılında yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçekte her bir maddeye 0 ile 3 arasında (0=hiç ve 3= ciddi olmak üzere) puan verilir. Puan aralığı 0-63 olup, puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. (48)

### 3. 3. İstatistiksel Analiz Yöntemi

Verilerin analizi SPSS 11.5 paket programında yapıldı. Ölçümle elde edilen özelliklerin normal dağılıma uygun dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± std.sapma, kategorik değişkenler için % olarak verildi. Bağımsız gruplar arasında ölçümle elde edilen özellikler yönünden farkın anlamlılığı, bağımsız grup sayısı iki olduğunda Student's t veya Mann Whitney U testiyle bağımsız grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) veya Kruskal Wallis testiyle değerlendirildi. Kruskal Wallis test istatistiği sonucunun anlamlı görüldüğü yerlerde farka neden olan grubu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Kategorik karşılaştırmalar için Khi-Kare veya Fisher'in Kesin testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişkilerin olup olmadığı Pearson korelasyon testleriyle değerlendirildi. Ölçekler üzerinde anlamlı etkisinin olabileceği düşünülen bağımsız değişkenlerin, çoklu etkilerini incelemek için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı.

Herbir bağımsız değişkene ilişkin regresyon katsayısı, %95 güven aralığı ve anlamlılık düzeyleri hesaplandı. $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

# 4. BULGULAR

## 4. 1. Örneklemin Tanıtımı:

Araştırmanın örneklemi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gölbaşı Alkol Tedavi Servis'inde yatarak tedavi gören, DSM- IV tanı ölçütlerine göre Alkol Bağımlılığı tanısı almış, en az 2 haftadır alkol alımı olmayan, yoksunluk tedavisi tamamlanmış, Şizofreni ve/ veya Mental Retardasyon tanısı olmayan gönüllülerden oluşmaktadır.

### 4. 1. 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Aşağıdaki tablolarda örneklemin yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ebeveyn eğitim düzeyi, özgeçmişte kafa travması, menenjit ya da febril konvülsiyon öyküsü, soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü, soygeçmişte alkol kullanımı öyküsü, aile içi şiddet öyküsü, alkol nedeniyle sabıka kaydı gibi sosyodemografik özelliklerine göre sayı ve yüzdeleri gösterilmiştir.

Tablo 1- Eğitim düzeyi

| **Eğitim Düzeyi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| İlkokul | 6 | 10,0 |
| Ortaokul | 2 | 3,3 |
| Lise | 35 | 58,3 |
| Yüksek Okul | 17 | 28,3 |

Tablo 2- Meslek grupları

| **Meslek** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| İşsiz | 1 | 1,7 |
| Memur | 19 | 31,7 |
| İşçi | 2 | 3,3 |
| Serbest | 13 | 21,7 |
| Emekli | 25 | 41,7 |

Tablo 3- Medeni durum

| **Medeni Durum** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Bekar | 2 | 3,3 |
| Evli | 38 | 63,3 |
| Ayrı yaşıyor | 3 | 5,0 |
| Boşanmış | 15 | 25,0 |
| Dul | 2 | 3,3 |

Tablo 4- Gelir düzeyi (Asgari ücret yada daha düşük gelir düzeyi: "Çok Düşük", asgari ücretin 2 katı : "Düşük", 2-4 katı : "Orta", 4 katıdan fazla"Yüksek" olarak belirlenmiştir.)

| **Gelir Düzeyi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Çok düşük | 5 | 8,3 |
| Düşük | 36 | 60,0 |
| Orta | 15 | 25,0 |
| Yüksek | 4 | 6,7 |

Tablo 5- Annenin eğitim düzeyi

| **Annenin Eğitim Düzeyi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Okuma yazma bilmiyor | 15 | 25,0 |
| Okur yazar | 8 | 13,3 |
| İlkokul | 28 | 46,7 |
| Ortaokul | 4 | 6,7 |
| Lise | 3 | 5,0 |
| Yüksek Okul | 2 | 3,3 |

Tablo 6- Babanın eğitim düzeyi

| **Babanın Eğitim Düzeyi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Okuma yazma bilmiyor | 4 | 6,7 |
| Okur yazar | 4 | 6,7 |
| İlkokul | 26 | 43,3 |
| Ortaokul | 9 | 15,0 |
| Lise | 12 | 20,0 |
| Yüksek Okul | 5 | 8,3 |

Tablo 7- Özgeçmişte kafa travması, menenjit yada febril konvülsiyon öyküsü

| | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Kafa Travması Öyküsü Olanlar** | 5 | 8,3 |
| **Menenjit Öyküsü Olanlar** | 1 | 1,7 |
| **Febril Konvülsiyon Öyküsü Olanlar** | 6 | 10,0 |

Tablo 8- Soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü

| **Soygeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yok | 49 | 81,7 |
| 1. derece yakınında ruhsal hastalık var | 10 | 16,7 |
| 2. derece yakınında ruhsal hastalık var | 1 | 1,7 |

Tablo 9- Soygeçmişte alkol kullanımı öyküsü

| **Soygeçmişte Alkol Kullanımı Öyküsü** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Soygeçmişinde alkol kullanımı yok | 10 | 16,7 |
| 1. derece yakınında alkol kullanımı ya da bağımlılığı var | 14 | 23,4 |
| 2. derece yakınında alkol kullanımı ya da bağımlılığı var | 14 | 23,4 |
| 1. ve 2. derece yakınında alkol kullanımı ya da bağımlılığı var | 22 | 36,7 |

Tablo 10- Alkol nedeniyle sabıka kaydı

| **Alkol Nedeniyle Sabıka Kaydı** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yok | 46 | 76,7 |
| Var | 14 | 23,3 |

Tablo 11- Aile içi şiddet öyküsü

| **Aile İçi Şiddet Öyküsü** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yok | 27 | 45,0 |
| Var | 33 | 55,0 |

Yukarıdaki sosyodemografik verilere bakıldığında, araştırmaya dahil edilen grubun yaş ortalaması 47,45±9,72 olarak bulundu. Katılımcıların, % 58,3'ü (n= 35) lise, % 28,3'ü (n= 17) yüksek okul mezunu olmak üzere, çoğunun eğitim düzeyi yüksekti. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %63,3'ü ( n= 38) evli olmakla birlikte ikinci büyük grubu %25 (n= 15) ile boşanmış olanlar oluşturuyordu. Mesleklere göre değerlendirildiğinde grubun %41,7'si (n= 25) emekliydi, bu durumun grubun yüksek yaş ortalaması ile bağlantılı olduğu düşünüldü. Aylık kazançları göz önüne alındığında % 60'ı ( n= 36) düşük gelir düzeyine sahipti. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin genel olarak düşük olduğu; annelerinin %46,7'sinin (n= 28), babalarının %43,3'ünün (n= 26) ilkokul mezunu olduğu saptandı. Özgeçmişte kafa travması, menenjit ve febril konvülsiyon oranları sırasıyla %8,3 (n= 5), %1,7 (n= 1), %10 (n=6) bulundu. Katılımcıların %81,7'sinin (n= 49) soygeçmişinde ruhsal hastalık öyküsü olmamasına karşın, yalnızca %16,7'sinin (n= 10) soygeçmişinde alkol kullanımı yada bağımlılığı öyküsü olmadığı, %23,4'ünün (n= 14) birinci derece, %23,4'ünün (n= 14) ikinci derece, %36,7'sinin (n= 22) ise hem birinci hem de ikinci derece yakınında alkol kullanımı yada bağımlılığı öyküsü olduğu saptandı. Yetiştikleri ortamda şiddete maruz kalanların oranı %55 (n=33), alkol nedeniyle sabıka kaydı olanların oranı ise %23,3 (n= 14) olarak bulundu.

### 4. 1. 2. Örneklemin Klinik Özellikleri

Aşağıdaki tablolarda örneklemin özgeçmişte ruhsal hastalık, özgeçmişte alkol dışı madde kullanımı, tüketilen günlük ortalama alkol miktarı, tüketilen alkol cinsi, alkol nedeniyle hastaneye yatış şekli, alkol intoksikasyonuna bağlı blackout, alkol yoksunluğuna bağlı delirium tremens veya nöbet, alkolü en uzun bırakma süresi, çalışma sırasında kullanılan ilaç tedavisi gibi klinik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 12- Özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsü

| **Özgeçmişte Ruhsal Hastalık Öyküsü** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yok | 51 | 85,0 |
| Depresyon | 6 | 10,0 |
| Anksiyete bozukluğu | 2 | 3,3 |
| Bipolar bozukluk | 1 | 1,7 |

Tablo 13- Özgeçmişte alkol dışı madde kullanma öyküsü

| **Özgeçmişte Alkol Dışı Madde Kullanma Öyküsü** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yok | 56 | 93,3 |
| Kannabis | 3 | 5,0 |
| Birden fazla madde kullanma öyküsü | 1 | 1,7 |

Tablo 14- Tüketilen alkolün cinsi

| **Tüketilen Alkolün Cinsi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Mayalı | 9 | 15,0 |
| Distile | 32 | 53,3 |
| Mayalı ve distile | 19 | 31,7 |

Tablo 15- Blackout, delirium tremens yada yoksunluğa bağlı nöbet öyküsü

| | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Öyküde Blackout** | 56 | 93,3 |
| **Öyküde Delirium Tremens** | 22 | 36,7 |
| **Öyküde Yoksunluğa Bağlı Nöbet** | 11 | 18,3 |

Tablo 16-Alkolü en uzun bırakma süresi

| **Alkolü En Uzun Bırakma Süresi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Öyküde remisyon yok | 21 | 35,0 |
| Öyküde erken remisyon | 19 | 31,7 |
| Öyküde kalıcı remisyon | 20 | 33,3 |

Tablo 17- Çalışma sırasında kullanılan ilaç tedavisi

| **Çalışma Sırasında Kullanılan İlaç Tedavisi** | **Sayı** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| Yalnızca B vitamini | 28 | 46,7 |
| B vitamini, antidepresan | 21 | 35,0 |
| B vitamini, Disülfiram | 1 | 1,7 |
| B vitamini, Disülfiram, antidepresan | 5 | 8,3 |
| B vitamini, Acamprosat, antidepresan | 5 | 8,3 |

Örneklem klinik özellikleri açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların alkole başlama yaşlarının 10 ile 30 arasında değiştiği, ortalama alkole başlama yaşının 17,53 ± 3,5 olduğu saptandı. Her gün düzenli olarak alkol kullanmaya başlama yaşıysa ortalama 29,01 ±11,62 idi. Alkol Bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi sayısı 1 ile 8 arasında değişen katılımcıların ortalama yatarak tedavi sayıları 2,18 ±1,71'di. İlk kez yatarak tedavi olanların oranı %46,7 (n= 28), tekrarlayan kereler yatarak tedavi olanların oranı %53,3 (n= 32) idi.

Özgeçmişte alkol dışı madde kullanımı açısından değerlendirilen katılımcıların yalnızca % 6,7 'sinde (n= 4) alkol dışı madde kullanma öyküsü olduğu saptandı. Katılımcıların %5'inin (n=3) kannabis, %1,7'sinin (n= 1) ise birden fazla madde kullanma öyküsü vardı.

Katılımcıların %15'inin (n=9) öyküsünde ruhsal hastalık olup bunların 6'sı Depresyon, 2'si Anksiyete Bozukluğu, 1'i Bipolar Affektif Bozukluk nedeniyle geçmişte tedavi görmüş hastalardı.

Alkol tüketim özellikleri açısından değerlendirildiğinde örneklemin %15'i (n= 9) bira, şarap gibi düşük alkol düzeyine sahip mayalı alkol cinslerini tüketirken, %53,3'ü (n= 32) yüksek alkol düzeyine sahip rakı, votka, cin gibi distile alkol cinslerini tüketiyordu. Örneklemin %31,7'sinin ise (n= 19) hem mayalı hem de distile alkol cinslerini tükettiği saptandı.

Katılımcıların tükettiği günlük ortalama alkol miktarı "1 standart içki" üzerinden değerlendirildi. "1 standart içki = 15 gram alkol" tanımına dayanılarak katılımcıların aldığı ortalama günlük alkol miktarları hesaplandı. Buna göre katılımcıların ifadelerinden günde en az 4 en fazla 50 standart içki tükettikleri, örneklemin 24 saatte ortalama 16,22± 10,81 standart içki tükettiği bulundu. Örneklemin %93,3'ünün (n= 56) alkol intoksikasyonu periyodunda blackout, %36,7'sinin (n=22) alkol yoksunluğu periyodunda deliryum , %18,3'ünün (n=11) ise alkol yoksunluğu periyodunda epileptik nöbet öyküsü vardı. Örneklem alkolü en uzun bırakma süresi açısından değerlendirildiğinde; en az 0 en fazla 156 ay, ortalama 14,58 ± 26,56 ay alkolü bırakan katılımcılardan oluştuğu tespit edildi. DSM-IV remisyon kriterlerine göre remisyon açısından değerlendirildiğinde örneklemin %35'i ( n= 21) daha önce hiç remisyona girmemiş, %31,7'si (n=19) erken remisyon aşamasında yineleme gelişmiş , %33,3'ü (n=20) kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişmiş katılımcılardan oluşuyordu.

Araştırma sırasında kullandıkları ilaç tedavileri açısından değerlendirildiklerinde; katılımcıların %46,7'si (n= 28) yalnızca B vitamini, %35'i (n=21) Bvitamini ve antidepresan, %8,3'ü (n=5) Bvitamini, antidepresan ve acamprosat, %8,3'ü (n=5) B vitamini, antidepresan ve disülfiram, %1,7'si ise (n=1) B vitamini ve disülfiram tedavisi alıyordu.

Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili yukarıda özetlenen klinik özelliklerinin birbirleriyle ilişkisinin değerlendirildirildiğine istatistiksel olarak elde edilen ham sonuçlar şu şekildeydi..

Katılımcıların yatarak tedavi görme sayıları ile ilk kez yatarak tedavi görme yaşları arasında anlamlı ilişki bulundu. Bu iki değişken arasında negatif korelasyon olduğu, ilk yatış yaşı düştükçe yatarak tedavi görme sayılarının arttığı saptandı. (p=0.006)

Katılımcıların öyküdeki remisyon durumları ile alkol nedeniyle sabıka kaydı olup olmaması arasında anlamlı ilişki bulundu. Daha önce hiç remisyona girmemiş olanların %42.9'unda alkol nedeniyle en az bir kez sabıka kaydı öyküsü olmasına karşın erken (%10.5) ve kalıcı remisyona (%15) girenlerde alkol nedeniyle sabıka kaydı öyküsü anlamlı olarak daha düşüktü. (p=0.03)

Katılımcıların yatış şekilleri ile öyküde yoksunluk döneminde epileptik nöbet geçirme oranları arasında anlamlı ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi gören katılımcıların yalnızca %3.6'sında öyküde yoksunluğa bağlı epileptik nöbet varken tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde bu oran (%31.3) anlamlı olarak daha yüksekti. (p=0.006)

Katılımcıların yatış şekilleri ile tükettikleri günlük ortalama alkol miktarları arasında da anlamlı ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi görenlere kıyasla tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerin tükettikleri günlük ortalama alkol miktarı anlamlı düzeyde daha yüksekti. (p=0.002)

Öyküdeki remisyon durumları ile yatış şekilleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ilk kez yatarak tedavi görenlerin %46.4'ünün daha önce hiç erken yada kalıcı remisyona girmediği, tekrarlayan kereler yatarak tedavi öyküsü olanların ise %75'inin daha önce erken yada kalıcı remisyona girdiği belirlendi.

