

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

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞAFAK YALÇIN ŞAHİNER**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MUSTAFA ENDER TANER**

ANKARA 2012

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

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞAFAK YALÇIN ŞAHİNER**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MUSTAFA ENDER TANER**

ANKARA 2012

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşması ve yürütülmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen, her konuda bilgi birikiminden yaralandığım Prof. Dr. Zehra Arıkan ve tez danışmanım Doç. Dr. Ender Taner'e, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, deneyim ve önerilerinden faydalandığım Prof. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu, Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Prof. Dr. Behçet Coşar, Prof. Dr. Erdal Işık, Doç. Dr. Selçuk Aslan, Doç. Dr. Burhanettin Kaya ve Doç. Dr. Aslıhan Sayın'a, asistanlık eğitimime başladığım yıllarda tanıma imkanı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim ve hastaya yaklaşım konusunda çok faydalandığım şu an aramızda olmayan Prof. Dr. Leyla Zileli'ye,

Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum boyunca bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım Prof. Dr. Şahnur Şener, Prof. Dr. Elvan İşeri ve Doç. Dr. Yasemen Taner'e,

Nöroloji rotasyonum boyunca eğitimime katkısı olan Prof. Dr. Reha Kuruoğlu, Prof. Dr. Yahya Karaman, Prof. Dr. Erhan Bilir, Prof. Dr. Ayşe Bora Tokçae, Prof. Dr. Bijen Nazlıel'e ve diğer Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde her zaman yanımda olan, sevgi ve desteğini esirgemeyen , tanıdığım için mutluluk duyduğum psikoloğumuz Çisem Utku'ya, birlikte çalışma imkanı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, psikiyatri servisi, Gölbaşı Bağımlılık Servisi ve poliklinik çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime, uzmanlık eğitimim başında tanıdığım ve sevgi ve desteğini hep yanımda hissettiğim eşim Dr. Volkan Şahiner'e, hayatıma anlam katan kızım Melis Defne Şahiner'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ KISALTAMLAR.....	v
KISALTAMLAR.....	vi
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Alkol Hakkında Genel Bilgiler.....	4
2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri.....	6
2.1.3 Alkol Bağımlılığının Tanımı	11
2.1.4 Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı	14
2.2 Madde hakkında genel bilgiler	16
2.2.1 Uyuşturucu Maddenin Tanımı.....	16
2.2.2 Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması	17
2.2.3 Madde Bağımlılığı.....	23
2.2.4 Madde Kullanımının Nörobiyolojisi	26
2.2.5 Madde Kullanımı İle İlgili Bazı Faktörler.....	27
2.2.6 Uyuşturucu Maddelerin Kullanım Sıklığı	31
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	34
2.3.1 Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikiyatrik Yönü	34
2.3.2 Çocukluk Çağı Travmaları İle Alkol Madde Kullanım İlişkisi.....	38
2.4. Başa Çıkma Tutumları.....	41

2.4.1 Başa Çıkma Tutumlarının Psikiyatrik Yönü	41
2.4.2. Başa Çıkma Tutumları İle Alkol ve Madde Kullanımının İlişkisi ..	44
2.5 Kişilik	45
2.5.1 Kişilik ve psikiyatri	45
2.5.2 Alkol ve Madde bağımlılığında kişilik.....	49
3.GEREÇ VE YÖNTEM	55
3.1 Örneklemenin seçilmesi	55
3.2 Çalışmada kullanılan gereçler:	56
3.3 İstatistiksel Değerlendirme.....	58
4. BULGULAR	59
5.TARTIŞMA	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
7. KAYNAKLAR.....	98
8. ÖZET	122
9. İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	125
EKLER	127

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	61
Tablo 2.	Alkol Bağımlısı Hastalara Ait Alkol Kullanıma İlişkin Özellikler.....	64
Tablo 3.	Madde Bağımlısı Hastalara Ait Madde Kullanıma İlişkin Özellikler..	67
Tablo 4.	Madde ve Alkol Bağımlısı Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 5.	Madde Bağımlısı Hastalar ile Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 6.	Alkol Bağımlısı Hastalar ile Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 7.	Alkol ve Madde Bağımlısı Kadın Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	78
Tablo 8.	Alkol ve Madde Bağımlısı Erkek Hastalara Uygulanan Ölçek Puanların Karşılaştırılması	81
Tablo 9.	Hasta Gruplarına (Alkol Bağımlısı + Madde Bağımlısı) Uygulanan Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	83

KISALTAMLAR

ASB	: Antisosyal kişilik bozukluğu
BKB	: Borderline kişilik bozukluğu
ÇÇTSL	: Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi
ECA	: Epidemiological Catchment Area
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal, İstatistiksel El Kitabı
TCI	: Mizaç ve Karakter Envanteri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

Alkol ve madde kullanımı son yıllarda giderek artmakla beraber ülkemizin en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Alkol ve madde kullanımı sadece kullanan bireyi değil, aileyi ve toplumu derinden etkilediğinden fiziksel ve ruhsal sorunların yanında birçok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da yol açmaktadır (1).

Türkiye dinamik bir ülkedir ve devamlı gelişmektedir. Gelişme ve değişim kırsaldan kente göç etme, çarpık yapılaşma ve gecekondu, işsizlik, ekonomik alanlarda büyük farklılıklar, aile yapısında değişiklikler, toplumda sınıf farklılıkları ve insanların değer yargılarının ve dünya görüşlerinin değişmesi gibi birçok ek sorunu da beraberinde getirmektedir (2, 3). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ülkemizde alkol ve madde kullanımının giderek yaygınlaştığı görülse de hala Avrupa ülkeleri ve Amerikan ülkelerinin altında alkol ve madde kullanımı oranları görülmektedir (4, 5, 6). Fakat artan alkol ve madde kullanımını önlemeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan, koruyucu psikiyatrik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kimlerin bağımlı olabileceğinin tespit edilmesi tam olarak mümkün olmamasına rağmen belirli bazı ortak özelliklerin varlığını söylemek de mümkündür. Bu özelliklerin belirlenmesinde, soyaçekim, merkezi sinir sisteminin genel yapısı, benlik gelişimi, çocuğun içinde bulunduğu aile ve ortam, halen içinde yaşadığı çevre ve bu çevrede üstlendiği rollerin yanında geçmiş yaşantısı ve geçirdiği ruhsal travmalar önemlidir. Bağımlı ebeveynler ile ya da bağımlı

davranışlarının kabul gördüğü çevre içinde büyüyen çocuklarda bağımlılık gelişme olasılığı normal popülasyona göre belirgin derecede farklılık göstermektedir. Alkol ve madde kullanmayan ailelerde de baskılı ya da gevşek, tutarsız eğitim biçimi, aile içindeki iletişim bozukluğu, duygu alışverişinin olmaması, diğer sağlıklı aile yapıları, çocuğun aileden uzaklaşması alkol ve madde ile tanışmasını kolaylaştırır. Oluşan bazı kişilik bozuklukları madde bağımlılığı riskini arttırabilmektedir. Özellikle antisosyal, borderline, paranoid tipteki kişilik bozukluklarında saldırganlık, şiddet, alkol ve madde kullanmaya ve bağımlılık geliştirmeye yatkınlık gözlenebilir. Bağımlı kişilerde bir genelleme yapmak gerekirse güvensizlik, bencillik, kolay yalan söyleyebilme, tahammül eşiğinde düşüklük, sabırsızlık, kendine sıkıntı verebilecek durumlara dayanamama, riskli davranışları göze alma, plansız eylemler yapma, kişiler arası ilişkilerde sık sorun yaşama gibi ortak özellikler bulunabilir (7).

Alkol ve madde kullanan bireylerdeki bir diğer önemli farklılık ise yaşadıkları stres verici olaylardır. Hatta birçok hasta, alkol veya madde kullanımına gerekçe olarak bu sebepleri gösterir. Gerçekten de yapılan birçok çalışmada çocukluk çağı travmaları veya stresli yaşam olaylarının alkol ve madde kullanımını ile beraber birçok psikiyatrik bozukluğa yol açtığı bilinmektedir (8, 9, 10). Görüldüğü üzere çocukluk çağı travmaları aşikâr olsun olmasın çocukluk çağında ve erişkinlikte birçok patolojiye yol açmaktadır. Bu nedenle klinisyenlerin hastayı anlamada ve tedavi etmede mutlak sorgulaması gereken konulardan biridir. Hastaların kesitsel değerlendirilmesi sırasında atlanabilecek bir takım olaylar sorunun ana sebebini oluşturuyor olabilir. Aynı şekilde yakın

zamanda gelişen stres verici olaylar da kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve kişiyi madde ve alkol kullanımına daha yatkın hale getirmektedir.(11) Sorun çözme becerileri düşük olan bireyler bu gibi olaylar karşısında kolayca alkol ve madde kullanımına yönelebilmektedir.(12)

Çalışmanın amacı alkol ve madde bağımlılarını sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma yöntemleri ve mizaç ve karakter açısından kendi aralarında ve bağımlı olmayan bireylerle karşılaştırarak; kendine özgü özellikleri belirlemek ve yeni yaklaşım biçimleri geliştirmeye ışık tutmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Alkol Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Psikiyatride psikoaktif madde, kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, duygulanım, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanabilir. Bunlar; esrar, eroin, kokain gibi reçete ile verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (etanol) gibi maddelerdir (13).