Katılımcıların öyküdeki remisyon durumları ile özgeçmişte madde kullanma öyküleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; kalıcı remisyon öyküsü olanların hiçbirinin özgeçmişinde madde kullanımı olmadığı saptandı.

### 4. 1. 3. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Birbirleriyle İlişkisi

Örneklemin sosyodemografik özellikleri ile alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde elde edilem ham istatistiksel sonuçlar şu şekilde bulundu.

Yatış şekilleri ile medeni durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında ilk kez yatarak tedavi görenlerin %75'inin evli olması dikkat çekiciydi.

Benzer bir ilişki öyküdeki remisyon durumlarıyla medeni durumlar arasında da göze çarpıyordu. Öyküde kalıcı remisyonu olan katılımcıların %60'ı evliydi.

Eğitim ile yatış şekilleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tekrarlayan tatışı olan katılımcıların %84.4'ü lise yada üniversite mezunu yani eğitim düzeyi nispeten yüksek gruptandı. Benzer şekilde daha önce kalıcı remisyon öyküsü olanların %85'i de lise yada üniversite mezunu katılımcılardan oluşuyordu.

Katılımcıların yaşları ile yatış şekilleri arasında da ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi görenlerin yaş ortalaması, tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlere göre beklenildiği gibi anlamlı derecede düşüktü. (p=0.013)

Katılımcıların yaşları ile öyküdeki remisyon durumları karşılaştırıldığında kalıcı remisyon öyküsü olan katılımcıların kalıcı remisyon öyküsü olmayanlara göre yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p=0.04)

## 4. 2. Örnekleme Uygulanan Ölçek Sonuçları İle İlgili Bulgular:

Aşağıdaki tablolarda örnekleme uygulanan ölçeklerin tüm gruplar için ortalama sonuçlarının yanı sıra istatistiksel karşılaştırma açısından; yatış şekillerine göre ayrılmış 2 gruba ve öyküdeki remisyon durumlarına göre ayrılmış 3 gruba göre dağılımları özetlenmiştir.

Ölçekler sırasıyla; Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (BSU), Alkol Kullanma İsteği İle İlglili İnançlar Ölçeği (CBQ), Relaps Öngörme Ölçeği (RPS)'nin 2 alt ölçeği olan İsteğin Derecesi (RPSSU) ve Kullanma Olasılığı (RPSLU) kısaltmaları ile gösterilmiştir.

Tablo 19- Tüm örneklemin ortalama ölçek sonuçları

| **Ölçek** | **Minimum** | **Maksimum** | **Ortalama** | **Standart Sapma** |
|---|---|---|---|---|
| BDE | 0 | 47 | 16,26 | 11,31 |
| BAE | 0 | 53 | 14,65 | 11,98 |
| MATT | 10 | 45 | 24,98 | 8,43 |
| BSU | 21 | 110 | 47,83 | 19,87 |
| CBQ | 21 | 124 | 70,41 | 27,00 |
| RPSSU | 5 | 151 | 75,43 | 32,89 |
| RPSLU | 0 | 151 | 64,85 | 35,91 |

Tablo 20- Yatış şekillerine göre ayrılmış grupların ortalama ölçek skorları

| Ölçek | Yatış Şekli | Minimum | Maksimum | Ortalama | Standart Sapma |
|---|---|---|---|---|---|
| BDE | İlk | 1 | 47 | 17,39 | 12,12 |
| | Tekrarlayan | 0 | 38 | 15,28 | 10,64 |
| BAE | İlk | 0 | 53 | 15,64 | 13,64 |
| | Tekrarlayan | 3 | 39 | 13,78 | 10,45 |
| MATT | İlk | 10 | 32 | 18,67 | 5,57 |
| | Tekrarlayan | 20 | 45 | 30,50 | 6,41 |
| BSU | İlk | 21 | 110 | 48,50 | 23,78 |
| | Tekrarlayan | 26 | 103 | 47,25 | 16,07 |
| CBQ | İlk | 21 | 122 | 63,21 | 29,09 |
| | Tekrarlayan | 36 | 124 | 76,71 | 23,71 |
| RPSSU | İlk | 5 | 151 | 73,64 | 34,69 |
| | Tekrarlayan | 28 | 146 | 77,00 | 31,71 |
| RPSLU | İlk | 0 | 151 | 59,50 | 37,05 |
| | Tekrarlayan | 27 | 143 | 69,53 | 34,80 |

Tablo 21- Öyküdeki remisyon durumlarına göre ayrılmış grupların ortalama ölçek skorları

| **Ölçek** | **Remisyon** | **Minimum** | **Maksimum** | **Ortalama** | **Standart Sapma** |
|---|---|---|---|---|---|
| BDE | Yok | 3 | 47 | 15,04 | 10,90 |
| | Erken | 0 | 41 | 17,57 | 12,01 |
| | Kalıcı | 1 | 42 | 16,30 | 11,50 |
| BAE | Yok | 3 | 53 | 15,38 | 13,58 |
| | Erken | 1 | 36 | 16,52 | 11,05 |
| | Kalıcı | 0 | 39 | 12,10 | 11,16 |
| MATT | Yok | 10 | 36 | 23,33 | 7,51 |
| | Erken | 15 | 45 | 26,47 | 8,96 |
| | Kalıcı | 11 | 40 | 25,30 | 8,95 |
| BSU | Yok | 21 | 101 | 48,61 | 20,27 |
| | Erken | 22 | 110 | 49,78 | 24,08 |
| | Kalıcı | 23 | 70 | 45,15 | 15,24 |
| CBQ | Yok | 22 | 114 | 67,95 | 26,67 |
| | Erken | 23 | 124 | 67,42 | 29,28 |
| | Kalıcı | 21 | 117 | 75,85 | 25,61 |
| RPSSU | Yok | 5 | 128 | 73,71 | 29,38 |
| | Erken | 8 | 151 | 82,57 | 39,20 |
| | Kalıcı | 28 | 143 | 70,45 | 30,23 |
| RPSLU | Yok | 0 | 119 | 61,42 | 27,96 |
| | Erken | 1 | 151 | 77,26 | 42,32 |
| | Kalıcı | 0 | 137 | 56,65 | 35,33 |

Örneklem uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar açısından değerlendirilirken Beck Depresyon Envanterinin kesme puanının 17, Michigan Alkolizm Tarama Testinin kesme puanının 5-9 arasında olduğu, uygulanan diğer ölçeklerin ise belirli bir kesme puanının olmadığı ve yüksek puanların klinikle korelasyonu ölçüsünde anlamlı kabul edildiği dikkate alınmıştır . Ölçeklerden puanları açısından gruplardan elde edilen ham sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

İlk kez yatarak tedavi gören katılımcılarla tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören katılımcılar arasında ölçeklerden aldıkları puanlar açısından tek anlamlı fark MATT ölçeğinde bulunmuştur. MATT puanları ilk kez yatarak tedavi görenlerde ortalama 18,67±5,57, tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde 30,50±6,41 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bir fark vardır. Bu durum tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerin ilk kez yatarak tedavi görenlere göre alkol kullanımı ile ilgili sorunlarına daha fazla içgörü kazandıkları şeklinde yorumlanabilir. Gruplar yatış şekline göre sadece ilk kez ve tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenler şeklinde ayrıldığında tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde ilk kez yatarak tedavi görenlere göre Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Relaps Öngörme Ölçeğinin her iki alt ölçeğinden (isteğin derecesi, kullanma olasılığı) alınan puanların daha yüksek olduğu görüldü.Bununla birlikte iki grup arasında Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeğinden alınan puanlar açısından ( $p=0.057$) ve Relaps Öngörme Ölçeği Alt Ölçekleri açısından karşılaştırma yapıldığında ( $p>0.05$) ham sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte katılımcıları yatış şekline göre 2 gruba ayırmak yerine yatış sayılarına göre karşılaştırma yapıldığında Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeğinden alınan puanların yatış sayısı arttıkça arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.($p=0.015$)

Bu nedenle yatış sayısı arttıkça alkol kullanma isteği ile ilgili olumsuz inançların güçlenmesi ve relaps olasılığının artması riskinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Daha önceki remisyon öykülerine göre; hiç remisyona girmemiş (n=21), erken remisyondayken relaps gelişmiş (n=19) ve kalıcı remisyondayken relaps gelişmiş (n=20) katılımcılardan oluşan 3 grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldıklarında ham sonuçlara göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

### 4. 3. Ölçek Sonuçlarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlarla sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelenerek elde edilen ham istatistiksel sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

#### 4. 3. 1. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcının alkol kullanımı sorunu ile karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa bu sorunun düzeyini değerlendiren özbildirime dayalı MATT'nden elde edilen puanların sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerle ilişkisi değerlendirildi.

MATT puanlarının sosyodemografik özelliklerden sadece kardeş sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptandı. Buna göre kardeş sayısı arttıkça MATT puanlarındaki düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.05$) bulundu. Fakat bu sonuç çalışmanın hipotezi ile bağlantılı ve yorumlanabilir olmadığından tesadüfi bir anlamlılık saptandığı kanaatine varıldı.

MATT puanlarının alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ile ilişkisi değerlendirildiğinde; alkol kullanmaya başlama yaşı, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, yatış sayısı, ilk kez yatarak tedavi olma yaşı, öyküde yoksunluğa bağlı deliryum, öyküde yoksunluğa bağlı

epileptik nöbet, kullanılan alkolün cinsi ve miktarı ile MATT puanları arasında ilişki bulundu.

Bu değişkenler tek tek incelendiğinde; kişinin alkol kullanmaya başlama yaşı ile MATT puanları arasında negatif korelasyon olduğu görüldü. Alkole başlama yaşı düştükçe, MATT puanları artıyordu.(p=0.005). Benzer şekilde kişinin hergün alkol kullanmaya başladığı yaş ile MATT puanları arasında da negatif korelasyon vardı. Hergün alkol kullanmaya başlanan yaş ne kadar düşükse MATT puanları o kadar yüksekti. (p=0.008)

Katılımcıların yatış sayısı ile MATT puanlarının ilişkisi incelendiğinde yatış sayısı arttıkça MATT puanlarının da arttığı saptandı. (p< 0.001) Katılımcının ilk kez yatarak tedavi olma yaşı ile MATT puanları arasında negatif korelasyon saptandı. İlk kez yatarak tedavi olma yaşı ne kadar düşükse MATT puanları o kadar yüksekti. (p=0.015)

Öyküsünde yoksunluğa bağlı deliryumu olan katılımcıların MATT puanları öyküde yoksunluğa bağlı deliryumu olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

(p< 0.001) Benzer şekilde öyküde yoksunluk döneminde epileptik nöbeti olan katılımcıların MATT puanları epileptik nöbeti olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p=0.005)

Kullanılan alkolün cinsi ile MATT puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hem mayalı hem de distile alkol cinslerini tüketen katılımcıların MATT puanları sadece mayalı yada sadece distile alkol cinslerini tüketen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p=0.01) Katılımcıların tükettikleri alkol miktarı ile MATT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde tüketilen günlük ortalama alkol miktarı arttıkça MATT puanlarının arttığı görüldü. (p< 0.05)

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde MATT puanlarının herhangi bir sosyodemografik değişkenle hipotezimizi destekler nitelikte bir ilişkisi bulunmamakla birlikte alkol kullanmaya başlama yaşı, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, yatarak tedaviye ilk başvuru yaşı, yatış sayısı, öyküde yoksunluğa bağlı deliryum yada epileptik nöbet olması, tüketilen alkolün cinsi ve miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu, alkol kullanımı konusunda içgörünün ve dolayısıyla katılımcının alkol kullanımı ile ilgili bilişsel süreçlerinin bu değişkenlerden etkilenebileceği saptandı.

### 4. 3. 2. Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Anketi Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcıların alkol kullanma isteği ile ilgili inançlarının bağımlılığın sürdürülmesi ve yineleme üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla uygulanan Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeği'nden (CBQ) elde edilen puanların sosyodemogarik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ile ilişkisi değerlendirildi.

Sosyodemografik özellikler ile bu ölçekten elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ile CBQ'dan elde edilen puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; özgeçmişte alkol dışı madde kullanma öyküsü, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, yatarak tedavi görme sayısı, tüketilen günlük ortalama alkol miktarı ile bu ölçeğin puanları arasında ilişki olduğu görüldü.

Bu değişkenler tek tek incelendiğinde; özgeçmişte madde kullanma öyküsü olan katılımcıların madde kullanma öyküsü olmayanlara göre CBQ puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. ($p=0.04$)

Tüketilen günlük ortalama alkol miktarının CBQ ile pozitif korelasyon gösterdiği, tüketilen

günlük ortalama alkol miktarı arttıkça CBQ puanlarının arttığı saptandı.($p < 0.001$)

Her gün alkol kullanmaya başlama yaşı ile CBQ arasında negatif korelasyon olduğu, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı azaldıkça, CBQ puanlarının arttığı saptandı. ($p=0.003$)

Yatarak tedavi görme sayısı ile CBQ puanları arasındapozitif korelasyon olduğu, yatış sayısındaki artışın CBQ puanlarını arttırdığı saptandı. ($p= 0.015$)

### 4. 3. 3. Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeğinin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcıların madde kullanımı ile ilgili işlevsel olmayan inançlarını değerlendiren Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği'nden (BSU) aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirildi. BSU puanlarının katılımcıların sosyodemografik özellikleri yada alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı.

### 4. 3. 4. Beck Depresyon Ölçeğinin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcıların depresyon düzeyini değerlendiren Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDE) aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirildi.BDE puanlarının katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden; katılımcının ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, alkol nedeniyle sabıka kaydının varlığı ve soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişkili olduğu saptandı.

Bu veriler tek tek değerlendirildiğinde; ailenin ilk çocuğu olan katılımcıların , ilk çocuk olmayan katılımcılarla karşılaştırıldıklarında BDE puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. ( $p=0.023$)

Soygeçmişte 1. ve/veya 2. derece yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü olan katılımcıların soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü olmayanlarla karşılaştırıldıklarında BDE puanlarının

anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu saptandı.(p=0.032)

İlginç bir bulgu olarak özgeçmişinde alkol kullanımı ile ilişkili sabıka kaydı olan katılımcıların sabıka kaydı olmayanlara göre BDE puanları anlamlı olarak daha düşük bulundu. (p=0.019) Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile BDE puanları arasındaki ilişki incelendi.Hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ile BDE puanları arasında negatif korelasyon olduğu, katılımcının hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ne kadar düşükse BDE puanlarının o kadar anlamlı düzeyde arttığı saptandı. (p=0.022)

### 4. 3. 5. Beck Anksiyete Ölçeğinin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcıların anksiyete düzeyini değerlendiren Beck Anksiyete Ölçeği'nden (BAE) aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirildi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile BAE puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece ailenin ilk çocuğu olan katılımcıların puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. ( p=0.017)

Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile BAE puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece alkol kullanmaya başlama yaşı ile BAE puanları arasında anlamlı ilişki olduğu, alkol kullanmaya başlama yaşı düşük olanların BAE puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.(p=0.012)

### 4. 3. 6. Relaps Öngörme Ölçeğinin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Katılımcının madde kullanmadığı dönemde belirli koşullarda (yüksek riskli) madde kullanma isteğinin derecesi ve bu isteğin derecesinin kullanma olasılığını ne kadar etkileyeceği şeklindeki iki alanı değerlendirerek relaps riskini öngörmeyi sağlayan bu ölçekten alınan puanlarla sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler arasındaki ilişki

değerlendirildi.

Katılımcıların, Relaps Öngörme Ölçeği- İsteğin Derecesi (RPSSU) ve Relaps Öngörme Ölçeği-Kullanma Olasılığı (RPSLU) puanları ile herhangibir sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların RPSLU puanları ile herhangibir alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı

Bununla birlikte RPSSU puanlarının, alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerden, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ile anlamlı ilişkisi olduğu, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ne kadar düşükse RPSSU puanlarının o kadar yüksek olacağı saptandı. (p=0.048)

### 4. 4. Ölçek Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkisi

Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen sonuçların birbirleriyle ilişkisini değerlendiren ham istatistiksel sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Uygulanan ölçeklerden Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) ve Relaps Öngörme Ölçeğinin İsteğin Derecesi (RPSSU) alt ölçeklerinin diğer ölçeklerle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı görüldü.

Beck Depresyon Ölçeğinden (BDE) elde edilen puanların diğer ölçeklerden elde edilen puanlarla ilişkisi değerlendirildiğinde; RPSSU (p= 0.001), RPSLU (p= 0.01),

BSU (p= 0.001), CBQ (p= 0.003) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Beck Anksiyete Ölçeğinden (BAE) elde edilen puanların diğer ölçeklerden elde edilen puanlarla ilişkisi değerlendirildiğinde; RPSSU (p=0.002)ve RPSLU (p=0.010) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeğinden (CBQ) elde edilen puanların diğer ölçeklerden elde edilen puanlarla ilişkisi değerlendirildiğinde; RPSSU ($p<0.001$), RPSLU ($p=0.004$) ve BSU ($p< 0.001$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeğinden (BSU) elde edilen puanların diğer ölçeklerden elde edilen puanlarla ilişkisi değerlendirildiğinde; RPSSU ($p<0.001$) ve RPSLU ($p=0.001$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Relaps Öngörme Ölçeği Kullanma Olasılığı Alt Ölçeğinden (RPSLU) elde edilen puanların diğer ölçeklerden elde edilen puanlarla ilişkisi değerlendirildiğinde; RPSSU ($p<0.001$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

## 4. 5. İlk Kez ve Tekrarlayan Kereler Yatarak Tedavi Gören Hasta Gruplarının İstatistiksel Olarak Karşılaştırılması

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar yatarak tedavi görme şekillerine göre gruplara ayrılarak karşılaştırıldı, katılımcılar ilk kez (n= 28) ve tekrarlayan kereler (n=32) yatarak tedavi görenler olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında sosyodemografik özellikler, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ve uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar açısından anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırıldı.

### 4. 5. 1. İlk Kez ve Tekrarlayan Kereler Yatarak Tedavi Gören Hasta Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 22- Yatış şekillerine göre ayrılmış hasta gruplarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

| | | İlk Kez Yatarak Tedavi Görenler (n=28) | TekrarlayanKereler Yatarak Tedavi Görenler (n=32) | p |
|---|---|---|---|---|
| Yaş | | 46,7±8,97 | 48,1±10,45 | 0,389 |
| Medeni durum | *Evli* | 21 (%75,0) | 17 (%53,1) | 0,079 |
| | *Diğer* | 7 (%25,0) | 15 (%46,9) | |
| Eğitim düzeyi | *İlköğretim* | 3 (%10,7) | 5 (%15,6) | |
| | *Lise* | 19 (%67,9) | 16 (%50,0) | 0,370 |
| | *Üniversite* | 6 (%21,4) | 11 (%34,4) | |
| Meslek | *Memur* | 12 (%42,9) | 7 (%21,9) | |
| | *Serbest* | 7 (%25,0) | 6 (%18,8) | 0,063 |
| | *Emekli* | 9 (%32,1) | 16 (%50,0) | |
| | *Diğer* | - | 3 (%9,4) | |
| Gelir düzeyi | *Çok düşük* | 4 (%14,3) | 1 (%3,1) | |
| | *Düşük* | 14 (%50,0) | 22 (%68,8) | 0,318 |
| | *Orta* | 8 (%28,6) | 7 (%21,9) | |
| | *Yüksek* | 2 (%7,1) | 2 (%6,3) | |
| Ebeveyn kaybı | *Yok* | 11 (%39,3) | 7 (%21,9) | |
| | *Anne* | 1 (%3,6) | 4 (%12,5) | 0,356 |
| | *Baba* | 9 (%32,1) | 12 (%37,5) | |
| | *Her ikisi* | 7 (%25,0) | 9 (%28,1) | |
| Kardeş sayısı | | 4 (2 – 8) | 4 (0 – 9) | 0,287 |
| Kaçıncı çocuk | | 2 (1 – 7) | 2 (1 – 8) | 0,203 |
| Kafa travması | | 2 (%7,1) | 3 (%9,4) | 1,000 |
| Menenjit | | 1 (%3,6) | - | 0,467 |
| Febril konvülsiyon | | 4 (%14,3) | 2 (%6,3) | 0,404 |
| Şiddete maruziyet | | 14 (%50,0) | 19 (%59,4) | 0,466 |
| Soygeçmişte ruhsal hastalık | | 3 (%10,7) | 8 (%25,0) | 0,154 |
| Soygeçmişte alkol kullanımı | *Yok* | 5 (%17,9) | 5 (%15,6) | |
| | *Alkol kullanımı* | 11 (%39,3) | 12 (%37,5) | 0,946 |
| | *Alkol bağımlılığı* | 12 (%42,9) | 15 (%46,9) | |

Yukarıdaki tabloda özetlendiği şekilde yatarak tedaviye ilk kez ve tekrarlayan kereler başvuran hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

### 4. 5. 2. İlk Kez ve Tekrarlayan Kereler Yatarak Tedavi Gören Hasta Gruplarının Alkol Kullanımı ile İlgili Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 23- Yatış şekillerine göre ayrılmış hasta gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

| | | İlk Kez Yatarak Tedavi Görenler (n=28) | TekrarlayanKereler Yatarak Tedavi Görenler (n=32) | P |
|---|---|---|---|---|
| Alkol kullanmaya başlama yaşı | | 18,1±3,99 | 17,1±2,98 | 0,209 |
| Hergün alkol kullanmaya başlama yaşı | | 31,0±12,52 | 27,2±10,67 | 0,168 |
| İlk kez yatarak tedavi görme yaşı | | 46,7±8,97 | 40,5±10,32 | 0,013 |
| Günlük ortalama alkol tüketim miktarı | | 21,4±13,43 | 33,4±16,56 | **0,002** |
| Alkolü en uzun bırakma süresi (ay) | | 10,4±18,80 | 18,2±31,72 | 0,112 |
| Özgeçmişte madde kullanma öyküsü | | 2 (%7,1) | 2 (%6,3) | 1,000 |
| Özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsü | | 6 (%21,4) | 3 (%9,4) | 0,281 |
| Alkol nedeniyle sabıka kaydı | | 6 (%21,4) | 8 (%25,0) | 0,744 |
| İntoksikasyon döneminde blackout | | 25 (%89,3) | 31 (%96,9) | 0,331 |
| Yoksunluk döneminde deliryum | | 7 (%25,0) | 15 (%46,9) | 0,079 |
| Yoksunluk döneminde epileptik nöbet | | 1 (%3,6) | 10 (%31,3) | **0,006** |
| Tüketilen alkol cinsi | *Mayalı*<br>*Distile*<br>*Mayalı – Distile* | 7 (%25,0)<br>17 (%60,7)<br>4 (%14,3) | 2 (%6,3)<br>15 (%46,9)<br>15 (%46,9) | **0,008** |
| Öyküde kalıcı remisyon | | 8 (%28,6) | 12 (%37,5) | 0,464 |

İlk kez ve tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grupları alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri açısından karşılaştırıldıklarında; tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hastaların tükettikleri günlük ortalama alkol miktarı ilk kez yatarak tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. ( p=0.002)

Tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hastaların % 31.3'ünün (n=10) yoksunluk döneminde epileptik nöbet öyküsü varken, ilk kez yatarak tedavi görenlerde bu oran % 3.6 (n=1) olarak bulundu. (p= 0.006)

Tüketilen alkol cinsi açısından karşılaştırıldığında iki grubun distile alkol tüketim oranları birbirine yakın olmakla birlikte ( %60,7- %46,9), ilk kez yatarak tedavi görenlerde mayalı alkol tüketimi (% 25- %6.3), tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde ise mayalı ve distile alkolü birlikte kullanma oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti (%46,9- %14,3) (p=0.008)

### 4. 5. 3. İlk Kez ve Tekrarlayan Kereler Yatarak Tedavi Gören Hasta Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 24- Yatış şekillerine göre ayrılmış hasta gruplarının ölçek puanları açısından karşılaştırılması

| | İlk Kez Yatarak Tedavi Görenler (n=28) | TekrarlayanKereler Yatarak Tedavi Görenler (n=32) | P |
|---|---|---|---|
| RPSSU | 73,6±34,69 | 77,0±31,72 | 0,824 |
| RPSLU | 59,5±37,06 | 69,5±34,80 | 0,402 |
| BSU | 48,5±23,79 | 47,3±16,07 | 0,778 |
| CBQ | 63,2±29,10 | 76,7±23,72 | 0,057 |
| BDE | 17,4±12,13 | 15,3±10,64 | 0,583 |
| BAE | 15,6±13,64 | 13,8±10,46 | 0,824 |
| MATT | 18,7±5,57 | 30,5±6,42 | **<0,001** |

İlk kez ve tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grupları ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında tek anlamlı fark MATT ölçek puanlarında saptandı. Tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grubunda ortalama MATT puanları 30,5±6,42 , ilk kez yatarak tedavi görenlerde ise 18,7±5,57 bulundu. ($p < 0,001$)

### 4. 6. Remisyon ve Yineleme Durumlarına Göre Ayrılmış Hasta Gruplarının İstatistiksel Olarak Karşılaştırılması

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar başlangıçta remisyon ve yineleme durumlarına göre; hiç remisyona girmeyenler (n=21) , erken remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=19) ve kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=20) olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

İstatistiksel karşılaştırma aşamasında ise; literatürle uyumlu olarak 12 ay ve üzeri sürelerle alkol alımı olmayan katılımcılar remisyona girmiş kabul edilerek 2 grup oluşturuldu.

İlk grup hiç remisyona girmemiş yada erken remisyon aşamasında yineleme gelişmiş olan katılımcılardan (n=40), ikinci grup ise kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişen katılımcılardan (n=20) oluşuyordu.

Bu iki grup arasında sosyodemografik özellikler, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ve uygulanan ölçek puanları açısından anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırıldı.

#### 4. 6. 1. Kalıcı Remisyondayken Yineleme Gelişen Grubun Kalıcı Remisyona Girmeyen Grupla Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 25- Remisyon ve yineleme durumlarına göre ayrılmış hasta gruplarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

| | | Remisyona girmeyen yada erken remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=40) | Kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=20) | P |
|---|---|---|---|---|
| Yaş | | 45,3±10,39 | 51,7±6,54 | **0,014** |
| Medeni durum | *Evli* | 26 (%65,0) | 12 (%60,0) | 0,705 |
| | *Diğer* | 14 (%35,0) | 8 (%40,0) | |
| Eğitim düzeyi | *İlköğretim* | 5 (%12,5) | 3 (%15,0) | |
| | *Lise* | 25 (%62,5) | 10 (%50,0) | 0,641 |
| | *Üniversite* | 10 (%25,0) | 7 (%35,0) | |
| Meslek | *Memur* | 14 (%35,0) | 5 (%25,0) | |
| | *Serbest* | 10 (%25,0) | 3 (%15,0) | 0,121 |
| | *Emekli* | 13 (%32,5) | 12 (%60,0) | |
| | *Diğer* | 3 (%7,5) | - | |
| Gelir düzeyi | *Çok düşük* | 3 (%7,5) | 2 (%10,0) | |
| | *Düşük* | 25 (%62,5) | 11 (%55,0) | 0,886 |
| | *Orta* | 9 (%22,5) | 6 (%30,0) | |
| | *Yüksek* | 3 (%7,5) | 1 (%5,0) | |
| Ebeveyn kaybı | *Yok* | 15 (%37,5) | 3 (%15,0) | |
| | *Anne* | 2 (%5,0) | 3 (%15,0) | 0,038 |
| | *Baba* | 16 (%40,0) | 5 (%25,0) | |
| | *Her ikisi* | 7 (%17,5) | 9 (%45,0) | |
| Kardeş sayısı | | 4 (0 – 9) | 4 (2 – 7) | 0,171 |
| Kaçıncı çocuk | | 2 (1 – 8) | 3 (1 – 7) | 0,260 |
| Kafa travması | | 2 (%5,0) | 3 (%15,0) | 0,322 |
| Menenjit | | 1 (%2,5) | - | 1,000 |
| Febril konvülsiyon | | 5 (%12,5) | 1 (%5,0) | 0,653 |
| Şiddete maruziyet | | 21 (%52,5) | 12 (%60,0) | 0,582 |
| Soygeçmişte ruhsal hastalık | | 8 (%20,0) | 3 (%15,0) | 0,736 |
| Soygeçmişte alkol kullanımı | *Yok* | 8 (%20,0) | 2 (%10,0) | |
| | *Alkol kullanımı* | 14 (%35,0) | 9 (%45,0) | 0,563 |
| | *Alkol bağımlılığı* | 18 (%45,0) | 9 (%45,0) | |
| Çocukken evde alkol kullanımı | | 22 (%55,0) | 9 (%45,0) | 0,465 |

Remisyon ve yineleme durumlarına göre sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılan katılımcılardan kalıcı remisyon aşamasındayken yineleme gelişen grubun yaş ortalaması (51,7±6,54) , hiç remisyona girmeyen ve erken remisyon aşamasında yineleme gelişen grubun yaş ortalamasına (45,3±10,39) göre anlamlıdüzeyde daha yüksek bulundu.(p=0.014)