Alkol ve alkol dışı maddeleri kullanma alışkanlığı paleolitik çağa kadar uzanmaktadır. Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edilebilmektedir. Bu nedenle, hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Alkol, Arapça kökenli kühul kelimesinin başına belirtme olarak gelen el takısından oluşmuştur. İncil’de öldürmeden sonra tanımlanan sorunların başında gelir. Tufandan sonra Nuh, üzüm bağı yetiştirerek sarhoş olmuş ve oğlu Ham ile arasında sorun çıkmıştı. Bu, alkole bağlı bilinen sorunların ilk bilinen tanımıdır. Arpadan bira yapımı M.Ö 4000 yılından bu yana bilinmektedir. Papirüs üzerinde bununla ilgili yazılar ve resimler bulunmuştur. Şarabın elde ediliş ve satışını belirleyen ilk yasalar Babil kralı Hamurabi

tarafından yapılmıştır. Eski Roma ve Yunan döneminde şarap kutsal sayılmıştır ve Roma'da Bacchus, Atina'da Dionisos şarap tanrıları olarak anılmışlardır. Alkol bağımlılığı tarihin akışını da etkilemiş, Büyük İskender 33 yaşında aşırı alkol alımı sonucu ölmüştür. İtalya'da bağların büyük ölçüde yok edilmesinden sonra alkol bağımlılığı üst sınıfların ve imparatorların sorunu olmuş, Neron, Caligula, Cladius gibi imparatorlar bunu yaşamışlardır (14). Aynı çağlarda alkol kullanımını kanunlarla yasaklayan kültürler de vardır. Örneğin, Atina'da rahatlıkla kullanılıp Dionysos adına şöenler düzenlenirken, Sparta'da Solon'un koymuş olduğu kanunlarla yasaklanmış, sarhoşlar sokakta teşhir edilmiş, alkollü iken suç işleyenler idam cezasına çarptırılmıştır. Bu tepkiler zaman zaman birçok toplumda görülmüştür.

İlkçağ dinleri alkolü yasaklamış, dinsel törenlerde içilmesini özendirmiştir. Musevilikte, Hristiyanlıkta sarhoş olunmayacak düzeyde alkol alınması serbest bırakılmıştır. İslamiyet alkole karşı önce esnek davranmış, sonra alkole bağlı sorunlar nedeniyle yasaklamıştır. Gerçekte, kişiye ve topluma zarar vermeyecek derecede alkol alınmasına dün olduğu gibi günümüzde de esnek davranılmakta ve önemli kısıtlamalara gerek görülmemektedir (13).

Orta çağda, Avrupalılar Araplardan gelişmiş damıtma tekniklerini almış ve şarap yapımı manastırların egemenliğine geçmiştir. Bu durum, din adamları arasında alkolizmin artmasına yol açmıştır. Damıtma teknolojisinin daha da gelişmesiyle 18. yy Avrupa'sında aşağı sınıf arasında alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yy'da Amerika'da zirveye ulaşmıştır. En son olarak 1878'de

Kanada'da, 1919- 1934 yılları arasında Amerika'da alkollü içkilerin üretimi ve tüketimi yasaklanmıştır. Osmanlı padişahları arasında IV. Murat döneminde, alkol, afyon, tütün yasaklanmış, içenlere ölüm dahil çok ağır cezalar verilmiştir.

1700'lerde Dr. Benjamin Rush (1790) aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış, tedavisini de alkolden tamamen uzak durmak olarak belirlemiştir. 1849'da İsveçli doktor, Magnuss Huss ilk kez "alkolizm" terimini kullanmıştır. 20.yy'da psikanalitik görüşün yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir belirtisi olarak kabul edilmiş, 2. Dünya Savaşından sonra alkol kullanımının farklı kültürlerde farklı dereceler göstermesi, alkolizmin köklerinin sosyal davranış örüntülerinde olduğunun kanıtı olarak ele alınmıştır.

Bugün alkolizm; kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikoanalitik dinamikler, psikososyal etkenler, aile sistemlerine yönelik ele alınmasının yanı sıra, alkolün psikofarmakolojisi, genetik yapı, biyolojik yatkınlık, psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi birçok yönden de ele alınmaktadır (14).

2.1.2 Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkol doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan organik bileşiktir. Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Etanolün kimyasal formülü CH_3-CH_2-OH 'dir. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu ortaya çıkar. Kalori değeri yüksektir, 1g alkol 7 kalori sağlar (15).

Alınan alkolün yaklaşık olarak %10'u mideden, kalanı da ince bağırsaktan emilir. İnce bağırsak aynı zamanda B vitaminlerinin de emilim bölgesidir. Etanol suda kolay çözünbildiği için hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır. Yağda çözünürlüğü de orta derecede olduğundan hücre zarlarını etkiler. En üst kan alkol düzeyine genellikle 45-60 dakikada ulaşılır. Bu düzeye ulaşma midenin boş olmasına veya bereberinde yemekle alınmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Midenin boş olması emilimi hızlandırır. Ayrıca alkolün hızlı alımı da üst düzeye ulaşma zamanını kısaltır.

Değişik alkollü içecekler değişik düzeyde etanol içerirler. Ancak ortalama olarak bir bardak şarap 10-12 g, bir bardak sert içki 28 g etanol içerir. 70 kg ağırlığında ve ortalama yağ kitlesine sahip bir kişide bir bardak içki kan alkol düzeyini yaklaşık olarak 15-20 mg/dl artırır (16). Emilen alkolün %90'ı karaciğerden oksidasyonla, geri kalanı ise değişmemiş halde akciğerlerden ve böbreklerden metabolize edilir. Vücut yaklaşık olarak saatte 15mg/dl alkolü metabolize eder. Fazla alkol alım öyküsü olan hastalarda gerekli enzimlerin upregulasyonu alkolün hızlı metabolizasyonu ile sonuçlanır (17).

Alkol iki enzimle metabolize edilir; bu enzimler alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenazdır. Alkol dehidrogenaz alkolün toksik bir bileşen olan asetaldehide dönüşümünü katalize ederken, aldehid dehidrogenaz asetaldehidin asetik asite dönüşümünü katalize eder. Alkolle ilişkili bozukluklarda bir tedavi yöntemi olan disülfiram, aldehid dehidrogenaz enzimini inhibe eder. Bazı çalışmalar kadınların daha düşük alkol dehidrogenaza sahip olduğunu, bu nedenle

erkeklerle kıyaslandığında aynı miktar alkolle daha fazla zehirlenme durumuna geldiklerini göstermiştir. Ayrıca alkolü metabolize eden enzimlerin azalmış etkilerinden dolayı bazı Asya'lı insanlarda daha kolay zehirlenme ve toksik belirtiler izlenebilmektedir.

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

Davranışsal etkilerine bakıldığında; aralarında bir derece çapraz tolerans ve çapraz bağımlılık olan barbituratlar ve benzodiazepinler gibi alkolün de moleküler etkilerinin sonucu olarak depresan aktivitesi mevcuttur. Kanda %0,05' lik alkol ile düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozulur. Yüzde 0.1'

de, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal alır. Birçok bölgede yasal zehirlenme düzeyleri % 0,1 ila % 0,15 arasındadır. Yüzde 0,2 düzeyinde beynin tüm motor alan fonksiyonları deprese olur, hatta duygusal davranışları kontrol eden alanlarda da etkilenme başlar. Yüzde 0,3 düzeyinde kişi büyük olasılıkla tamamen konfüze veya stuporda, 0,4-0,5 yüzdelerinde ise komadadır. Daha yüksek düzeylerde beynin nefes alma, kalp atımının kontrolü gibi temel işlevleri etkileneceği için ölümlerle karşılaşılır. Uzun dönem alkol kullanan kişiler, daha yüksek düzeyleri tolere edebilir, onların bu alkol toleransı, görünümde gerçekte olduklarından daha az entoksike hal de gösterebilir. Alkolün uyku üzerine etkilerine bakıldığı zaman, akşamları alınan alkolün uykuya geçişi kısaltması söz konusu iken, alkolün uyku yapısı üzerine yan etkilerinin olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımı REM ve derin uyku olan Non-REM 4. evreyi kısaltmakla beraber uyku bölünmesini artırır ve daha sık ve daha uzun uyanıklıklara neden olur. Alkolün diğer fizyolojik etkilerine bakıldığında; alkolün majör zararlı etkisinin karaciğerle ilişkili olduğu görülür. Artan alkol kullanımı karaciğerde yağ ve protein birikimine dolayısı ile yağlı karaciğer görünümüne neden olur. Ayrıca alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi bilinmektedir. Uzun dönem ağır içicilik; özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimi ile ilişkilidir. Özofajial varislerin gelişimi de ağır alkol kullanımına eşlik eder ki, bu varislerin rüptürü ölümcüldür. İnce bağırsak hastalıkları da ara sıra gelişebilmekte ayrıca pankreatik yetmezlik, pankreatit, pankreas kanseri de eşlik edebilmektedir. Ağır alkol kullanımı, besin sindirimini etkileyebilir. Alkol kullanımı sonucu bağırsaktan amino asit ve vitaminler gibi besinlerin emilimi inhibe olur. Bu etki