Bunun dışında iki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

### 4. 6. 2. Kalıcı Remisyondayken Yineleme Gelişen Grubun Kalıcı Remisyona Girmeyen Grupla Alkol Kullanımı İle İlgili Klinik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 26- Remisyon ve yineleme durumlarına göre ayrılmış hasta gruplarının alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler açısından karşılaştırılması

| | | Remisyona girmeyen yada erken remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=40) | Kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=20) | P |
|---|---|---|---|---|
| Alkol kullanmaya başlama yaşı | | 18,3±3,70 | 15,9±2,40 | 0,018 |
| Hergün alkol kullanmaya başlama yaşı | | 28,8±12,71 | 29,4±9,36 | 0,808 |
| İlk kez yatarak tedavi görme yaşı | | 42,5±11,15 | 45,3±7,54 | 0,384 |
| Günlük ortalama alkol tüketim miktarı | | 26,5±15,21 | 30,3±18,25 | 0,414 |
| Özgeçmişte madde kullanma öyküsü | | 4 (%10,0) | - | 0,291 |
| Özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsü | | 6 (%15,0) | 3 (%15,0) | 1,000 |
| Alkol nedeniyle sabıka kaydı | | 11 (%27,5) | 3 (%15,0) | 0,347 |
| İntoksikasyon döneminde blackout | | 38 (%95,0) | 18 (%90,0) | 0,595 |
| Yoksunluk döneminde deliryum | | 14 (%35,0) | 8 (%40,0) | 0,705 |
| Yoksunluk döneminde epileptik nöbet | | 6 (%15,0) | 5 (%25,0) | 0,481 |
| Tüketilen alkol cinsi | *Mayalı*<br>*Distile*<br>*Mayalı – Distile* | 5 (%12,5)<br>24 (%60,0)<br>11 (%27,5) | 4 (%20,0)<br>8 (%40,0)<br>8 (%40,0) | 0,340 |
| Tekrarlayan yatış | | 20 (%50,0) | 12 (%60,0) | 0,464 |

### 4. 6. 3. Kalıcı Remisyondayken Yineleme Gelişen Grubun Kalıcı Remisyona Girmeyen Grupla Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 27- Remisyon ve yineleme durumlarına göre ayrılmış hasta gruplarının ölçek puanları açısından karşılaştırılması

| | Remisyona girmeyen yada erken remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=40) | Kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=20) | P |
|---|---|---|---|
| RPSSU | 77,9±34,24 | 70,5±30,24 | 0,224 |
| RPSLU | 69,0±35,95 | 56,7±35,33 | 0,165 |
| BSU | 49,2±21,88 | 45,2±15,25 | 0,643 |
| CBQ | 67,7±27,58 | 75,9±25,62 | 0,193 |
| BDE | 16,3±11,37 | 16,3±11,50 | 0,950 |
| BAE | 15,9±12,30 | 12,1±11,17 | 0,221 |
| MATT | 24,8±8,28 | 25,3±8,96 | 0,863 |

Kalıcı remisyon aşamasındayken yineleme gelişen hasta grubu ile hiç remisyona girmeyen ve erken remisyon aşamasındayken yineleme gelişen hasta grubunun ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

### 4. 7. Ölçekler Üzerinde Anlamlı Etkisi Olabilecek Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Örnekleme uygulanan ölçeklerin sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerle ilişkilerini değerlendiren ham istatistiksel sonuçlar yukarıda özetlenmişti. Bu ölçekler üzerinde anlamlı etkisi olabileceği düşünülen bağımsız değişkenleri belirlemek ve bu değişkenlerin etki güçlerini değerlendirebilmek için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapıldı.

### 4. 7. 1. Alkol/ Madde Kullanımı İle İlişkili İşlevsel Olmayan İnançları Değerlendiren Ölçekleri Etkileyebilecek Bağımsız Değişkenler İçin Regresyon Analizi

Bu araştırmada alkol ve madde kullanımı ile ilişkili işlevsel olmayan inançları değerlendirmek için Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (BSU) ve Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeği (CBQ) kullanıldı.

Bu ölçeklerden elde edilen puanların sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgli klinik özelliklerle bağlantısını değerlendiren ham istatistiksel sonuçlara göre; CBQ puanları ile özgeçmişte alkol dışı madde kullanma öyküsü, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, yatarak tedavi görme sayısı, tüketilen günlük ortalama alkol miktarı ile ilişkili olduğu saptanırken BSU puanlarının bu değişkenlerden hiçbiriyle anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştı.

Bu ölçeklerden elde edilen puanları, dolayısıyla katılımcıların alkol/ madde kullanımı ile ilgili işlevsel olmayan inançlarını etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler ve bunların etki güçlerini belirlemek için regresyon analizleri yapıldı.

Sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilişkili klinik özelliklerin her biri bağımsız değişken kabul edilerek yapılan regresyon analizi sonucu; katılımcıların hastaneye yatış sayıları, eğitim düzeyleri ve özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsünün BSU puanlarını etkileyen değişkenler olduğu saptandı.

Özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsü olması BSU puanlarında anlamlı artışa yol açıyordu. ($p=0.004$)

Katılımcıların yatış sayılarının artmasının BSU puanlarında anlamlı artışa yol açtığı saptandı. ($p=0.019$)

Eğitim düzeyindeki yükselmenin ise BSU puanlarında düşme ile ilişkili olduğu görüldü. ($p=0.04$)

Aynı bağımsız değişkenlerin CBQ puanları üzerine etkileri değerlendirildiğinde; BSU ile ortak bir değişken olarak özgeçmişte ruhsal hastalık olmasının CBQ puanlarını anlamlı olarak arttırdığı saptandı.(p=0.022)

Bunun dışında özgeçmişte alkole bağlı sabıka öyküsü olmasının CBQ puanlarında anlamlı azalmaya yol açtığı (p=0.008) görüldü.

CBQ puanlarını etkileme gücü en yüksek bağımsız değişken ise tüketilen günlük ortalama alkol miktarıydı. Günlük ortalama alkol miktarındaki artış, CBQ puanlarındaki artışla diğer değişkenlere göre çok daha anlamlı bir ilişkiye sahipti. (p< 0.001)

### 4. 7. 2. Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerini Etkileyebilecek Bağımsız Değişkenler İçin Regresyon Analizi

Bu araştırmada katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAE) kullanıldı.

Bu ölçek puanlarının sosyodmografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerle ilişkisini değerlendiren ham istatistiksel verilere göre BDE; katılımcının ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, alkol nedeniyle sabıka kaydının varlığı, soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ve hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ile, BAE ise; katılımcının ailenin kaçıncı çocuğu olduğu ve alkol kullanmaya başlama yaşı ile ilişkisi olduğu saptanmıştı.

Bu ölçeklerden elde edilen puanları etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler ve bunların etki güçlerini belirlemek için regresyon analizleri yapıldı.

Her iki ölçekten elde edilen puanları ortak olarak etkileyen bir değişken olarak özgeçmişte alkole bağlı sabıka öyküsü dikkat çekiyordu. Alkole bağlı sabıka öyküsü olan katılımcıların BAE (p=0.023) ve BDE (p=0.01) puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olacağı saptandı.

Bunun dışında hergün alkol almaya başlama yaşının BDE puanlarını etkileyen bir değişken olduğu görüldü.

Hergün alkol kullanmaya başlama yaşındaki düşme BDE puanlarında artışa neden oluyordu. (p=0.009)

BAE puanlarını etkileyen bir başka değişken katılımcının öyküsündeki remisyon/yineleme durumuydu.Öyküde kalıcı remisyonun varlığı BAE puanlarında anlamlı düşme yaratan bir değişkendi. (p=0.006)

BAE puanlarını etkileyen en anlamlı değişkenin alkol kullanmaya başlama yaşı olduğu saptandı. Alkol kullanmaya başlama yaşının düşmesi BAE puanlarında anlamlı artış ile bağlantılıydı. (p< 0.001)

### 4. 7. 3. Michigan Alkolizm Tarama Testi Sonuçlarını Etkileyebilecek Bağımsız Değişkenler İçin Regresyon Analizi

Michigan Alkolizm Tarama Testi'nin (MATT) kişinin alkol kullanımıyla ilgili sorunu olup olmadığını varsa düzeyini belirleyen özbildirime dayalı bir ölçek olması nedeniyle kişinin alkole bağlı sorunlarına içgörü düzeyini yansıttığı söylenebilir.

MATT'nin sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ile ilişkisini değerlendiren ham istatistiksel sonuçlara göre MATT puanlarının; alkol kullanmaya başlama yaşı, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, yatış sayısı, ilk kez yatarak tedavi olma yaşı, öyküde yoksunluğa bağlı deliryum, öyküde yoksunluğa bağlı epileptik nöbet, kullanılan alkolün cinsi ve miktarı ile ilişkili olduğu saptanmıştı.

Bu ölçekten elde edilen puanları, dolayısıyla katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili sorunlara içgörüsünü etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler ve bunların etki güçlerini belirlemek için yapılan regresyon analizi sonucunda ise yukarıdaki bağımsız değişkenlerden; alkol kullanmaya başlama yaşı, eğitim düzeyi, özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsü, öyküde yoksunluk döneminde deliryum ve yatış şeklinin MATT puanlarını anlamlı olarak etkileyen değişkenler olduğu saptandı.

Alkol kullanmaya başlama yaşındaki düşmenin (p=0.04), eğitim düzeyindeki artışın (p=0.04), özgeçmişte ruhsal hastalık öyküsünün (p=0.006), öyküde yoksunluğa bağlı deliryumun (p= 0.001) ve tekrarlayan yatışların (p< 0.001) MATT puanlarını arttıran anlamlı değişkenler olduğu belirlendi.

### 4. 7. 4. Relaps Öngörme Ölçeğinin Sonuçlarını Etkileyebilecek Bağımsız Değişkenler İçin Regresyon Analizi

Katılımcıların araştırma sırasında yineleme olasılıklarını öngörmek için uygulanan Relaps Öngörme Ölçeği (RPS) puanlarını etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik ve alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerle ilişkisini değerlendiren ham istatistiksel sonuçlara göre RPSLU'nın bu özelliklerden herhangi biriyle anlamlı ilişkisi olmadığı, RPSSU'nin ise hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştı.

Bu ölçek puanlarını etkileyebilecek bağımsız değişkenler ve bunların etki güçlerini belirleyebilmek için regresyon analizi yapıldı.

Buna göre RPSLU alt ölçeğinin ilk sonuçlara benzer şekilde herhangi bir bağımsız değişkenle anlamlı ilişkisi olmadığı saptanırken, RPSSU alt ölçeğinin hergün alkol kullanmaya başlama yaşındaki düşmenin (p=0.015) yanı sıra gelir düzeyindeki azalmayla da (p=0.04) anlamlı olarak arttığı saptandı.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular 3 ana başlıkta tartışılacaktır:

- Örneklemin sosyodemografik özellikleri, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ve ölçek sonuçlarının bütüncül olarak derlenmesi ve tartışılması
- Yatış sayılarına göre ayrılan iki grubun sosyodemografik, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ve ölçek sonuçlarıyla ilgili karşılaştırmanın derlenip tartışılması
- Relaps/ remisyon durumlarına göre ayrılan iki grubun sosyodemografik, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ve ölçek sonuçlarıyla ilgili karşılaştırmanın derlenip tartışılması

### 5. 1 Örneklemin Genel Sonuçları İle İlgili Tartışma

#### 5. 1. 1 Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Tartışma

Araştırma örnekleminin yaş ortalaması 47,45±9,72 olarak bulundu. Literatürde genellikle alkol bağımlılığı gelişiminde eğitim seviyesi düşüklüğünün bir risk faktörü olduğuna dair yayınlar mevcut olup bir çalışmada alkol bağımlılığı gelişme riskinin liseyi bitiremeyenlerde 6.34 , kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. (49)

Bu araştırmada ise literatür sonuçlarından farklı olarak katılımcıların %86,6'sı lise veya üniversite mezunlarından oluşuyordu. (Tablo 1) Bu durum düşük eğitim seviyesine sahip bağımlıların, işsizlik, sosyal güvence sorunları ya da başka faktörler nedeniyle hastanede yatarak tedaviye daha az başvurmaları ve bu nedenle örneklemin eğitim seviyesinin beklenenden yüksek çıkmasına bağlı olabilir.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %63,3'ü evliyken ikinci büyük grubu %25 ile boşanmış olanlar oluşturuyordu. Malyutina ve Matzger yaptıkları çalışmalarda bekar, boşanmış ve dul erkeklerin, evli olanlara göre daha fazla alkol sorunu yaşadıklarını fakat medeni durumun bağımlılıkta tek başına belirleyici bir etken olmadığını ve diğer özelliklerle birlikte değerlendirildiğinde anlamlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir.( 50, 51)

Örneklemin %60'ının düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların oluşturduğu görüldü. Pek çok çalışmada düşük gelir düzeyi ile alkol kullanımıyla ilgili arasında doğrudan bağlantı olduğuna dikkat çekilmektedir.(52)

Örneklem ebeveynlerin eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde; katılımcıların %46,7'sinin annelerinin , %43,3'ünün babalarının ilkokul mezunu olduğu görüldü.

Bu sonuç literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Alkol ile ilişkili sorunlarda ebeveynlerin rolünün değerlendirildiği bir çalışmada, ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşük olması ile alkol bağımlılığı, yüksek olması ile problemli içicilik arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir.(53)

Özgeçmişte kafa travması, menenjit ve febril konvülsiyon oranları sırasıyla %8,3 (n= 5), %1,7 (n= 1), %10 (n=6) bulundu.

Katılımcıların yalnızca %16,7'sinin (n= 10) soygeçmişinde alkol kullanımı ya da bağımlılığı öyküsü olmadığı, %36,7'sinin (n= 22) ise hem birinci hem de ikinci derece yakınında alkol kullanımı yada bağımlılığı öyküsü olduğu saptandı. Bu durum alkol bağımlılığı etiyolojisinde genetik etkenlerin rolünü destekleyen pek çok çalışma ile uyumlu bulundu.(15,16,17,18,19,20)

Katılımcılardan yetiştikleri ortamda şiddete maruz kalanların oranı %55 (n=33), alkol nedeniyle sabıka kaydı olanların oranı ise %23,3 (n= 14) olarak bulundu.

Çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalmanın erişkin yaşamda alkol bağımlılığı ile bağlantısını destekleyen pek çok çalışma vardır. Schaefer, 100 alkol bağımlısı erkek hastayı değerlendirdiği bir çalışmasında, katılımcıların 1/3'inin çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kaldıklarını ve istismara maruz kalmayan katılımcılara göre daha şiddetli psikolojik semptomlar yaşadıklarını vurgulamıştır. (54)

Alkol kullanımının sadece bağımlılar arasında değil genel popülasyonda da disinhbisyon ve diğer etkileri nedeniyle şiddet ve suçla ilgili davranışları arttırdığı bilinmektedir.