alkolle ilişkili bozukluğu olan kişilerin zayıf beslenme alışkanlıkları ile beraber olunca özellikle B vitamini olmak üzere ciddi vitamin eksiklikleri görülebilmektedir. Önemli miktarlarda alkol alımı; artmış kan basıncı, lipoproteinler ve trigliseridlerin disregülasyonu, artmış myokardial enfarkt ve serebrovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Kanıtlar göstermektedir ki alkol kullanımının hemapoetik sistem üzerine de yan etkileri bulunmaktadır; bu nedenle özellikle baş, boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon ve akciğer kanseri insidansı artmaktadır. Akut intoksikasyonda hipoglisemi olabilmekte, atlandığı zaman ölümler görülebilmektedir. Kas güçsüzlüğü alkol kullanımının yan etkilerindendir. Son kanıtlar alkol alımının, kadınlarda östrodiolün kan düzeyini arttırdığını göstermektedir. Östrodiolün artışı kan alkol düzeyiyle paraleldir. Alkolün yan etkileri bazı laboratuvar tetkiklerinde açık bir şekilde gözlenebilmektedir. Alkolle ilişkili bozuklukların kadınlarda daha çok olmak üzere, yaklaşık olarak %80’inde gama glutamil peptidaz, %60’ında da MCV yüksek tespit edilmektedir. Alkol kötüye kullanımı ile ilişkili diğer laboratuvar testleri ürik asit, trigliserid, serum glutamic-oxaloasetic transaminaz ve serum glutamic-pyruvic transaminaz olarak sayılabilir.

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

mekanizması için alkol ile yarışır ve bu maddelerin potansiyel toksik etkilerinde artış olur. Alkol ve diğer merkezi sinir sistemi depresanlarının etkileri sinerjistikdir. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişilerde sedatif hipnotikler, ağrı, hareket hastalıkları, soğuk algınlığı ve allerjide verilen ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır (16).

2.1.3 Alkol Bağımlılığının Tanımı

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

Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan kişi alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozulma yaşar. Bu alanlardaki yasal zorluklar; aşırı miktarda alınma durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya arkadaşlar ile tartışmalar, alkollü iken sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle tutuklanmalar şeklinde olabilir (16).

Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış fakat hiç biri bu kavramı yeterince açıklayamamıştır. Bazı araştırmacılar tarafından kalıtımı veya biyolojik etkenleri ön plana çıkarmış, bir kısmı ise biyopsikososyal etkenlerin belirleyici olduğu üzerinde durmuşlardır. Fakat biyopsikososyal bir bütün olarak insanı anlamak, değerlendirmek ve onun çok yönlü yapısının alkol kullanımı ile ilişkilerini sağlam verilere dayanarak ortaya koymak pek o kadar kolay olmamıştır. Alkol bağımlılığı olgusunu tartışan modellerin hiç biri, tek başına alkol bağımlılığını tam olarak tanımlamayı başaramamıştır (18).

Başta batı toplumları olmak üzere; bütün dünyada yaygın bir biçimde tüketilen alkole bağlı “normal içiciliğin” nerede bittiği, “bağımlılığın” nerede başladığı konusu tanı koymada en kritik noktadır. Esas olarak kullandığımız tanısal sınıflandırma sistemleri ne kadar iyi olursa olsun, mutlaka yetersiz noktaların bulunduğu ve yanlış pozitif ve yanlış negatif değerlendirmelerin önlenemediği bilinen bir durumdur (19)

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV’e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (20):

Alkol bağımlılığı

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

1)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

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

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

2)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a)Alkole özgü yoksunluk sendromu

b)Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı

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

4)Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da 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 bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

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

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

2.1.4 Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar toplumları oluşturan bireylerin %90'nının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (22). A.B.D de alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için %10, kadınlar içinse %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %3-5, erkeklerde %10,0; alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %10, erkeklerde %20 bulunmuştur. Alkol bağımlılığı 12 aylık yaygınlığı erkeklerde %11,9, kadınlarda %2,16 olarak bulunmuştur. Etkin bağımlılık ya da kötüye kullanım oranı o sırada alkol almakta olan bağımlı ve kötüye kullanımı olanları göstermektedir. ABD'de yetişkin nüfusta etkin alkol bağımlılığı % 4, etkin kötü kullanımı olanlar % 3 olarak bulunmuştur (25). Birçok ülkede aynı yöntemle yapılmış bir anket araştırması olan ESPAD (Avrupa Alkol Madde Okul Projesi) çalışmasında ülkeler

karşılaştırılmış, alkol kullanımının Danimarka, İngiltere ve Polonya'da çok yüksek olduğu, ülkemizde ise düşük olduğu gözlenmiştir (26).

Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Ülkemizde alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır. Örnek olarak Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide alkol kullanım yaygınlığı % 14,1, alkol bağımlılığı % 0. 9 olarak bulunmuştur (23). İstanbul'da 1997 yılında 12 -65 yaş arası 1550 kişilik İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı % 33. 5, araştırma yapıldığı sıradaki alkol kullanım yaygınlığı % 25. 6 (erkeklerde % 34,5, kadınlarda %15. 9) olarak bildirilmiştir (24). Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir (23). Türkcan ve arkadaşlarının (1999) İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (24). Yine İstanbul'da 2000 yılında 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 54. 7 (erkeklerde % 73. 4, kadınlarda % 35. 0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımı erkeklerde % 17. 9, kadınlarda % 2,3 olarak bulunmuştur, alkol yoksunluğu yaşayanların oranı ise %1'dir (26). Dünya Sağlık Araştırması'na göre 2003 yılında Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11152 kişiyi içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı % 91. 6'dır (27).

2.2 Madde hakkında genel bilgiler

2.2.1 Uyuşturucu Maddenin Tanımı

Yunanca "narke", "uyku" kelimesinden gelen kelime, uyuşturucu etkisi bulunan ve kişide alışkanlık yaratan maddeler için kullanılmaktadır (28). Bir maddenin uyuşturucu madde sayılıp sayılmayacağı söz konusu olduğunda kişide alışkanlık yaratması önemli kriterlerden biri olmaktadır. Ayrıca o maddenin uyarıcı, keyif verici, hayal doğurucu, tahrik ve sarhoş edici olup olmadığına, insan irade ve muhakemesini ortadan kaldırıp kaldırmadığına da bakılarak karar verilmektedir (29).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise; önüne geçilemez gereksinme yahut arzu, kullanılan miktarı arttırma eğilimi, ruhsal, fiziksel bağımlılık hali yaratan maddeleri uyuşturucu madde kavramı içine almaktadır (30). Bu ölçülerden başka herhangi bir maddenin uyuşturucu madde olarak değerlendirilmesi için;

1. Uluslararası anlaşmalara bağlı olan listelerde böyle bir maddenin tayin ve ilan edilmiş olması,
2. Söz konusu maddenin toksik etkisinin bulunması,
3. Gittikçe artan miktarlarda kullanılması için eğilim duyulması,
4. Kullanılması halinde fiziki, psikolojik ya da her iki şekilde bağımlılık yapması, kesilmesi halinde ise bazı yoksunluk belirtilerini ortaya çıkarması gerekir (28).

Uyuşturucu maddelere karşı kişide iki tür bağımlılık gelişebilir. Bunlardan ilki: "fiziksel bağımlılık" ve vücudun maddeye karşı yeni bir denge oluşturduğu ve alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri görülen fizyolojik durum olarak tanımlanır, çoğu zaman psikolojik belirtiler bu duruma eşlik eder. Diğeri ise "psikolojik bağımlılık" olarak adlandırılır ve maddeyi almaya devam etme arayışı ile kendini gösterir. Tütün, morfin ve kokain güçlü psikolojik bağımlılık yapan maddelerdendir (31).

Kimyasal yapıları nedeniyle alışkanlık veya bağımlılık yapan; bedensel, ruhsal, toplumsal ve adli alanda sorunlara yol açan uyuşturucu ve uyarıcı ilaç ve maddeler, öncelikle merkezi sinir sistemini etkileyerek kullanan kişinin algı, bellek, dikkat, düşünce gibi zihinsel işlevlerini, duygu ve davranışını değiştirir. Ancak benzeri etkiler yapmasına karşın tıpta tedavi amacıyla kullanılan ve değişik nedenlerle kişinin bozulmuş davranışını düzelten ilaçlar da vardır. Bu nedenle tıpta tedavi maksadı ile kullanılan benzer maddelere "ilaç" denilirken kullanan kişinin normal davranışını bozan ve tedavi maksatlı alınmayanlara ise "madde" denilmiştir (30). Bu ayrım sayesinde ilaçların madde sınıfından çıkarılması yolu ile tanımlamadaki sorunlardan biri de ortadan kaldırılmış olmaktadır.