Özellikle Tip 2 alkol bağımlılarında şiddet davranışının daha sık görüldüğü çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır.(55)

### 5. 1. 2. Örneklemin Alkol Kullanımı İle İlişkili Klinik Özellikleri İle İlgili Tartışma

Örneklemin ilk kez alkol kullanmaya başlama yaşı ortalama 17,53 ± 3,5 , düzenli olarak alkol kullanmaya başlama yaşı ise ortalama 29,01±11,62 olarak bulundu. Bu bulgu alkol kullanmaya başlama yaşının 18 , düzenli olarak alkol kullanmaya başlama yaşının ise 25 yaş civarında pik yaptığını gösteren literatür sonuçları ile uyumluydu. (56)

Alkol kullanmaya başlama ve düzenli olarak alkol kullanmaya başlama yaşları genellikle 30'un altında olmasına rağmen katılımcıların yatarak tedaviye ilk başvuru yaş ortalamaları 43,41± 10,12 bulundu. Bu durum katılımcıların bağımlılık sorunlarına içgörü geliştirmelerinin uzun zaman aldığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürde benzer sonuçları ve yorumları içeren çalışmalar olup Mırsal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu çalışmadakine benzer şekilde ; katılımcıların ilk kez alkol kullanmaya başlama, düzenli alkol kullanmaya başlama ve tedaviye başvurma yaş ortalamaları sırasıyla; 18,2, 26,4 ve 44,2 bulunmuştur.(57)

Alkol Bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi sayısı 1 ile 8 arasında değişen katılımcıların ortalama yatarak tedavi sayıları 2,18 ±1,71'di. İlk kez yatarak tedavi olanların oranı %46,7 (n= 28), tekrarlayan kereler yatarak tedavi olanların oranı %53,3 (n= 32) idi.

Ito ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkek alkol bağımlılarında 6 aylık ayıklık periyodu süresince sonucu öngörmede etkili olabilecek faktörler değerlendirilmiş ve sosyodemografik ve klinik özelliklerden çok yatarak tedavi görme sayısının belirleyici olduğu, daha önceki yatarak tedavi görme sayısının yüksekliğinin relaps riskini arttıran bir faktör olduğu, ileri sürülmüştür. (58)

Çalışmaya alkol dışı madde bağımlılığı olan hastalar dahil edilmedi fakat öyküde alkol dışı madde kullanımı değerlendirildi.

Bu nedenle katılımcıların yalnızca % 6,7 ‘sinde (n= 4) öyküde alkol dışı madde kullanımı saptandı. Katılımcıların %5’inin (n=3) kannabis, %1,7’sinin (n= 1) ise birden fazla madde deneme öyküsü vardı.

Katılımcıların %15’inin (n=9) öyküsünde ruhsal hastalık olup bunların 6’sı Depresyon, 2’si Anksiyete Bozukluğu, 1’i Bipolar Affektif Bozukluk nedeniyle geçmişte tedavi görmüş hastalardı. Petrakis ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılarında , 1 yıllık sürede % 29,2 duygudurum bozukluğu ( % 27,9 majör depresif bozukluk, % 1,9 bipolar bozukluk) ve % 36,9 anksiyete bozukluğu ( % 11,6 yaygın anksiyete bozukluğu, % 3,9 panik bozukluk ve % 7,7 post-travmatik stres bozukluğu) komorbiditesi görüldüğü saptanmıştır. (59)

Örneklemin %15’i mayalı, %53,3’ü distile, %31,7’si ise hem mayalı hem de distile alkol cinslerini tükettiği saptandı. Katılımcıların 24 saatte ortalama 16,22± 10,81 standart içki tükettiği, %93,3’ünün alkol intoksikasyonu periyodunda blackout, %36,7’sinin alkol yoksunluğu periyodunda deliryum , %18,3’ünün ise alkol yoksunluğu periyodunda epileptik nöbet öyküsü vardı.

Bu bulgu, yatarak tedaviye başvuran bağımlıların genellikle yüksek alkol yüzdesine sahip içecekleri kullandığı, tükettikleri günlük ortalama alkol miktarının daha fazla olduğu, alkol yoksunluğu/intoksikasyonuna bağlı daha fazla sorun yaşadıkları ve dolayısıyla bağımlık şiddetlerinin daha yüksek olduğu görüşü ile uyumluydu.

Örneklemin ortalama 14,58 ± 26,56 ay alkolü bırakan katılımcılardan oluştuğu tespit edildi. DSM-IV remisyon kriterlerine göre remisyon açısından değerlendirildiğinde örneklemin %35’i daha önce hiç remisyona girmemiş, %31,7’si erken remisyon aşamasında yineleme gelişmiş, %33,3’ü kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişmiş katılımcılardan oluşuyordu. Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili klinik özelliklerinin birbirleriyle ilişkisinin değerlendirildi.

Katılımcıların yatarak tedavi görme sayıları ile ilk kez yatarak tedavi görme yaşları arasında anlamlı ilişki bulundu. Bu iki değişken arasında negatif korelasyon olduğu, ilk yatış yaşı düştükçe yatarak tedavi görme sayılarının arttığı saptandı. (p=0.006)

Bu bulgu alkol bağımlılığının remisyon ve relapslarla seyreden bir hastalık olma özelliği ile uyumluydu.

Katılımcıların öyküdeki remisyon durumları ile alkol nedeniyle sabıka kaydı olup olmaması arasında anlamlı ilişki bulundu. Daha önce hiç remisyona girmemiş olanların %42.9'unda alkol nedeniyle en az bir kez sabıka kaydı öyküsü olmasına karşın erken (%10.5) ve kalıcı remisyona (%15) girenlerde alkol nedeniyle sabıka kaydı öyküsü anlamlı olarak daha düşüktü. (p=0.03)

Hammerbacker ve arkadaşlarının bağımlılarda yaptığı bir çalışmada katılımcıların %60,6'sının alkol/madde etkisi altındayken en az bir sabıka kayıtları olduğu ve bunların %53,8'inin suç davranışının relaps gelişiminden hemen sonra gerçekleştiği saptanmıştır. (60)

Katılımcıların yatış şekilleri ile öyküde yoksunluk döneminde epileptik nöbet geçirme oranları arasında anlamlı ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi gören katılımcıların yalnızca %3.6'sında öyküde yoksunluğa bağlı epileptik nöbet varken tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde bu oran (%31.3) anlamlı olarak daha yüksekti. (p=0.006)

Literatürde yoksunluğa bağlı epileptik nöbet geçirme ile yatarak tedavi sayıları arasında direk ilişkiyi gösteren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, bağımlılık ve yoksunluk semptomlarının şiddeti arttıkça yatarak tedavi olasılığının artacağı da aşikardır.

Katılımcıların yatış şekilleri ile tükettikleri günlük ortalama alkol miktarları arasında da anlamlı ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi görenlere kıyasla tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerin tükettikleri günlük ortalama alkol miktarı anlamlı düzeyde daha yüksekti. (p=0.002)

Öyküdeki remisyon durumları ile yatış şekilleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ilk kez yatarak tedavi görenlerin %46.4'ünün daha önce hiç erken yada kalıcı remisyona girmediği, tekrarlayan kereler yatarak tedavi öyküsü olanların ise %75'inin daha önce erken yada kalıcı remisyona girdiği fakat relaps geliştiği belirlendi. Bu bulgu bağımlıların kendini denetleme konusunda sorun yaşadıkları ve yatarak tedavinin relapsla başa çıkmak için tercih edilen bir yol olduğunu ileri süren literatür çalışmaları ile uyumlu bulundu.

### 5. 1. 3. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İlişkisiyle İlgili Tartışma:

Örneklemin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin birbirleri ile ilişkisi değerlendirildi.

İlk kez yatarak tedavi görenlerin %75'inin ve öyküde kalıcı remisyonu olanların %60'ının evli olması daha önce de belirtildiği gibi evli olmanın tek başına olmasa da alkol kullanımıyla ilgili sorunları evli olmamaya göre azalttığı iddiası ile uyumlu bulundu. (50)

Tekrarlayan yatışı olan katılımcıların %84.4'ü daha önce kalıcı remisyon öyküsü olanların %85'i lise yada üniversite mezunu katılımcılardan oluşuyordu. İlk bulgu eğitim seviyesi ile alkole bağlı sorun yaşama riski arasında negatif korelasyon olduğunu destekleyen literatür çalışmaları ile uyumsuzken, ikinci bulgu bu çalışma sonuçları ile uyumlu bulundu. (49)

Katılımcıların yaşları ile yatış şekilleri arasında da ilişki bulundu. İlk kez yatarak tedavi görenlerin yaş ortalaması, tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlere göre beklenildiği gibi anlamlı derecede düşüktü. (p=0.013)

Katılımcıların yaşları ile öyküdeki remisyon durumları karşılaştırıldığında kalıcı remisyon öyküsü olan katılımcıların kalıcı remisyon öyküsü olmayanlara göre yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p=0.04). Bu bulgu yaş ilerledikçe alkol kullanımıyla ilgili sorunların yaygınlığının azalmasının hastalığın doğal seyrine bağlı olduğunu ileri süren literatür çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur. (61)

### 5. 1. 4. Ölçek Sonuçları ile Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi:

MATT (Michigan Alkolizm Tarama Testi) kesme noktası 5-9 arasında alındığında alkol bağımlılığı olanlarla olmayanları en iyi şekilde ayıran, içme sorununu, yardım arama davranışını ve alkolle ilişkili kayıpları sorgulayan bir ölçektir.

Bu çalışmada katılımcıların MATT'den elde edilen puan ortalaması: 24,98± 8,43'tü. Bu değer alkol bağımlılığında MATT kullanılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumluydu.(57, 62)

MATT puanlarının alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikler ile ilişkisi değerlendirildiğinde; alkole başlama yaşı düştükçe, MATT puanlarının anlamlı düzeyde arttığı görüldü.($p=0.005$). Benzer şekilde hergün alkol kullanmaya başlanan yaş ne kadar düşükse MATT puanları o kadar yüksekti. ($p=0.008$) Yatış sayısı arttıkça MATT puanlarının da arttığı saptandı. ($p< 0.001$) İlk kez yatarak tedavi olma yaşı ne kadar düşükse MATT puanları o kadar yüksekti. ($p=0.015$) Öyküsünde yoksunluğa bağlı deliryumu olan katılımcıların MATT puanları öyküde yoksunluğa bağlı deliryumu olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksekti. ($p< 0.001$) Benzer şekilde öyküde yoksunluk döneminde epileptik nöbeti olan katılımcıların MATT puanları epileptik nöbeti olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0.005$) Tüketilen günlük ortalama alkol miktarı arttıkça MATT puanlarının arttığı görüldü. ($p< 0.05$)

Buraya kadar elde edilen ham istatistiksel sonuçlar bağımlılık ve onunla ilişkili sorunlardaki artışın MATT puanlarına yansıması açısından literatürle uyumluydu.

CBQ (Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeği) ile klinik ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisi incelendiğinde; özgeçmişte madde kullanma öyküsü olan katılımcıların madde kullanma öyküsü olmayanlara göre CBQ puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. ($p=0.04$)

Günlük ortalama alkol miktarı arttıkça CBQ puanlarının arttığı saptandı.($p < 0.001$)

Hergün alkol kullanmaya başlama yaşı azaldıkça, CBQ puanlarının arttığı saptandı. ($p=0.003$) Yatış sayısındaki artışın CBQ puanlarını arttırdığı saptandı. ($p= 0.015$)

Bu sonuçlar alkol/madde kullanımı ve alkol kullanma isteği ile ilgili inançların bağımlılığın düzeyi ve relaps olasılığı ile bağlantılı olduğunu ileri süren çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulundu. (63)

BSU puanlarının katılımcıların sosyodemografik özellikleri yada alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı.

Örneklemin Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması16,26±11,31 , Beck Anksiyete Envanteri puan ortalaması 14,65±11,98 bulundu. BDE puanları ile ilişkili değişkenlere bakıldığında soygeçmişte 1. ve/veya 2. derece yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü olan katılımcıların soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü olmayanlara oranla BDE puanlarının anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu saptandı.($p=0.032$)

Her gün alkol kullanmaya başlama yaşı ne kadar düşükse BDE ($p=0.022$) puanlarının , alkol kullanmaya başlama yaşı ne kadar düşükse BAE ($p=0.012$) puanlarının o kadar anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu saptandı. İnce ve arkadaşları, yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında, alkole başlama yaşının psikopatolojiyle ilişkisini değerlendirdiklerinde alkole başlama yaşı ve düzenli olarak alkol kullanmaya başlama yaşı düşük olan bağımlılarda depresyon ve anksiyete düzeylerini anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır. Bu bulgu bu çalışmanın sonucu ile uyumludur. (64)

Katılımcıların, Relaps Öngörme Ölçeği- İsteğin Derecesi (RPSSU) ve Relaps Öngörme Ölçeği-Kullanma Olasılığı (RPSLU) puanları ile herhangi bir sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcıların RPSLU puanları ile herhangi bir alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı

Bununla birlikte hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ne kadar düşükse RPSSU puanlarının o kadar yüksek olacağı saptandı. (p=0.048) Bu durum katılımcılar tedavi sonrası takip edilmediği için objektif olarak değerlendirmeyi güçleştirse de bağımlılık süresi ve şiddetinin relaps olasılığını arttırdığını destekleyen literatür verileri ile uyumlu bulundu. (63)

### 5. 1. 5. Ölçek Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkisi

Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen sonuçların birbirleriyle ilişkisini değerlendiren ham istatistiksel sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Uygulanan ölçeklerden Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) ve Relaps Öngörme Ölçeğinin İsteğin Derecesi (RPSSU) alt ölçeklerinin diğer ölçeklerle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı görüldü.

Beck Depresyon Ölçeğinden (BDE) elde edilen puanların RPSSU (p= 0.001), RPSLU (p= 0.01), BSU (p= 0.001), CBQ (p= 0.003) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Depresyonun bağımlılıkta relaps olasılığını arttıran yüksek riskli durumlardan biri olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır.

250 bağımlı ile yapılan bir çalışmada daha önce depresyon geçiren hastaların depresyon öyküsü olmayanlara göre daha az remisyona girdiği ve tedavideki ayıklık sürecinde depresyon saptananlarda depresyonu olmayanlara göre daha sık relaps geliştiği gösterilmiştir. (65)

Bir başka çalışmada da tedavi sırasında depresyon saptanan hastaların taburculuk sonrası alkole tekrar başlama sürelerinin depresyonu olmayanlara göre daha kısa olduğuna dikkat çekilmiştir.(66)

Bu çalışmada da depresyon ölçeği puanları ile relaps öngörme ölçeği puanları arasında literatürdeki çalışmalarla uyumlu şekilde pozitif korelasyon saptandı

Depresyonun alkol alımından olumlu sonuç beklentisini arttırabileceği yada alkol kullanımı/isteği ile ilgili yanlış inançları güçlendirebileceği düşünülmektedir.

Bir çalışmada depresif duygudurumu olanlarda olmayanlara göre alkolün olumlu etki göstereceğine dair inançların daha fazla olduğu ve bunun problemli içicilikle direk bağlantısı olduğu ileri sürülmüştür. (67)

Çok sayıda çalışmada olumsuz duyguların bağımlılık ve alkol kullanma isteği ile ilgili inançları etkileyerek relaps riskini arttırdığı ileri sürülmektedir.