2.2.2 Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması

Uyuşturucu maddeler ya da narkotikler, farmakolojik özellikleri nedeniyle merkezi sinir sisteminde bir uyuşukluk meydana getiren birçoğu ağrı giderici, kişide ruhsal ve fiziksel bağımlılık oluşturan maddelerdir. Bunlardan en önemlileri; afyon, morfin, eroin, esrar, marihuana, kokain, amfetaminler,

sedatifler, hipnotikler ile yapıştırıcı ve çözücülerdir (32). Afyon ise bilinen en eski uyuşturucudur. 1805 yılında aktif maddesi olan morfin bulunmuştur. Afyon, haşhaş bitkisinin kozasından türetilir. Yutularak veya fitil şeklinde (rektal yoldan) ya da sigara ve çubukla içilerek kullanılır. Eroin, afyondan elde edilir. Önceleri bağımlılık yapmadığı sanılmış, ancak daha sonra bu özelliğinin saptanmasıyla yasaklanmıştır. Beyaz toz halinde bulunan şekli yaygın kullanım alanı bulmuştur. Kelime anlamı "etkisi yüksek ve güçlü" anlamına gelen "heroin" sözcüğü Türkçeye "eroïn" olarak geçmiştir. İngilizcede "heroic", "Fransızcada "heroique" sözcükleri "cesur, kahramanca, soylu" anlamlarını içermektedir ve bu sözcükler zamanla "eroïn" sözcüğüne dönüşmüştür. Eroïn ilk olarak 1898 yılında Almanya'da kimyacı Dreser tarafından sentezlenip elde edilmiştir.

A. Opiyatlar:

Opiyatlar grubunda; opium, morfin, kodein gibi doğal maddeler, eroïn, hidromorfin, oksikodon gibi küçük kimyasal değişikliklerle elde edilen yarı sentetik maddeler ve propoksifen, meperidin gibi sentetik analjezikler yer almaktadır. Bütün bu maddelerin metabolizmaları benzer olup, karaciğerde metabolize olmakta ve metabolitler idrar ve safra ile atılmaktadır. Atılımın %90'ından fazlası ilk 24 saatte olmakta, ancak metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha fazla görülebilmektedir. Çok uzun etkili bir madde olan metadon bu kurala uymamaktadır.

Opiyatlar gastrointestinal sistemden, nazal mukozadan ve akciğerden hızla emilirler. Parenteral uygulamada da kan düzeyi hızla yükselir, alınan doza bağlı

olarak intoksikasyon oluşabilir. En yüksek plazma düzeyine 30 dakikada ulaşır, ardından vücut dokularında yoğunlaşır. Bir bölümü ise kan beyin engelini aşar. Plazma düzeyi ile intoksikasyon derinliği doğrudan orantılıdır.

Opiyatlar seçici olarak özgül nöronal reseptörlere bağlanır. Bu reseptörler beyinde ve bağırsaklarda bulunur. Bu opiyat reseptörleri büyük olasılıkla doğal opioid peptidlerin (enkefalinler, dinorfin ve endorfin) etkisine aracılık ederler. Şimdiye kadar belirlenmiş olan reseptör alt tipleri ise Mu, Kappa, Sigma, Delta reseptörleridir. Opiyatların başlıca etkileri; analjezi, duygudurumda değişiklik, sedasyon ve yüksek dozlarda santral sinir sistemini (SSS) baskılamasıdır. Opiyatların SSS'ni baskılamaları sonucu zihinsel işlevlerde azalma ve solunum depresyonu olur. Opiyatlar özellikle damar yoluyla alındığında akut olarak yüksek düzeyde haz verici etki yaratır. Vücutta ısınma ve sıcaklık hissini, öfori ve canlı rüya benzeri yaşantılar izler. Bağırsak hareketlerini azaltarak kabızlığa ve pupillerde küçülmeye (myozis) yol açar. Aşırı dozdan ölümler genellikle solunumun baskılanmasına bağlıdır.

Opiyat yoksunluğunda klinik belirtiler anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, uykusuzluk, kaslarda ağrı, pupilla genişlemesi (midriazis), piloereksiyon, tremor, bulantı, kusma ve ishaldir. Opiyat yoksunluğunda da belirtilerin şiddeti noradrenerjik aktivite düzeyi ile doğru orantılıdır. Bu bulgular, klonidin gibi, bazı alfa 2 adrenerjik reseptör agonistlerinin opiyat yoksunluk belirtilerinin tedavisinde kullanılmasına neden

olmuştur (33). Opiyatlara karşı fiziksel bağımlılık hızla gelişir. En şiddetli bağımlılık yapan opium türevi eroindir.

B. İnhalanlar:

En yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler; yapıştırıcılar, boya, tiner, temizleme solüsyonları, aseton, çakmak gazları ve aerosollerdir. İnhalasyon yolu ile kullanılan tinerin içinde birçok madde vardır. Bu maddeler esterler, n-hekzan, eter, etil asetat, isobütil metil keton, isopropil alkol ketonlarıdır. Bütün bu ürünlerin ana molekülleri aromatik hidrokarbonlardan oluşur (34). Toluen birçok yapıştırıcıda esas maddedir. İn hale edilen maddenin yaklaşık 2/5'i akciğerlerden değişmeden atılır. Asıl metabolizma yeri ise karaciğerdir. Uçucu maddeler, kullanımdan sonra 4-6 saat içinde kanda saptanabilirler. MSS depresanlarına benzedikleri ve gamaaminobütirik asit (GABA) sistemini yükselttikleri düşünülmektedir. İnhalasyona bağlı etkiler, kullanım sonrası, ani bir şekilde ortaya çıkar. Bu etkilerin ortaya çıkabilmesi için 1-2 nefes çekmek yeterlidir. Öfori, baş dönmesi, uyuşukluk, ağırlık hissi ve disosiyasyon yaşanır. Taşkın davranışlar, canlılık hali, disinhibisyon, anlaşılmayan konuşmalar, muhakeme bozuklukları ve algısal çarpıtmalar da olabilir.

Son zamanlarda artan yaygın kullanım nedenlerini, arkadaş etkisi, ucuzluğu, kolay bulunmaları ve hızlı mizaç yükseltici etkilerinde aramak gerekir. Hızla geçen bir iyilik haline neden olurlar. Kullananlar psikolojik ve fiziksel yönden etkilenirler. Gazyağı ve tiner yüksek derecede toksik olup, organlara zarar

verirler. İnhalan kötüye kullanımı, ani kalp durması, asfiksi ve kazalara neden olur (35).

C. Kannabis:

Birçok araştırmaya göre kannabis dünyanın en sık kötüye kullanılan maddesidir. Tüm Dünya’ da yaklaşık 200-300 milyon kişi tarafından kullanıldığı tahmin edilmektedir. Kannabis sativa bitkisinden elde edilen altmışın üstünde kanabinoid madde vardır. Bunların içinde 9-tetrahidrocanabinol (THC) psikoaktif etkilerden sorumludur. THC yağda çözülür ve inhalasyon sonrası süratle absorbe olur. Proteinlere yüksek afinitesi vardır. 2/3’ü karaciğerde metabolize olurken kalan 1/3’ü böbrek yolları ile atılır. Kanabinoidler SSS de adenilat siklaz aktivitesini inhibe ederler. SSS üzerindeki etkileri bu özelliklerine bağlıdır. Kannabisin inhale edildikten sonra bir dakikadan kısa sürede etkisi başlar. Dış uyaranlara karşı duyarlılığı arttırır, renklerin daha parlak ve zengin görülmesini sağlar ve zaman akış algılamasını yavaşlatır. Kannabisin barbiturat benzeri antikonvülsan etkisinin yanında analjezi, hipotermi, konstipasyon ve artmış katekolamin üretimi gibi opioid benzeri etkileri de vardır.

D. Kokain:

Erythroxilon coca bitkisinin yapraklarından elde edilir. Oral, damar yoluyla ve burundan kullanılabilir. Burun yoluyla kullanıldığında bukkal membranlardan, nefes yoluyla kullanıldığında ise pulmoner alveollerden absorbe olur. Plazma yarı ömrü 30-90 dakika arasında değişir. Plazma psödokolinesteraz ve karaciğer esterazları tarafından inaktif metabolitlere hidrolize olur. SSS’de

mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemleri aktive eder. Dopamin taşıyıcı mekanizmayı işgal ederek salgılanan dopaminin geri alımını inhibe eder. Bunun neticesinde uyanıklık, iyi olma duygusu ve öfori yaratır. Açlık duygusu ve uyku ihtiyacı azalır. Yorgunluğun neden olduğu performans bozuklukları ortadan kalkar. Kokain aynı zamanda şüphecilik, paranoya ve paranoid şizofreniden ayırt edilemeyen psikoza neden olabilir. Kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri ise taşikardi, kardiak aritmiler, yüksek kan basıncı gibi toksisite ile sonuçlanabilir.

E. Halüsinojenler:

Bu grupta liserjik asid dietilamid (LSD), fenil alkil aminler, indoller ve piperidil benzilat esterler yer alır. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde kullanımı yaygınlaşan ekstazi de bunların arasındadır. Etkin kimyasal maddesi 5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin (MDMA) dir. Dopamin ve diğer nörotransmitterleride etkilemesine rağmen ana etki mekanizması postsinaptik serotonin (5-hidroksitriptamin) tip 2 (5-HT₂) reseptöründe agonist etkilerinden oluşur. Karaciğerde hidroksilasyon ve konjugasyon ile metabolize olur. Ekstazinin stimulan etkileri 30 dakikada doruk noktaya ulaşır ve iyi olma duygusu, öfori ve kendine güven ile başlar. Daha sonra renklerde parlaklık, şekil değişiklikleri, zaman kavramının ortadan kalkması, yanıp sönen ışıkların görülmesi, tanıdık objelerin fantastik şekiller alması gibi algısal bozukluklar eşlik etmeye başlar. Ekstazi; hipertansiyon, taşikardi ve hipertermiye de neden olabilir. Toksik dozlarda koma, hiperpireksi, disemine intravasküler koagülopati ve akut böbrek yetmezliği görülmektedir.

F. Sedatif- Hipnotik- Anksiyolitikler:

Bu grupta benzodiazepinler ve benzodiazepin reseptör agonistleri, barbituratlar, meprobamat, kloralhidrat, glutetimid ve metakualon gibi çeşitli sedatif hipnotikler yer alır. Çoğu karaciğerde oral alındıktan sonra hepatik oksidasyon yolu ile biyotransformasyona uğrar. Genellikle de aktif metabolitleri vardır. Barbituratlar, benzodiazepinler ve agonistleri primer etkilerini gama-aminobutirik asit (GABA) tip A reseptör kompleksi üzerinden gösterirler. Çoğunun SSS üzerinde doza bağlı doğrudan depresan etkisi vardır. Epilepsi eşiğini yükseltirler, beyin dalgalarının frekans ve aktivitelerini arttırırlar. Plazma en yüksek düzeyine oral alındıktan bir saat sonra ulaşılır. Kısa süreli gevşeme ve öfori dönemi ile birlikte cinsel aktivitede artış gözlenir. Daha sonra koordinasyon bozukluğu, düşünme ve bellekte zorluklar, cinsel ve agresif dürtülerde disinhibisyon ve emosyonel labilite eklenir. Yüksek dozda benzodiazepinler barbituratlara göre daha emniyetlidir. Sedatif- hipnotik ve anksiyolitiklerin toksik dozunda nistagmus, diplopi, strabismus, ataksik yürüyüş, hipotoni, konfüzyon ve vital bulguların baskılanması ortaya çıkar.

2.2.3 Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığının temel özelliği maddenin zarar verici etkilerine rağmen kişi tarafından madde alımının kontrol edilemediğini gösteren bilişsel, davranışsal bozuklukların ve fizyolojik belirtilerin varlığıdır. Bağımlılık belirtileri birçok kişi için benzerlik göstermesine rağmen bazı maddeler için belirtiler daha hafiftir. Madde bağımlılığında görülen önemli unsurlardan biri toleranstır.

Tolerans, bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek daha yüksek dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır. Metabolik ve farmakodinamik nedenlere bağlıdır. Maddenin metabolize olma ve karaciğerde yıkım hızındaki değişiklikler, santral sinir sisteminde maddenin etki ettiği hedef hücrelerin işlev ve tepkilerindeki değişimlere bağlıdır. Bir maddenin bir etkisine karşı tolerans gelişirken, diğer bazı etkilere karşı tolerans gelişmeyebilir. Belli bir maddeye karşı tolerans gelişmişse, aynı gruptaki diğer maddelere karşı da çapraz tolerans oluşabilmektedir. Tolerans derecesi maddelere göre değişiklikler gösterir. Yoğun şekilde eroin, kokain, amfetamin kullanan kişiler, kullanmayanlar için öldürücü olabilecek dozların 10 katı dozlara tolerans geliştirebilmektedir (36).

Madde kullanımının sürdürülmesine yol açan unsurlardan biri de yoksunluk belirtileridir. Yoksunluk, uzun süre yoğun madde kullanan kişilerde kan ve dokularda madde yoğunluğu düştüğü zaman ortaya çıkan fizyolojik ve bilişsel belirtilerle birlikte görülen davranış bozukluklarıdır. Kişi yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için veya belirtileri düzeltmek için madde almaya yönelir, tipik olarak uyanır uyanmaz tekrar madde alıp, gün boyu kullanmayı sürdürür. Kullanılan maddenin cinsine göre yoksunluk belirtileri ve belirtilerin şiddeti de değişir. Alkol, opiyatlar, sedatif- hipnotikler, anksiyolitikler için belirgin yoksunluk belirtileri vardır. Nikotin, amfetamin ve kokain için yoksunluk belirtileri daha silik düzeydedir. Tolerans ve yoksunluk, madde kullanımını kısır döngü oluşturarak arttırır. Yoksunluk belirtilerini yatıştırmak ve tolerans nedeniyle madde kullanımı süre, sıklık ve miktar bakımından arttıķa fiziksel bağımlılık şiddeti de artmaktadır. Madde bağımlılığı olan bireylerde madde

amaçlanandan fazla miktar ve sürelerde alınır, madde kesme girişimleri vardır ancak genelde başarısızlıkla sonuçlanır. Kişi zamanının çoğunu maddeyi bulmak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çabalamakla geçirir. Toplumsal ilişkiler bozulur. İşlevselliğindeki düşmeye bağlı, işini yapamama, işe gidememe sorunları bazen iş kayıplarına yol açar.

DSM-IV'e göre Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri(37)

A- Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans,
2. Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma,
3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması,
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma,
5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama,
6. Kişinin günlük işlevlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getiremememe,

7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma.

2.2.4 Madde Kullanımının Nörobiyolojisi

Bağımlılıkta çalışılan alanlar son yıllarda daha çok nöral devreler ve moleküler biyoloji üzerine yoğunlaşmıştır. Nöral devrelerde daha çok pekiştirici etkinin nörobiyolojik alt yapısı yani maddenin ilk etki yeri (reseptör, geri alım) ve etkilenen nöral devreler (mezokortikolimbik dopamin sistemi ve endojen opioid sistemi) incelenmiştir. Bu yüzyılın başlarında ise bağımlılıkta dopaminerjik etkinlikte azalma tespit edilmiştir.

Son zamanlarda üç yeni alan olan frontal korteks işlevlerinde eksiklik, nöral devrelerde, relapsa karşı uzun süreli bir yatkınlığa sebep olan değişimler, uzun süreli nöroadaptif değişimlerde rol oynayan nondopaminerjik sistemler üzerine çalışmalar yapılmaktadır.

Bağımlılığın moleküler biyolojisinde opiyat etkisi ve endojen opiyat sistemi üzerinde çalışmalar mevcuttur. Madde kullanımında amigdala, nükleus accumbens ve prefrontal korteksin etkileri büyüktür. Genel hatları ile kokain, amfetamin ve nikotin mezolimbik dopamin sistemi üzerinden, opioidler, alkol ve esrar opioid peptidler, GABA ve endokannabinoidler üzerinden ve medial noradrenalin yolağı ve amigdalanın santral çekirdeğı üzerinden etki gösterirler (38).

2.2.5 Madde Kullanımı İle İlgili Bazı Faktörler

Madde kullanmaya başlama ve bağımlılık gelişmesi değişik disiplinler tarafından incelenmiş ve olayın toplumsal, ruhsal, fizyolojik ve kültürel boyutları belirlenmeye çalışılmıştır. Kişiyi madde kullanımına iten nedenler çok etmenlidir. Bu etmenler arasında, aile yapısının, aile içi ilişkilerin, çocuğunun toplumsallaşması sürecinin, ailenin sosyoekonomik durumunun, kişinin çevresinde madde kullananların varlığının, maddenin elde edilebilme imkânının dışında, merak, teşvik ve yeni zevkleri tatma isteği sayılabilir (39).