Bir çalışmada "olumsuz duygular"ın alkol isteği ile ilgili inançları etkilediği ve tedavi sonrası ilk altı aylık dönemdeki yanıtı öngörmede bu inançların etkili olduğu ileri sürülmüş. (68)

Bu çalışmada da depresyon ölçeği ile alkol kullanma isteği ve madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeğinin puanları literatürle uyumlu şekilde pozitif korelasyon saptandı.

Beck Anksiyete Ölçeğinden (BAE) elde edilen puanların RPSSU ($p=0.002$) ve RPSLU ($p=0.010$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Anksiyetenin de gibi alkol bağımlılığında relaps olasılığını arttıran yüksek riskli bir durum olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada, 521 alkol bağımlısı hastanın durumsal ve sürekli anksiyete düzeylerindeki yüksekliğin, relapsı öngörmede etkili faktörlerden biri olduğu ileri sürülmüştür. (69)

Bu çalışmada da literatürle uyumlu şekilde katılımcıların anskiyete düzeyi ile relaps öngörme ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon saptandı.

Alkol Kullanma İsteği İle İlgili İnançlar Ölçeğinden (CBQ) elde edilen puanların RPSSU ($p<0.001$), RPSLU ($p=0.004$) ve BSU ($p< 0.001$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeğinden (BSU) elde edilen puanların RPSSU ($p<0.001$) ve RPSLU ($p=0.001$) ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Bağımlılıkta relaps nedenlerini belirlemeye yönelik çalışmaların pek çoğunda alkol/madde kullanımı ile ilgili yanlış inançların relaps olasılığını arttırdığı vurgulanmaktadır.

Yukarıdaki sonuçlar alkol/madde kullanımı ve alkol kullanma isteği ile ilgili inançların relaps olasılığı ile bağlantılı olduğunu ileri süren çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulundu. (63)

### 5. 2 Yatış Sayılarına Göre Ayrılan İki Grubun Karşılaştırması İle İlgili Tartışma

Bu bölümde yatış sayılarına göre ayrılan iki grubun sosyodemografik, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ve ölçek sonuçlarıyla ilgili karşılaştırmalar derlenip tartışıldı.

Yatarak tedaviye ilk kez ve tekrarlayan kereler başvuran hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

İlk kez ve tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grupları alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri açısından karşılaştırıldıklarında; tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hastaların tükettikleri günlük ortalama alkol miktarı ilk kez yatarak tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. ( $p=0.002$)

Tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hastaların yoksunluk döneminde epileptik nöbet öyküsü, ilk kez yatarak tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p= 0.006$)

Tüketilen alkol cinsi açısından karşılaştırıldığında ilk kez yatarak tedavi görenlerde mayalı alkol tüketimi, tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlerde ise mayalı ve distile alkolü birlikte kullanma oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hastaların ilk kez yatarak tedavi görenlere göre bağımlılık şiddetinin daha yüksek olduğu ve bunun da relaps riskini arttırarak tekrarlayan yatışları açıkladığı düşünüldü.

İlk kez ve tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grupları ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında tek anlamlı fark MATT ölçek puanlarında saptandı.

Tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören hasta grubunda ortalama MATT puanları, ilk kez yatarak tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p < 0,001$)

İçme sorununu, yardım arama davranışını ve alkolle ilişkili kayıpları sorgulayan bu ölçek puanlarının, tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören grupta, daha yüksek olması da literatürle uyumlu bulundu.

### 5. 3. Relaps/ Remisyon Durumlarına Göre Ayrılan İki Grubun Karşılaştırılması İle İlgili Tartışma

Bu bölümde relaps/ remisyon durumlarına göre ayrılan iki grubun sosyodemografik, alkol kullanımı ile ilgili klinik özellikleri ve ölçek sonuçlarıyla ilgili karşılaştırmalar derlenip tartışıldı.

Çalışmaya katılanlar relaps/ remisyon durumları açısından 2 gruba ayrıldı. İlk grup hiç remisyona girmemiş yada erken remisyon aşamasında relaps gelişmiş olan katılımcılardan (n=40), ikinci grup ise kalıcı remisyon aşamasında relaps gelişen katılımcılardan (n=20) oluşuyordu.

Sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılan 2 gruptan; kalıcı remisyon aşamasındayken relaps gelişen grubun yaş ortalaması, hiç remisyona girmeyen ve erken remisyon aşamasında relaps gelişen grubun yaş ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.($p=0.014$). Bunun dışında iki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Kalıcı remisyon aşamasındayken relaps gelişen hasta grubu ile hiç remisyona girmeyen ve erken remisyon aşamasındayken relaps gelişen hasta grubunun ölçek puanları ve klinik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Bu çalışmada incelediğimiz hipotezimize göre alkol kullanma ile ilgili inançlar relaps ortaya çıkmasında etkilidir ve bu nedenle bu inançların yatış sayıları ve relaps/ remisyon durumlarına göre ayrılmış hasta gruplarında farklı bulunması beklenmektedir.

Çalışmadan buraya dek elde edilen sonuçlar, yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısı erkek hastanın sosyodemografik/ klinik özellikleri ve ölçek sonuçları ile ilgili literatürle uyumlu ve anlamlı verilere ulaşmamızı sağlamış olsa da gruplara ayrılarak incelendiğinde hipotezimizi destekleyen sonuçlara ulaşamadık. Bu yüzden ölçek sonuçları üzerinde etkisi olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler için çoklu doğrusal regresyon analizlerini yaparak durumu tekrar gözden geçirdik.

Bu analizlerin sonuçlarına göre;

Katılımcıların yatış sayılarının artmasının hipotezimizi destekler şekilde BSU puanlarında anlamlı artışa yol açtığı saptandı. ($p=0.019$)

Öyküde kalıcı remisyonun varlığının BAE puanlarında anlamlı düşme yaratan bir değişken olduğu saptandı. ($p=0.006$)

Tekrarlayan yatışların MATT puanlarını anlamlı düzeyde arttıran bir değişken olduğu saptandı. ($p< 0.001$)

**5. 4. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı kesitsel bir çalışma olmasıdır. Örneklemden elde edilen veriler yatarak tedavi süreci içinde toplandı ve katılımcılar taburculuk sonrası dönemde izlenmedi. Test ettiğimiz hipotez göz önüne alındığında; tedavi sürecindeki katılımcıların relaps olasılığını arttırdığını düşündüğümüz disfonksiyonel inançlarının hastanede hem ortam (yüksek riskli durumlarla karşılaşma olasılığının düşük olduğu korunaklı bir mekan), hem de uygulanan bireysel ve grup terapilerin etkisi ile değişmiş olabileceği ve karşılaştırılan hasta grupları arasında öğrenmenin de etkisi ile inançlar açısından beklenen farkın ortadan kalkmış olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların taburculuk sonrası uygun süre ve sıklıkta izlenmesi halinde yukarıda bahsedilen karıştırıcı faktölerin etkisinin azalacağı dolayısıyla karşılaştırılan gruplar arasında disfonksiyonel inançlar açısından farkın daha net olarak izlenebileceği ileri sürülebilir.

Ayrıca kullandığımız ölçeklerden biri relapsı öngörmede etkin bir ölçek olduğundan, izlemde relaps gelişen ve gelişmeyen katılımcıların karşılaştırılabilmesi halinde, hipotezimizi destekleyen sonuçlara ulaşma ihtimalimizin artacağı söylenebilir.

İkinci bir sınırlılık katılımcıların relaps ve remisyon durumları ile ilgili bilgilerin bir anketle değerlendirilmiş olmasıdır. Bu bilgilerin yakınlarla görüşülerek yada geçmiş kayıtlar incelenerek doğrulanamaması verilerin güvenilirliğini azaltmış ve sonuçları etkilemiş olabilir.

Çalışmayla ilgili son sınırlılık, katılımcılara uygulanan anket ve ölçeklerin tamamının öz bildirime dayalı nitelikte olmasıdır. Tedavi sürecindeki katılımcıların kendilerini iyi gösterme eğiliminde olabileceği, bunun da sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Bu sınırlılıklar göz önüne alındığında; daha geniş bir örneklemde, daha objektif değerlendirme araçları ile yapılacak bir izlem çalışmasının alkol bağımlısı hastalarda disfonksiyonel inançların relaps olasılığına etkisini değerlendirmede daha etkin olabileceği söylenebilir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖZET

Bu çalışmada, alkol bağımlısı hastalarda alkol kullanma ile ilgili inançların, relaps ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülerek, bu inançlar yatış sayıları ve relaps/ remisyon durumları farklı hasta gruplarında karşılaştırıldı.

Bunun için, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gölbaşı Alkol Tedavi Servisi'nde yatarak tedavi gören, DSM- IV tanı ölçütlerine göre Alkol Bağımlılığı tanısı almış, en az 2 haftadır alkol alımı olmayan, yoksunluk tedavisi tamamlanmış 60 erkek hasta çalışmaya alındı.

Örneklem yatış şekline göre ; ilk kez yatarak tedavi görenler (n= 28) , tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenler (n=32) , relaps/remisyon durumlarına göre; hiç remisyona girmeyenler ve erken remisyon aşamasından yineleme gelişenler (n= 40) , kalıcı remisyon aşamasında yineleme gelişenler (n=20) şeklinde iki grup oluşturularak karşılaştırıldı.

Karşılaştırılan hasta grupları arasında ilk değerlendirmede hipotezimizi destekleyen verilere ulaşılamamış olsa da, aşağıdaki sonuçlar dikkate değer bulundu:

İlk kez yatarak tedavi gören katılımcılarda tekrarlayan kereler yatarak tedavi görenlere göre; öyküde yoksunluğa bağlı epileptik nöbet, tüketilen günlük ortalama alkol miktarı ve öyküde remisyona girme oranları anlamlı olarak daha düşük bulundu.Ayrıca tekrarlayan kereler yatarak tedavi gören grupta MATT puanları literatürle uyumlu şekilde anlamlı olarak yüksek bulundu. Her ne kadar iki grup arasında relapsı öngörmede etkili olabileceğini düşündüğümüz inançlar açısından fark bulunamasa da, relapsı öngörmede etkili olabilecek bu değişkenler açısından fark bulunması anlamlıydı.

Remisyon/ relaps durumlarına göre karşılaştırılan gruplar arasında; kalıcı remisyon öyküsü olanların yaş ortalaması, diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Alkol kullanma isteği ile ilgili inançların ; alkole başlama yaşı, hergün alkol kullanmaya başlama yaşı ile anlamlı negatif korelasyon gösterdiği saptandı.

Depresyon düzeyi ile hergün alkol kullanmaya başlama yaşı, anksiyete düzeyi ile alkole başlama yaşı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.

RPS/ İsteğin derecesi ile hergün alkol kullanmaya başlama yaşı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.

Depresyon düzeyi ile relaps olasılığı, madde kullanımı ve alkol kullanma isteği ile ilişkili inançlar arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Anksiyete düzeyi ile relaps olasılığı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Alkol kullanma isteği ile ilişkili inançlar ile relaps olasılığı ve madde kullanımı le ilgili inançlar arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Madde kullanımı ile ilgili inançlar ile relaps olasılığı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Ayrıca doğrusal regresyon analizleri sonucu;

Katılımcıların yatış sayılarının artmasının hipotezimizi destekler şekilde madde kullanma ile ilgili inançlardan anlamlı düzeyde etkilendiği, yatış sayısındaki artışın olumusuz inançları arttırdığı saptandı. ($p=0.019$)

Öyküde kalıcı remisyonun varlığının anksiyete düzeylerinde anlamlı düşme yaratan bir değişken olduğu saptandı. ($p=0.006$)

Tekrarlayan yatışların MATT puanlarını anlamlı düzeyde arttıran bir değişken olduğu saptandı. ($p< 0.001$)

## 7. SUMMARY

**Objective:** The aim of the this study was to evaluate the role of multiple hospitalization on beliefs about alcohol use and alcohol craving and the role of beliefs about alcohol use, and craving on predicting relapse.

**Method:** A total of 60 alcohol dependent male participants who were diagnosed according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) and hospitalized between April 2006- June 2007 were recruited for the study.

In baseline evaluation, demographic information, alcohol use history of the patients were recorded, patients depression, anxiety and alcohol dependency levels measured by Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the Michigan Alcoholism Screening Test. Beliefs about alcohol use were assessed with the Beliefs About Substance Use Inventory and the Craving Beliefs Questionnaire. The patients were groupped according relapse and remission status and also having single or multiple hospitalizations. Patients were compared in terms of their alcohol use and craving beliefs.

**Results:** There is no significant difference found about beliefs effect on hospitalization or remission status of patients. Our hypothesis did not supported in terms of beliefs about alcohol use and craving has been found in this study. In addition, among the patient groups compared in terms of number of hospitalization; meaningful differences in terms of epileptik attack due to abstinence, amount of avarage alcohol use per day, remission experinece ratios in story and MATT scores have been found. And also among the patient groups compared in terms of relapse/remission condition; meaningful differences in terms of avarage age have been found. It is determined that beliefs about alcohol use and craving shows a meaningful negative correlation with age at onset of alcohol use and age at onset of regular alcohol use. Beliefs about alcohol use and craving shows a meaningful positive correlation with relapse probability.