İnsanlar psikoaktif madde kullanmaya birçok neden yüzünden başlar. Bunlar merak, bunaltılı duyguları giderme arzusu veya işlevselliği arttırmak için olabilir. Madde kullanımı kalıplarının gelişmesinde ve devamında psikobiyolojik ve farmakolojik etmenler daha önem kazansa bile madde kullanımının başlamasında birincil olarak toplumsal ve kültürel etkenler sorumludur. Sosyal tutumlar, arkadaş baskıları, maddenin bulunabilirliği; toplumsal olarak daha az reddedilen sigara, alkol ve son zamanlarda marihuana gibi maddelerin denenmesindeki ana belirleyicilerdir. Genel olarak, bu tür maddelerin kullanımı eroin gibi opioidlerin kullanımından önce gelir. Maddenin bulunabilirliği yalnızca kullanmaya başlamayı ve sürdürmeyi değil, tedavi sonrasında nüksü de etkileyebilir. Bir bölgede önemli sayıda madde kullanıcısı yerleştiğinde, deneme ve kullanmayı sürdürmeyi destekleyen bir alt kültür meydana gelir (40). Göçmenlerle yapılan bir çalışmada, kaynak kültürlerine oranla daha yüksek madde kullanımı gösteren bir ev sahibi toplumda uzun süre bulunanlarda

uyuşturucu kullanımı diğerlerine oranla daha yuşsek bulunmuştur (41). Çevresel etmenlerin madde kullanımına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; gelir düzeyi ile madde kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (42). Diğer bir çalışmada erkeklerin iş doyumunu ile madde kullanımı arasında negatif ilişki bulunmuştur (43). Tıp ğrencileriyle yapılan bir çalışmada; erkek cinsiyet, sınavlarda düşük performans, yakın arkadaşlarda madde kullanımı, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki aile gibi etmenler, madde kötüye kullanımın varlığıyla pozitif korelasyon gösteren sosyodemografik etmenler olarak bulunmuştur; buna karşılık dönem sırasında kaldıkları yer ve aile yapısının madde kötüye kullanımının gelişimine anlamlı bir katkısı olmadığı görülmüştür (44). Anne ve babası çalışan çocuklarla yapılan bir çalışmada, haftada 11 saat ve daha fazla yalnız kalan ve kendine bakan çocukların, yalnız kalmayıp bir yetişkinin bakımı ve gözetimi altında olanlara göre, madde kullanım riski iki kat daha fazla bulunmuştur. Uzun süre yalnız kalma ve kendine bakmanın, çocukta otonomi duygusu yaratarak kurallara daha kolay karşı çıkmayı sağladığı ve yalnız kaldığı sürelerde çocuğun arkadaş ve akran etkisine daha açık olduğu bildirilmiştir (45). 2002 yılında 19-25 yaş arası, 294 kişinin katılımıyla genç ergenlerde akranların madde kullanımına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada sigara, alkol, madde kullanımında yakın arkadaş gruplarının çok benzer özellikte kullanım alışkanlıkları olduğu bulunmuştur (55). Yapılan uzun süreli gözlemsel bir araştırmada arkadaş kültürünün madde kullanımına herhangi bir etkisinin olmadığını ortaya koymuşlardır. Bağımlı ebeveynler ile ya da bağımlı davranışlarının kabul gördüğü evre içinde büyüyen çocuklarda bağımlılık gelişme olasılığı normal topluma göre

belirgin derecede farklılık göstermektedir (52). Çok farklı metodolojik çalışmalar göstermiştir ki; genç toplumda aile madde kullanımının önlenmesinde ve riski azaltmada anahtar rolü oynamaktadır (53). Uyuşturucu madde kullanımı olan ailelerin çocuklarında daha fazla oranda uyuşturucu madde kullanımına rastlanmaktadır (50). Alkol ve madde kullanmayan ailelerde de baskılı ya da gevşek, tutarsız eğitim biçimi, aile içindeki iletişim bozukluğu, duygu alışverişinin olmaması, diğer sağlıksız aile yapıları, çocuğun aileden uzaklaşması ve madde kullanan alt kültürlerle tanışmasını kolaylaştırır (52). Diğer bir çalışmada otoriter anne ve babaya sahip çocuklarda alkol/madde kullanımı daha az bulunmuştur (54). 2004 yılında yaş ortalamaları 12,3 yaş olan 1826 ergenin katıldığı, ergenlikte akran ve aile desteğinin madde kullanımındaki rolünün araştırıldığı diğer bir çalışmada madde kullanımında akran desteğinin pozitif, aile desteğinin ters ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (56). Amerikan Madde Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı Ulusal Merkezi (National Center on Addiction and Substance Abuse: CASA) 1995 yılında 2000 yetişkin ve 400 ergende, 1996 yılında ise 1200 ergen ve 1166 ebeveynde madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığına yönelik Amerikan halkının görüşlerini saptama çalışması gerçekleştirmiştir. Araştırmalar madde kötüye kullanımı için en önemli risk etmenlerini yasadışı maddelere yakınlık ve kolay elde edebilirlik olarak ortaya koymuşlardır (58).

Madde kullanımının psikolojik etmenlerini gözden geçirirsek araştırmacılar madde kullananlarda, genelde, ya madde kullanımıyla hafifleyen özel tipte duygulanımda düzensizlik ve depresyonun ya da zevk arayışı ile belirli

bir dürtü kontrol bozukluğunun önemine vurgu yaparlar. Kişilikle ilgili epidemiyolojik çalışmalarda kanun dışı maddeleri kullanan kişiler, özellikle opioid kullananlar, bağımsızlığa daha fazla ve akademik başarıya daha az değer verme eğiliminde bulunmaktadır. Madde kullananlar norm dışı davranışlara daha hoşgörülüdürler ve oldukça önemli bir oranı ilk madde deneyimlerinden önce belirgin baş kaldırma belirtileri göstermişlerdir. Görünüşteki isyankârlık ve bağımsız olmak için zamanından önce gösterilen çabalara rağmen, madde kullanan kişiler yetişkinliklerine kadar aileleriyle yakın ilişkide ve onlara bağımlı kalırlar. Hem erkek hem de kadın bağımlılar maddeyi bırakma çabalarında kendilerine en çok aile üyelerinin veya eşlerinin yardımcı olacağına inanırlar (40). Geçmişinde fiziksel şiddete maruz kalan ergenlerin maddeyi, fiziksel istismarın etkilerini (düşük benlik değeri, depresyon, anksiyete) gidermenin bir yöntemi olarak kullanmalarının mümkün olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. (46). Alkol-madde kullanım bozuklukları için premorbid kişilik yapısı belirleyici etmendir. Bu maddeler cinsel istek, güvenlik duygusu ve özgüvenin sürdürülmesi gibi etkileriyle özgün biçimde yanıt gösterirler. Psikopatoloji ve madde kullanımı arasındaki nedensel ilişki belirsiz kalmakla birlikte tedavi edilen bağımlılarda ek ruhsal bozukluklara sıklıkla rastlanmaktadır. Yale Üniversitesi'ne bağlı bir programda tedavi gören opioid bağımlılarının %87'sinin, opioid bağımlılığına ek olarak, hayatlarının bir noktasında ruhsal bozukluk ölçütlerine uyduğu görülmüştür. En sık konulan tanılar duygudurum bozuklukları, alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik ve anksiyete bozuklukları olmuştur. Ayrıca yasal sınırlamalar ve aile baskılarına ek olarak, depresyonun tedaviye başvurmada önemli bir etken

olabileceği ileri sürülmüştür. 289 kokain kullanıcısıyla yapılan bir çalışmada duygudurum bozuklukları ve alkol bağımlılığı genellikle madde kötüye kullanımını takip ederken, anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik ve dikkat eksikliği bozukluğunun madde kötüye kullanımından önce geldiği bildirilmiştir (48). GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisinde 612 Antisosyal kişilik bozukluğu olgusuna eşlik eden yaşam boyu madde kullanım bozukluğu oranı %88,5 olup, yaşam boyu en sık kullanılan maddeler sırasıyla %96,7 esrar, %47,5 ekstazi (metilendioksimetamfetamin-MDMA) ve %34,2 inhalanlar şeklindeydi. Olguların en erken kullanmaya başladıkları (ortalama başlama yaşı: $13,2 \pm 1,8$ yıl) madde inhalanlar, en geç kullanmaya başladıkları (ortalama başlama yaşı: $18,5 \pm 2,9$ yıl ve $18,7 \pm 3,3$ yıl) madde ise sırasıyla eroin ve kokaindir. Madde kullanım bozukluğu ek tanısı alan olguların eğitim düzeyi, aylık gelirleri ve işe devam oranları madde kullanım bozukluğu öyküsü olmayanlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (49).

2.2.6 Uyuşturucu Maddelerin Kullanım Sıklığı

Dünyada takriben 50 milyonun üzerinde madde kullanıcısı mevcuttur ve aynı şekilde yetişkinlerin %12-15'inin kendilerine ve çevrelerine zarar verebilecek oranda alkol kullandığı belirlenmiştir. Alkol ve madde kullanımı neredeyse her alanda etkisini göstermekte hiçbir ülke ve hiçbir birey bunun dışında kalamamaktadır.

1997 yılında, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Denetimi Programı tarafından hazırlanan "Dünya Uyuşturucu Raporu"nda (The World Drug Report)

verilen bilgilere göre, son bir yıl içinde dünyada en az bir kez madde kullananların sayısı şöyledir:

Amfetaminler 30 milyon

Esrar 141 milyon

Kokain 13 milyon

Eroin 8 milyon

A.B.D. en yaygın uyuşturucu kullanımının olduğu ülke durumundadır. 1994 yılında yapılan çalışmada, 12,6 milyon Amerikalının madde kullandığı bildirilmiştir. Bu Amerika nüfusunun %6'sına denk düşmektedir. Ancak bu sayı bir önceki ay içerisinde en az bir kez madde kullananların sayısıdır. Genç nüfus ile yapılan çalışmalarda ise 18-28 yaş grubunda, hayatlarında en az bir kez madde deneyenlerin oranı % 28,3 olarak bulunmuştur. ABD'de 1991 ile 1992 yılları karşılaştırıldığında gençler arasında LSD ve esrar kullanımında artış, alkol kullanımında ise düşüş gözlenmektedir. A.B.D.'de 1,4 milyon kişinin kokain kullandığı bildirilmiştir. Bunun yanında en sık kullanılan bir diğer madde olan esrar ise giderek yasallaşma eğilimi taşımaktadır. ABD'de yetişkinlerin yüzde ellisinin hayatlarında en az bir kez esrar kullandığı düşünülecek olursa, yaygınlık hakkında bir fikir edinilebilir (59).

Avrupa ülkelerinden Hollanda'da, esrar alımını serbest bırakılmıştır. Hollanda bu yasallaşma akımının basını çekerek esrarı yasal olmayan madde kapsamından çıkarmış ve kendi kullanabileceği miktarlarda esrar

bulundurulmasına izin vermiştir. Öte yandan esrarı yasal bir madde kapsamına da almamıştır. Böylece yan yasallaştırma yolu ile bir tür deneme sürecine girmiştir. Bu uygulamadan sonra yapılan bir araştırmada esrar kullanma oranı 16-19 yaş grubu içinde % 23 olarak bulunmuştur. 20-24 yaş grubunda bu oran artmakta % 36'ya kadar çıkmaktadır. Bu oranlar yüksek gibi gözükse de, 1987 yılında 16-19 yaş grubunda esrar kullanma oranının % 25 olduğu göz önüne alındığında sonuç olarak esrarın serbest bırakılmasının kullanım oranlarını değiştirmedeği söylenebilir (60).

2001 yılında yapılan NHSDH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) verileri ABD’de 12 yaş ve üstü 16,6 milyon kişinin (%7,3) alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olduğuna; 2,4 milyon kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna; 3,2 milyon kişinin madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir. Yapılan birçok araştırmada madde kötüye kullanım ve bağımlılığının erkeklerde, kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Lise eğitimi tamamlamayanların üniversite mezunlarına göre daha fazla oranda madde bağımlılığı gösterdiği saptanmıştır (61). Son yıllarda bütün dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşı giderek düşmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşam boyu tütün kullanım yaygınlığı 8. sınıf öğrencileri arasında %40,5, 12. sınıf öğrencileri arasında ise %62,5 bulunmuştur. Son bir ay içinde alkol kullanım yaygınlığı küçük sınıflar için %21,5, daha büyük sınıflar için %49,8’dir. Yaşam boyu en az

bir kez esrar kullanımı için bu oranlar sırasıyla %20,4, %48,8, uçucu maddeler için %17,1 ve %13,0, eroin için %1,7 ve %1,8 olarak saptanmıştır (62).

1990 yılında İstanbul'da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada sedatif hipnotik kullanım oranı %15, uyarıcı ilaç kullananlar %2,6 ve esrar kullanımı olanlar %6 olarak bulunmuştur (63). 1995 yılında Sağlık bakanlığının 7 ilde yaptığı bir çalışmada alkol dışı madde kullanım oranı %3,5 olarak bulunmuştur (64). Bir diğer çok merkezli araştırmada, 6800 öğrenciye uygulanan anket taramasında lise öğrencilerinin %4,2'si en az bir kez madde kullandığı saptanmıştır. En sık kullanılan madde esrar olarak belirtilmektedir (65). Türkiye genelinde 15 ilde 1998 yılında 15-17 yaş grubundaki 20.000 öğrenci arasında yaşam boyu tütün kullanımı % 63,9, son bir ay içinde alkol kullanımı % 17,3, yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranı %26,6, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3,6, uçucu madde kullanımı %8,6, eroin kullanımı %1,6, kokain kullanımı %1,4, benzodiazepin kullanımı %3,3 olarak saptanmıştır (66).

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.1 Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikiyatrik Yönü

Travma canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ve fiziksel travma yaratan olaylar şöyle sıralanabilir:

Savaşlar, çatışmalar,

Resmi görevliler tarafından uygulanan şiddet,

Silahlı grupların uyguladıkları şiddet,

Politik nedenli şiddet, işkence,

Politik olmayan nedenlerle şiddet, işkence,

Aile içi özellikle çocuklara ve kadınlara yönelik şiddet,

Aile içi veya dışı cinsel saldırı ve suistimaller,

Bireylerin/grupların hasımlarına uyguladıkları şiddet,

Topluluklara uygulanan baskı ve şiddet,

Trafik kazaları, iş kazaları, yangın vs.

Doğal afetler.

Gruplandırıdığımız tüm bu travmatik olayların, bireyin ruhsal yaşamı üzerinde sarsıcı ve örseleyici etkileri olmaktadır. Bu etkilerin kalıcı olması, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepkilerle de bağlantılıdır. Öte yandan örselenmiş bireyin aile, okul, iş gibi yaşam alanlarındaki değişiklikler olaya toplumsal boyut kazandırmaktadır. Travmatik olaylar, toplumsal özellik taşıyor olmalarının yanı sıra, örselenmiş bireylerden oluşan bir toplum yapısını belirliyor olmaları nedeniyle de önem kazanmaktadır. İnsanların büyük bir kısmı çocukluk döneminde az ya da çok stres verici etkenlerle ya da kimi isteklerinin karşılanmaması gibi gerçeklerle yüz yüze kalır ve bu yaşantılar normal koşullar altında bir travmaya dönüşmez. Ancak gerek yaşanan stres verici olayın şiddeti ve örselenen bireyin yaşı, benlik gücü gerekse olayın gerçekleştiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu, bu gibi

yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilir. Bu ise bütün bir yaşamı etkileyecek psikolojik sonuçlar doğurabilir.

Çocukluk çağında yukarıda bahsettiğimiz travma yaratabilecek olaylardan başka çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, temel güven duygusunu zedeleyecek, bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar gibi dinamik etkenler de ileride psikiyatrik patolojilere yol açabilmektedir. Genelde travma olarak kabul edilmeyen bu durumlar aşikâr travmatik olaylardan daha sıktır ve toplum ve kişiler tarafından kolay fark edilemediğinden tespit edilmesi daha zordur(67).

Çocukluk çağı travma öyküsünün, birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (68). Disosiyatif bozukluklar, Anksiyete bozukluğu, Travma Sonrası Stres bozukluğu, Borderline Kişilik bozukluğu, Somatizasyon bozuklukları, Antisosyal Kişilik bozukluğu, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Depresyon, Konversiyon bozukluğu, Kaçınan Kişilik bozukluğu, Psikotik bozukluklar, Obsesif Kompulsif bozukluk gibi birçok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki gösterilmiştir (69, 70, 71, 72).

Görüldüğü üzere çocukluk çağı travmaları aşikâr olsun olmasın çocukluk çağında ve erişkinlikte birçok patolojiye yol açmakta olup klinisyenlerin hastayı anlamaya çalışırken mutlaka sorgulaması gereken konulardan biridir. Hastaların kesitsel değerlendirilmesi sırasında atlanabilecek bir takım olaylar sorunun ana sebebini oluşturuyor olabilir. Nasıl ki çocukluk çağında geçirilen akut romatizmal

ateş etkileri erişkinlikte mitral kapak darlığı, böbrek yetmezliği ve başka birçok hastalığa yol açıyorsa, çocuklukta geçirilen travmatik olaylar da erişkinlikte kendisini çok geniş spektrumda gösterebilir.