## 8. KAYNAKLAR


1. Öztürk O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, 2004

2. Ceylan E, Türkcan A, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, 2. Cilt, 1. Kitap, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, 2003)

3. McCrady S, Epstein E, Addictions, A Comprehensive Guidebook, Oxford University Press, New York, 1999

4.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington D.C. and London, 2000

5. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th Revision, Geneva, 1992

6. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975- 2001. Vol I:Secondary School Students, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 2002

7. Schuckit MA, Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment, 5 th Edition, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York, 2000

8. Robins LN, Regier DA, Locke BZ, An Overview of Psychiatric Disorders in America; Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study, Free Press, New York, 1990

9. Grant BF, Peterson LA, Dawson DS, Chou PS, Source and Accuracy Statement of National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, 1994

10. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M, Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, 1. Baskı, Ankara, 1998

11. Arıkan Z, Coşar B, Işık A, Candansayar S, Işık E, Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevalansı, Kriz Dergisi, 4 (2), 1996

12. Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ, Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı, Türk Psikiyatri Dergisi, 5(4), 1994

13. Ögel K, Tamar D, Özmen E, İstanbul Örnekleminde Alkol Kullanım Yaygınlığı, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 11: 123-127, 2003

14. İlhan İÖ, Demirbaş H, Doğan YB, Çıraklık Eğitimine Devam Eden Çalışan Gençlerde Alkol Kullanımı Üzerine Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(4):237-244, 2005

15. Nurnberger JI, Wiegand R, Bucholz K, O'Connor S, A Family Study of Alcohol Dependence Coaggregation of Multiple Disorders in Relatives of Alcohol-Dependent Probands, Archives of General Psychiatry, 61(12), 2004

16. Pickens RW, Svikis DS, McGue M, Heterogeneity in the Inheritance of Alcoholism. A Study of Male and Female twins, Archives of General Psychiatry, 48:19-28, 1991

17. Krystal JH, Staley J, Mason G, Petrakis IL, Gamma Aminobutyric Acid Type A Receptors and Alcoholism, Intoxication, Dependence, Vulnerability and Treatment, Archives of General Psychiatry, 63:957-968, 2006

18. Radel M, Vallejo RL, Iwata N, Aragon R, Haplotype-Based Localization of an Alcohol Dependence Gene to the 5q34 Gamma-Aminobutyric Acid Type A Gene Cluster, Archives of General Psychiatry, 62:47-55, 2005

19. Lappalainen J, Kranzler HR, Malison R, Price LH, A Functional Neuropeptide Y Leu7 Pro Polymorphism Associated With Alcohol Dependence in a Large Population Sample From the United States, Archives of General Psychiatry , 59:825-831, 2002

20. Wand GS, Mangold D, Deiry SE, McCaul ME, Hoover D, Family History of Alcoholism and Hypothalamic Opioidergic Activity, Archives of General Psychiatry, 55:1114-1119, 1998

21. Ogborne AC, Theories of Addiction and Implications for Counselling in Harrison S & Carver V (Eds.), Alcohol & drug problems: A Practical Guide for Counsellors (Second Edition), Toronto, 1997

22. Evren EC, Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme, Klinik Psikiyatri Dergisi, 7:111-119, 2004

23. Kalyoncu ÖA, Mırsal H, Alkol Bağımlılığında Bireysel Psikoterapi, Bağımlılık Dergisi, 3(2):108-117, 2002

24. Khantzian EJ, The Self-Medication of Substance Misuse Disorders:A Reconstruction and Recent Applications, Harvard Rev Psychiatry, 4:231-244, 1977

25. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, Ninth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2003

26. Thomas HD, Herzog TA, Irvin JE, Gwaltney J, Cognitive and Social Learning Models of Drug Dependence: Implications for the Assesment of Tobacco Dependence in Adolescents, Addiction, 99:51-77, 2004

27. Bandura A, Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological Review, 84;191-215, 1977

28. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS, Cognitive Therapy of Substance Abuse, The Guilford Press, New York, 1993

29. Donovan DM, Marlatt GA, Assessment of Addictive Behaviors, Second Edition, Guilford Publications, 2005

30. Doğruer Z, Türkçapar MH, İnce A, Alkol Bağımlılığında Relaps, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5:43-49, 2002

31. Bauer LO, Predicting Relapse to Alcohol and Drug Abuse via Quantitative Electroencephalography, Neuropsychopharmacology, 25: 332-340, 2001

32. Marlatt GA, Donovan DM, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, Second Edition, Guilford Publications, 2005

33. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli V, Gasbarrini G, Neurobiochemical and Clinical Aspects of Craving in Alcohol Addiction: A Review, Addictive Behaviors, 30: 1209–1224, 2005

34. Becker HW, Kindling in Alcohol Withdrawal, Alcohol Health and Research World, Volume 22, Number 1, 1998

35. McKay JR, Franklin TR, Patapis T, Lynch KG, Conceptual, Methodological and Analytical Issues in the Study of Relapse, Clinical Psychology Review, 26:109-127, 2006

36. Noone M, Dua J, Markham R, Stress, Cognitive Factors and Coping Resources as Predictors of Relapse in Alcoholics, Addictive Behaviors, 24 (5): 687-693, 1999

37. Yates WR, Booth BM, Reed DA, Brown K, Masterson BJ , Descriptive and Predictive Validity of a High-Risk Alcoholism Relapse Model, Journal of Studies on Alcohol, 54: 645–651, 1993

38. Moos RH, Moos BS, Rates and Predictors of Relapse After Natural and Treated Remission from Alcohol Use Disorders, Addiction, 101(2): 212-222, 2006

39. Shiffman, S, Relapse Following Smoking Cessation: A Situational Analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50: 71-86, 1982

40. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN, Meszaros K, Anxiety as a Predictor of Relapse in Detoxified Alcohol Dependent Patients, Alcohol and Alcoholism, 37(6):609-612, 2002

41. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND, Relapse to Alcohol and Drug Use Among Individuals Diagnosed with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: A Review , Clinical Psychology Review, 26(2):162-178, 2006

42. Türkçapar H, Köse S, İnce A, Myrick H, Beliefs as a Predictor of Relapse in Alcohol Dependent Turkish Men, Journal of Study Alcohol, 66(6): 848-851, 2005)

43. Türkçapar H, Aslan S, Uğurlu M, Karakaş G, Sargın E, Alkol Bağımlısı Hastalarda "Alkol Kullanma İsteği (Craving) İle İlgili İnançlar" Anketinin Geçerlilik ve Güvenilirliği, Bağımlılık Dergisi, 7(3), Ek Sayı, 67, 2006

44. Türkçapar H, Aslan S, Uğurlu M, Karakaş G, Turhan M, Alkol Bağımlısı Hastalarda "Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar" Anketinin Geçerlilik ve Güvenilirliği, Bağımlılık Dergisi, 7(3), Ek Sayı, 66, 2006

45. Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006

46. Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP, Reif S, Muenz LR, Blaine J, Frank A, Christoph PC, Thase M, Weiss RD, Cocaine Dependence With and Without PTSD Among Subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study , American Journal of Psychiatry 155:214-219, 1998

47. Işık E, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara, 2003

48. Savaşır I, Şahin NH,Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997

49. Crum RM, Helzer JE, Anthony JC, Level of Education and Alcohol Abuse and Dependence in Adulthood: A Further Inquiry, American Journal of Public Health 83: 830–837, 1993

50. Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch S, Nikitin Y, Marmot M, Trends in Alcohol Intake by Education and Marital Status in an Urban Population in Russia Between the mid 1980's and the mid 1990's , Alcohol and Alcoholism, 39(1): 64-69, 2004

51. Matzger H, Delucchi K, Weisner C, Ammon L, Does Marital Status Predict Long-Term Drinking? Five-year Observations of Dependent and Problem Drinkers, Journal of Study on Alcohol,65(2): 255-65, 2004

52. Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST, Individual and Social/Environmental Predictors of Alcohol and Drug Use 2 Years Following Substance Abuse Treatment, Addictive Behaviors., 28(4):627-42, 2003

53. Prescott CA, Neale MC , Corey LA , Kendler KS, Predictors of Problem Drinking and Alcohol Dependence in a Population-based Sample of Female Twins, Journal of Study on Alcohol,58, 1997

54. Schaefer MR , Prevalence of Childhood Physical Abuse in Adult Male Veteran Alcoholics, Child Abuse and Neglect, 12 (2): 141-49, 1988

55. LeMarquand D, Pihl RO, Benkelfat C, Serotonin and Alcohol İntake, Abuse, and Dependence: Clinical Evidence, Biological Psychiatry, 36:326-337, 1994)

56. Li TK, Hewett B, Grant B, Alcohol Use Disorders and Mood Disorders: A National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Perspective, Biological Psychiatry, 56:718-720, 2004)

57. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M, Alkol Bağımlılığında Klinik Özellikler ve Sosyodemografik Değişkenler, Bağımlılık Dergisi, 1(2):81-85, 2000

58. Ito JR, Donovan DM, Predicting Drinking Outcome: Demography, Chronicity, Coping and Aftercare, Addictive Behaviors,15: 53-59, 1990

59. Petrakis IL , Gonzalez G , Rosenheck R , Krystal JH, Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders: An Overview, Alcohol Research & Health, 26, 2002

60. Hammerbacher M, Lyvers M, Factors Associated with Relapse Among Clients in Australian Substance Disorder, Faculty of Humanities and Social Sciences, Humanities & Social Sciences Papers, 2005

61. Vaillant GE. A Long-Term Follow-Up Male Alcohol Abuse, Archives of General Psychiatry, 53: 243-249, 1996

62. Evren EC, Can S, Evren B, Çakmak D, Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlılarında Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Erektil İşlev Bozukluğu ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 12:165-173, 2002

63. Turkçapar H, Köse S, İnce A, Myrick H, Beliefs as a Predictor of Relapse in Alcohol-Dependent Turkish Men, Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 66:(6), 2005

64. İnce A, Doğruer Z, Türkçapar H, Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması, Klinik Psikiyatri, 5:82-91, 2002

65. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J, Effects of Major Depression on Remission and Relapse of Substance Dependence, Archives of General Psychiatry, 59:(4), 2002

66. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J, The Effect of Depression on Return to Drinking: A Prospective Study, Archives of General Psychiatry, 55: 259-265, 1998

67. Johnson B, Gurin G, Negative Affect, Alcohol Expectancies and Alcohol-Related Problems, Addiction, 89(5): 581-586, 1994

68. Rohsenow DJ, Monti PM, Zwick WR, Nirenberg TD, Liepman MR, Binkoff JA, Abrams DB, Irrational Beliefs, Urges to Drink and Drinking Among Alcoholics, Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 50(5):461-464, 1989

69. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN, Meszaros K, Anxiety as a Predictor of Relapse in Detoxified Alcohol-Dependent Patients, Alcohol and Alcoholism, 37(6): 609-612, 2002

## 9. EKLER

### EK-1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI ÇALIŞMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

"Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Gölbaşı Alkol Servisi'nde Yatarak Tedaviye İlk Kez ve Tekrarlayan Kereler Başvuran Alkol Bağımlısı Erkek Hastaların Bilişsel Modele Göre Karşılaştırılması" " isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmanın amaçları;

-Alkol Bağımlılığının nedenleri ve tedaviye rağmen hastalığın yinelemesi konusunda ileri sürülen bir çok modelden birini ( Bilişsel-Davranışçı Model ) test etmek,

-Alkol Bağımlılığı nedeni ile yatarak tedaviye ilk kez ve tekrarlayan kereler başvuran hastalar arasında bu modele göre; alkol arama davranışı ile ilgili inançlar, madde kullanımı ile ilgili inançlar ve yineleme ile ilgili inançlar arasında fark olup olmadığını bu karşılaştırma çalışması ile değerlendirmek,

-Alkol Bağımlılığı olan hastalarda hastalığın tekrarlama olasılığını değerlendirmeye çalışmak ve bu açıdan iki hasta grubunu karşılaştırmaktır.

Bu amaçları gerçekleştirmek için; hastaneye yatışınızın 2. haftasından sonra araştırmayı yürüten Dr.Kardem Açıkyürek tarafından size toplam 7 adet değerlendirme ölçeği uygulanacaktır.

Şimdiye kadar bu konuda yurtiçinde ve yurtdışında çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda Bilişsel Davranışçı Model'e göre Alkol Bağımlılığı'nın gelişimi ve tedavisinde kişinin alkol kullanımı, alkol arama davranışı ve Alkol Bağımlılığı'nda yineleme ile ilgili inançlarının rolü gösterilmiştir.Çalışmaya toplam 60 hasta katılması planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Bu çalışmaya katılmaya karar verirseniz araştırmayı yürüten Dr.Kardem Açıkyürek tarafından size, toplam 7 adet ölçeğin değerlendirileceği, 1 değerlendirme görüşmesi yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Çalışmaya Alkol Bağımlılığı tanısı ile yatarak tedaviye başvuran hastalardan çalışmaya katılma onayı alınmış olanlar dahil edilecektir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara hastaneye yatışlarının 2. haftasından sonra 1 kez değerlendirme görüşmesi yapılacaktır.

Hastalar yatarak tedaviye ilk kez ve tekrarlayan kereler başvuranlar olmak üzere iki gruba ayrılarak değerlendirilecektir.

Araştırmanın sizin iştirak edeceğiniz bölümü yaklaşık 1 saat süren bir değerlendirme görüşmesidir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Çalışmaya katılan hastalara sadece 1 kez 7 adet ölçeğin uygulandığı bir değerlendirme görüşmesi yapılacağı için çalışmanın herhangi bir riski yada zararı bulunmamaktadır.

Kimlik bilgileriniz çalışmayı yürüten doktor tarafından saklı tutulacaktır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Çalışmada yer almanızın bireysel bir yararı olmayacak, sadece Alkol Bağımlılığı konusunda etkin bir modelin iki hasta grubunun karşılaştırılmasında kullanılmasına katkınız olacaktır.Bu çalışma Alkol Bağımlılığı'nın gelişimi ve tedavisi konularında kullanılabilecek modelleri değerlendirmemizde yardımcı olacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Araş.Gör.Dr.Kardem Açıkyürek

GÖREVİ :GÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

TELEFON : 0 312 202 5419

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Psikiyatri Anabilim dalında, Dr. Kardem Açıkyürek tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Tarih :

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı :

Adres :

Tel :

İmza :

Tarih :

Görüşme tanığı hekim

Adı soyadı, unvanı :

Adres :

Tel :

İmza :

Tarih :

**EK-2 ALKOL BAĞIMLILIĞI SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER ANKETİ**

Tarih: _/__/_____Ad, Soyad:_____ Doğum Tarihi:

1.Medeni Durum: Bekar ☐ Evli ☐ Ayrı☐ Boşanmış☐ Dul ☐

2.Son bitirilen okul: İlkokul ☐ Ortaokul☐ Lise☐ Üniversite☐ Okuldan ayrıldığınız sınıf:

3.Meslek:_____Ortalama aylık geliriniz:_____

4.Anne: Sağ ☐ Ölü ☐ Yaş:_ Eğitim:_____Meslek:_____

Baba: Sağ ☐ Ölü ☐ Yaş:_____Eğitim:_____ Meslek:_____

5.Kaç kardeşsiniz?_____ Siz baştan itibaren kaçıncı çocuksunuz?_____

6.Çocukluk döneminde aşağıdaki rahatsızlıklardan geçirdiklerinizi işaretleyiniz:

Bayılmaya yol açacak kafa travması geçirdiniz mi? ☐ Evetse kaç yaşında?____

Menenjit ☐ Evetse kaç yaşında?:_____

Havale ☐ Evetse kaç yaşında?:_____

7. Çocukluk döneminde aile içinde dayak yediniz mi? Evet☐ Evetse ne sıklıkta?_____

8.Ailenizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?

Hayır☐ Evet☐

Evetse kimlerde ve rahatsızlıkları nelerdir?:_____

9.Esrar/eroin/kokain/hap/ tiner, bali vb. kullanır mısınız? Hayır☐ Evet☐

Evetse hangilerini?:_____ Günde ne kadar içersiniz:_____

10.Herhangi bir ruhsal rahatsızlık geçirdiniz mi? Hayır☐ Evet☐

Evetse neydi?:_____

11.Sabıkanız var mı? Ya da hiç polisle başınız derde girdi mi veya nezarete alındınız mı?

Hayır☐ Evet☐

Evetse suçunuz neydi nasıl sonuçlandı ve kaç yaşındaydınız?:_____

Alkol Kullanım Özellikleri Bölümü

1. İlk kez alkolü kaç yaşında tattınız? _____

2. Her gün alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız? _____

3. Anne, baba ya da kardeşlerinizden alkol kullanan var mı? □ Evet □ Hayır

4. Evetse kimler belirtiniz ? _____

5. İkinci derece akrabalarınızda ( Amca, hala, dayı, teyze) alkol kullanımı olan var mı?

□Evet □Hayır Eğer evetse kimde ve ne şekilde?_____

6. Çocukluk döneminde (14 yaşa dek) yaşadığınız evde alkol kullanılır mıydı? □ Evet □ Hayır

7. Alkol nedeniyle ilk kez kaç yaşında hastaneye yattınız? _____

8. Alkol nedeniyle hastaneye yatış sayısı? _____

9. Alkol kullanımı nedeniyle işte sorun yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır

10. Alkol kullanımı nedeniyle eşinizden ayrılık ya da boşanma yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır

11. Alkollü iken tamamıyla hatırlamadığınız bir dönem oldu mu? □ Evet □ Hayır

12. Alkolü azalttığınız da ya da kestiğinizde bayılma/sara nöbeti geçirdiniz mi? □ Evet □ Hayır

13. Hangi tür alkollü içecek kullanıyorsunuz ? _____

14. Günlük ortalama aldığınız alkol miktarı nedir? _____

15. Alkolü hangi ortamda kullanırsınız? □Arkadaşlarla □Yalnız

16. En uzun ayık kalma süresi (ay): 1. Yok 2. 1-12 ay arası 3. 12 aydan uzun

17. Şu an kullandığınız ilaçlar: _____

## EK-3 ALKOL KULLANMA İSTEĞİ İLGİLİ İNANÇLAR ANKETİ

Aşağıda alkol kullanma isteğiyle ilgili bazı inançlar ve düşünceler sıralanmıştır. Her birini dikkatlice okuyarak yan tarafına size ne kadar uyduğunu rakamla belirtiniz. Puanlarken aşağıda belirtilen rakamları kullanın. (1: Tamamıyla yanlış/ hiç katılmıyorum; 2: Çoğunlukla katılmıyorum/yanlış buluyorum; 3: Biraz karşıyım/katılmıyorum; 4: Fikrim yok/ ne doğru ne de yanlış, ortadayım 5: Biraz katılıyorum/doğru buluyorum; 6: Oldukça katılıyorum/doğru buluyorum; 7: Tamamıyla doğru/ tam olarak aynı görüşteyim.)

1. _____Alkol bulamadığımda içme isteği bedensel bir tepki, bu nedenle bu istekle ilgili elimden bir şey gelmez.
2. _____ Alkol bulamadığımda içme isteğimi gidermezsem bu istek daha da artar
3._____Alkol bulamadığımda içme isteği insanı çıldırtabilir
4._____Alkolü aşırı içme isteği yüzünden kullanıyorum
5._____Her zaman içme isteği duyarım
6._____Alkol içme isteğimi kontrol edemiyorum
7._____Bir kez alkolü aramaya başlayınca hareketlerimi kontrol edemez hale geliyorum
8._____Yaşamım boyunca hep alkol içme isteğini duyacağım
9._____Alkolü bulamadığımda olan bedensel sıkıntılara dayanamıyorum
10._____Alkolü bulamadığımda aşırı istek, alkol kullanmamın cezasıdır
11._____Alkolü kullanmayan, onu bulamadığımda içmek istemenin nasıl bir şey olduğunu bilemez (bu nedenle benim bu isteğe direnmemi bekleyemezsiniz)
12._____Alkolü isterken aklıma gelen düşünceler ve hayaller benim kontrolüm dışında
13._____Alkol bulamadığımda içme isteği beni çok sinirli yapıyor
14._____Asla alkolsüzlüğe hazır olamayacağım
15._____Yaşamımın geri kalanında da alkole aşırı isteğim süreceğinden kullanmayı sürdürebilirim
16._____Alkolü aradığım zamanlar hiç bir şey yapamıyorum
17._____Ya alkol kullanıyorum, ya da alkolü arıyorum, bunun dışında bir yaşamım yok
18._____Alkolü almadığımda içme isteği ortaya çıktığında ve yoğunlaştığında bu istekle baş etmenin tek yolu içmektir
19._____Alkolü bulamadığımda içme isteğiyle baş etmek için hap kullanabilir
20_____Alkolü alma isteğim benim irademin karşı koyabileceğinden güçlüdür

## EK- 4 MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ İNANÇLAR ANKETİ

Aşağıda alkol kullanımıyla ilgili bazı inançlar ve düşünceler sıralanmıştır. Her birini dikkatlice okuyarak yan tarafına size ne kadar uyduğunu rakamla belirtiniz. Puanlarken aşağıda belirtilen rakamları kullanın.(1: Tamamıyla yanlış/ hiç katılmıyorum; 2: Çoğunlukla katılmıyorum/yanlış buluyorum; 3: Biraz karşıyım/katılmıyorum; 4: Fikrim yok/ ne doğru ne de yanlış, ortadayım 5: Biraz katılıyorum/doğru buluyorum; 6: Oldukça katılıyorum/doğru buluyorum; 7: Tamamıyla doğru/ tam olarak aynı görüşteyim.)

1. Alkolsüz yaşam sıkıcı _____
2. Alkol kullanmak benim verimimi ve yaratıcılığımı artırmamın tek yolu _____
3. Alkolsüz bir iş yapamam _____
4. Hayatımdaki acıları dindirmemin tek yolu alkol _____
5. Bırakmaya hazır değilim _____
6. İstek/arama bana alkolü kullandırıyor _____
7. Alkolü bıraksam bile hayatım yoluna girmez _____
8. Sinirimi azaltmanın tek yolu alkol _____
9. Eğer alkolü bırakırsam yaşamım tatsızlaşır _____
10. Düzelmeyi haketmiyorum _____
11. Alkolü bırakacak kadar güçlü değilim _____
12. Alkol kullanmadan insanlarla arkadaşlık yapamam _____
13. Alkol kullanımı benim için bir sorun değil _____
14. Alkol almadıkça kullanma isteğim azalmaz .
15. Alkol almama diğer insanlar neden oluyor (eşim, sevgilim, ailem) _____
16. Alkol kullanımı soya çekime bağlıdır _____
17. Alkolsüz rahatlayamam _____
18. Alkol sorunumun olması benim doğuştan kötü bir insan olduğum anlamına gelir _____
19. Alkol kullanmaksızın sıkıntımı kontrol edemem _____
20. Alkol almadıkça yaşantım eğlencesiz geçer _____

## EK-5 MICHIGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ

| | EVET | HAYIR |
|---|---|---|
| 0.Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi? | _____ | _____ |
| 1.Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz?(Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.) | _____ | _____ |
| 2.Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu? | _____ | _____ |
| 3.İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın yakındıkları oldu mu? | _____ | _____ |
| 4.Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? | _____ | _____ |
| 5.İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu? | _____ | _____ |
| 6.Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı? | _____ | _____ |
| 7.İstediğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? | _____ | _____ |
| 8.Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı? | _____ | _____ |
| 9.İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu? | _____ | _____ |
| 10.İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu? | _____ | _____ |
| 11.Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi? | _____ | _____ |
| 12.İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu? | _____ | _____ |
| 13.İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu? | _____ | _____ |
| 14.İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu? | _____ | _____ |
| 15.İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu? | _____ | _____ |
| 16.İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız? | _____ | _____ |

17.Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun _____ _____
olduğu söylendi mi?

18.Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya _____ _____
aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde
sesler işitip hayaller gördüğünüz oldu mu?

19.İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi? _____ _____

20.İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu? _____ _____

21.Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız _____ _____
içki içmenizin yatışta rolü var mıydı?

22.Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, _____ _____
psikolog veya doktora başvurdunuz mu? Eğer başvurduysanız
içki içmenizin bunda rolü var mıydı?

23.Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında _____ _____
araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı?
(Evet ise kaç kere?.....)

24.İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız _____ _____
veya birkaç saat dahi olsa göz altına alındığınız oldu mu?
(Evet ise kaç kere?.....)

## EK-6 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır.Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır.Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz.Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz.Daha sonra o maddenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
   (b) Kendimi üzgün hissediyorum
   (c ) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygulardan kurtaramıyorum.
   (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekten umutsuz değilim.
   (b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
   (c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
   (d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
   (b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
   (c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
   (d)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
   (b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
   (c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
   (d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
   (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
   (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
   (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum

(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

(c)Cezalandırılmayı bekliyorum

(d)Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (a)Kendimden hoşnudum.

(b)Kendimden pek hoşnut değilim.

( c)Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

(d)Kendimden nefret ediyorum.

8. (a)Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.

(b)Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.

(c)Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.

(d)Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(b)Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.

(c)Kendimi öldürmeyi isterdim.

(d)Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. (a)Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

(b)Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.

(c)Şu sıralarda her an ağlıyorum.

(d)Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralar istesem de ağlayamıyorum.

11. (a)Her zamankinden daha sinirli değilim.

(b)Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.

(c)Çoğu zaman sinirliyim.

(d)Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. (a)Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.

(b)Eskisine göre insanlara daha az ilgiliyim.

(c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.

(d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.

(b)Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.

(c)Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

(d)Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a)Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.

(b)Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum..

(c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.

(d)Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

18. (a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.

(c)Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

(d)Hiçbir iş yapamıyorum.

19. (a)Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.

(b)Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.

(c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.

(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

20. (a)Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanıyorum.

(b)Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.

(c)Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.

(d)Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

21. (a)İştahım eskisinden pek farklı değil.

(b)İştahım eskisi kadar iyi değil.

(c)Şu sıralarda iştahım epey kötü.

(d)Artık hiç iştahım yok.

22. (a)Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

(b)Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

(c)Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

(d)Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet ( ) Hayır ( )

23. (a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

(b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum

24. (a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken hiçbir şey yok.

(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(c)Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

(d)Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

## EK-7 BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

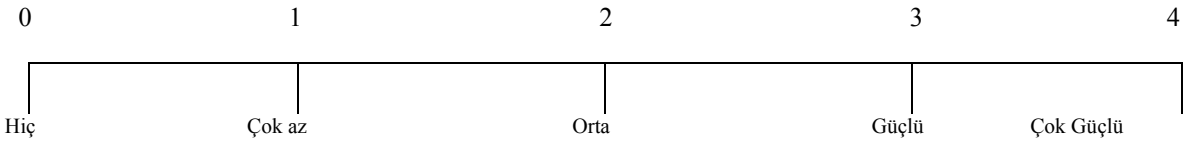
Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zaman yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

| | HİÇ | HAFİF DÜZEYDE<br>Beni pek etkilemedi | ORTA DÜZEYDE<br>Hoş değildi ama katlanabilirim | CİDDİ DÜZEYDE<br>Dayanmakta çok zorlandım |
|---|---|---|---|---|
| 1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma karıncalanma | | | | |
| 2.Sıcak/ateş basması | | | | |
| 3.Bacaklarda halsizlik, titreme | | | | |
| 4. Gevşeyememe | | | | |
| 5.Çok kötü şeyler olacak korkusu | | | | |
| 6.Baş dönmesi veya sersemlik | | | | |
| 7.Kalp çarpntısı | | | | |
| 8.Dengeyi kaybetme duygusu | | | | |
| 9.Dehşete kapılma | | | | |
| 10. Sinirlilik | | | | |
| 11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu | | | | |
| 12.Ellerde titreme | | | | |
| 13.Titreklik | | | | |
| 14.Kontrolü kaybetme korkusu | | | | |
| 15.Nefes almada güçlük | | | | |
| 16.Ölüm korkusu | | | | |
| 17.Korkuya kapılma | | | | |
| 18.Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi | | | | |
| 19.Baygınlık | | | | |
| 20.Yüzün kızarması | | | | |
| 21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan | | | | |

## EK-8 RELAPS ÖNGÖRME ÖLÇEĞİ

Bildiğiniz gibi alkol kullanımını başlatan bir çok durum vardır. Bu ölçekte iki puanlama yapmanız istenmektedir. Sıralanan durumlarda 1)Alkol kullanma isteğinizin derecesini 2) ve bu durumdaki kullanma ihtimalinizi belirlemeniz.

Aşağıda alkol kullanma isteğini çok artırabilecek bazı durumlar listelenmiştir. Her bir maddeyi okuyun ve kendinizi sanki o durumdaymış gibi hayal edin. İlk kolon "isteğin derecesi", isteğinizin ne kadar güçlü olacağıyla ilgilidir. İkinci kolon bu tür durumlarda "kullanma olasılığınızın" düzeyini işaretlemek içindir.




| | İsteğin derecesi | Kullanma Olasılığı |
|---|---|---|
| 1. Daha önce içtiğim bir yerde bulunmak | | |
| 2. Daha önce birlikte içtiğim kişilerle bir araya gelince | | |
| 3. Maaş aldıktan sonra | | |
| 4. İş arkadaşlarımı alırken görmek | | |
| 5. İş çıkışı | | |
| 6. Hafta sonu(cuma-cumartesi) veya tatil gecesi | | |
| 7. Eğlencedeyken | | |
| 8. En son içtiğim zamanı düşününce | | |
| 9. Biriyle içmeyle ilgili konuşurken | | |
| 10. Sıkılınca | | |
| 11. Çok iyi hissedince | | |
| 12. Sevgilimi/eski sevgilimi görünce | | |
| 13. Başka bir şey içerken | | |
| 14. Arkadaşım içki teklif ettiğinde | | |
| 15. Üzüntülüyken | | |
| 16. Fahişelerle birlikte | | |
| 17. Seks yapmak için dışarı çıkınca | | |
| 18. Seks isterken | | |
| 19. İçince kendimi ne kadar iyi hissettiğimi hatırlayınca | | |
| 20. Kızınca | | |
| 21. Baskı altındayken | | |

| | | |
|---|---|---|
| 22. Suçlu hissedince | | |
| 23. (Uyuşturucu-uyarıcı) hap kullanınca | | |
| 24. Alkolü bırakmışken tekrar ilk içkide | | |
| 25. İşe hazırlanırken | | |
| 26. Yorgunken | | |
| 27. Yılgınlığa düşünce | | |
| 28. Alkol karşıtı bir yayın görünce | | |
| 29. Esrar görünce | | |
| 30. Kumar oynarken | | |
| 31. Rüyamda içki görünce | | |
| 32. Maç seyrederken | | |
| 33. Kalkıp giyinirken | | |
| 34. İşte baskı altındayken | | |
| 35. Seks yapmayı düşünürken | | |
| 36. Karıma ya da sevgilime kızınca | | |
| 37. Eşim içkiyle ilgili başımın etini yerken | | |
| 38. Ailem içmemle ilgili başımın etini yerken | | |
| 39. Tekrar başladığım ortaya çıktığı anda | | |
| 40. Tekrar başlamadığım halde kullandığım sanıldığında | | |
| 41. Alkol kullanılan bir film izlerken | | |
| 42. Kaygılanınca | | |
| 43. Birisi beni eleştirince | | |
| 44. Çok uzun süre kullanmayınca | | |
| 45. Gergin hissederken | | |
| 46. Sevdiğim biri ölümcül bir hastalığa yakalanırsa | | |
| 47. Ağrım olunca | | |
| 48. Omzuma ağır bir yük binerse | | |
| 49. İyi zaman geçirdiğim bir bar/meyhanedeysem | | |
| 50. Ailemle kavga edince | | |