Travmaların ruhsal etkileri, travmanın çeşidine, şiddetine, travmanın olduğu yaş, sosyoekonomik, sosyokültürel durum, travmaya maruziyetin kronik veya akut olması gibi oldukça çeşitli dinamik değişkenlere göre farklılık gösterir. Genel olarak travmaya uğrayan kişide travmaya ilişkin anıların tekrar canlanması sık olan bir durumdur. Öyle ki bazen yaşanan travma gözle görülme bile, olayın tekrar yaşandığını gösteren yayınlar mevcuttur (73). Psikanalitik kurama göre de travma rüyalarda tekrar yaşanmaya devam eder (74). Travmanın diğer sık etkilerinden biri de travmaya özel korkulardır. Travmayı anımsatacak ortamlardan mümkün olduğunca kaçınılması, travmayı anımsatan durumlarda taşikardi, terleme, ateş basması gibi otonomik belirtilerin gözlenmesi, travmadan koruyacak kaçınma davranışları sergilemek ve yaşam stilini onun üzerine yeniden düzenlemek gibi. Travma sonrası tekrarlayıcı davranışlar da travma sonrası görülebilen belirtilerdendir. Özellikle söz öncesi dönemde erken yaşlarda (sıklıkla 12 ay öncesi) travmaya uğrayan bireylerde, farkında olmayarak yapılan sık davranış tekrarları ve erişkinlikte de kişilik özellikleri olarak değerlendirilen davranışlar görülebilmektedir (75). Travma sonrası sık rastlanan durumlardan birisi de umutsuzluk, çaresizlik duygularının oluşması, olaylara daha karamsar bakış açısının gelişmesi ve Erikson'un tanımladığı temel güven duygusunun tam gelişmemesidir. Bu etkiler de ileride bireyde depresyona eğilimi oldukça artırmaktadır (76). Travma sonrası oluşabilecek bu gibi değişikliklerden başka

travmaya kronik maruziyet sonrası kişide yoğun inkâr, bastırma, disosiyasyon, saldırganla özdeşim gibi değişik savunma mekanizmaları ile beraber kişilik patolojileri de gelişebilir.

Travma sonrası kişilerde farklı biyolojik değişiklikler de görülebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda travma sonrası alfa-2- adrenerjik reseptör reaktivitesinde ve norepinefrin seviyelerinde anlamlı artış gözlenmiştir (77). Ayrıca Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)olan hastalarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında amigdala ve anterior paralimbik bölgelerde aktivite artışı gözlenirken anterior cingulatta ve orbitofrontal kortekste aktivite azalması gösterilmiştir. Bu değişiklikler travma sonrası oluşan bir takım davranış değişikliklerinin biyolojik açıklaması olabilir.

2.3.2 Çocukluk Çağı Travmaları İle Alkol Madde Kullanım İlişkisi

Araştırmalara göre alkol/madde bağımlılığında çocukluk çağı kötüye kullanımına genel popülasyona göre daha sık rastlanmakta ve yaygınlık oranı %30-%59 arasında bildirilmektedir. Diğer yandan çocukluk çağı kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde bağımlılığı için yatkınlığı arttıran etken olarak kabul edilmektedir (78). Alkol madde kullanımı ve çocuğa kötü muamele arasındaki ilişkinin tablosunun tam olarak çıkarılamayacağı öne sürülmekle birlikte, son yıllarda birçok çalışma ruhsal bozukluklarda çocukluk yaşantılarına odaklanmış, çocukluktaki örselenme yaşantılarının erişkinlikte disosiyasyon, kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları, depresyon, somatizasyon bozukluğu, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları,

alkol madde kullanımı, hipokondriasis gibi ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (79, 80).

2002 yılında madde kullanım bozukluğu olan 72 kadının katıldığı ve yeme bozukluğunun araştırıldığı bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan deneklerin 8'inde (%11,1), 41 kadından oluşan kontrol grubunun 2'sinde (%4,8) çocuklukta cinsel travma dışında travma öyküsü bildirilmiştir. Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan 72 deneğin 15'inin (%20,8) çocuklukta cinsel travmaya uğradıkları belirlenmiştir (81). Biyolojik aileleriyle yaşayan ve ebeveynlerden birinin madde kullanımı olduğu diğerinin ise normal sınırlarda ebeveynlik davranışı gösterdiği durumlarda çocukların normal gelişim gösterme olasılığının yüksek olduğunu bildirilmiştir (82). Uyuşturucu madde kullanan 138 ergen ve ailelerinin hayat şartlarını incelemiş, %45'nin daha fazla duygusal travma, stres ve olumsuz deneyimler yaşadıklarını belirlemiştir (40). Yapılan bir çalışmada madde kullanan ebeveynlerin çocuklarına istismar edici davranışlarda bulunma riskinin yüksek olduğunu rapor edilmiştir (83). Başka bir çalışma ise aile bireyleriyle olan çatışmaların bırakma sonrası uyuşturucuya yeniden başlamanın tek göstergesi olduğunu belirtir (73). Nisan 2002 ile Mart 2003 tarihleri arasında Bakırköy AMATEM biriminde yapılan bir çalışmada, 132 erkek alkol/madde bağımlısında kişilik bozukluğu ek tanısı yüksek oranda depresyon ve anksiyete belirtileri, özkıyım girişimi, kendini yaralama davranışı ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmal öyküsü ile birliktelik göstermiştir (78).

Kadınlar arasında madde kullanımı sebepleri çok boyutludur. Erken yaşlardaki cinsel istismar bunlardan biridir. Araştırmalar madde kullanan kadınlar arasında %30 ila %75 arasında bir kesimin cinsel istismar ve tecavüze uğradığını bildirmektedir. Kadınlar uyuşturucuyu cinsel istismarın etkisini ve acısını hafifletmek amacıyla kullanabilirler (84). Ülkemizde, sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklarda uçucu madde kullanımı, gittikçe yaygınlaşmaktadır. Sosyodemografik özellikleri ayrıntılı bir şekilde incelenen 5 vakanın değerlendirildiği bir çalışmada, vakaların parçalamış aile ile bağımlı ebeveynlere sahip oldukları ve çocuklukta sıklıkla şiddet gördükleri rapor edilmiştir (85). Yapılan bir çalışmada, alkol ve alkol dışı madde bağımlılarında dissosiyatif belirti yaygınlığını ve çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi araştırılmıştır. Bulgular ülkemizde alkol veya madde bağımlılarında dissosiyatif belirtilerle çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin en belirgin olarak duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmal ile olduğunu düşündürmektedir (86). Başka bir çalışmada, dissosiyatif bozukluk tanısı konan ve konmayan madde bağımlıları arasında çocukluk çağı istismarı açısından farklılık bulunmadığını bildirilmiştir (88). Madde bağımlılığı ve dissosiyatif belirtileri inceleyen diğer bir çalışmada madde bağımlılarının %34'ünde çocukluk çağı kötüye kullanımı saptanmıştır (87).

2.4. Başa Çıkma Tutumları

2.4.1 Başa Çıkma Tutumlarının Psikiyatrik Yönü

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur (89). Araştırmalar göstermiştir ki, stresin olumsuz etkilerini uygun baş etme stratejilerini kullanarak yatıştırabiliriz (90). 2006 yılında yapılan bir çalışma başa çıkmayı; stres veren durum ve koşullarda duygu, biliş, davranış ve fizyolojiyi bilinçli irade çabaları ile değiştirmek olarak tanımlamıştır (91). İnsanların stresle başa çıkma yollarının ruhsal, fiziksel ve toplumsal sağlığını etkilediğine dair kanı gittikçe artmaktadır (92). Baş etme yolları denince akla genel olarak bireyin iradesini zorlayan istekleri kontrol altına alma ve azaltma yönündeki bilişsel ya da davranışsal çabalar gelir (93). Başa çıkma anlaşılması zor olan karmaşık bir süreçtir (94). Farklı problemlerle farklı baş etme yöntemleri yeterli olabilir. Ancak problemi çözmeye, sorun oluşturan durumu etkilemeye yönelik daha aktif bir baş etme yönteminin, pasif baş etme yollarından daha sağlıklı olduğu düşünülür (93). Başa çıkmanın iki yaygın ana işlevi vardır: stres altındaki duyguları düzenlemek (duygu odaklı başa çıkma) ve sorunlu kişi-çevre ilişkilerini değiştirmek (problem odaklı başa çıkma) (95, 96). Duygu odaklı başa çıkma, duygusal baskıyı azaltma ya da kontrol etme amacını taşır. Sorun odaklı başa çıkma, problem çözme veya stresin kaynağını değiştirme amacını taşır. Çoğu stres kaynağı her iki başa çıkma türü ile de ilgili olsa da, sorun odaklı başa çıkma insanların yapıcı bir şeyler yapılabileceğini düşündüklerinde, duygu odaklı başa

çıkımsa stresin kaynağının bitirilmesi gereken bir şey olduğunu hissettiklerinde baskın görölmektedir (97). Bazı araştırmacılar geleneksel olarak tanımlanmış problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmaya ek olarak iki boyutu daha göz önüne alınmıştır. Bunlardan biri yeniden değerlendirme, diğeri de kaçınmadır (98). Bazı araştırmacılar ise başa çıkmayı 3 temel boyutta ele almışlardır. Bu boyutlar görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınma odaklıdır (99). Başa çıkma stresli dönem boyunca bireylerin ruhsal uyumlarını sürdürmesine yardım eden bir etkidir (94). Araştırmacıların baş etme ölçeğini (The Coping Strategy Indicator, The Ways of Coping-Revised), kullandıkları çalışmalarında en etkili baş etme yöntemlerinin belirlenmesi için mutlaka başa çıkma yöntemlerinin ölçülmesi gerektiğinin altını çizerler (90). Bazı araştırmacılar, başa çıkmaya daha mikroskobik açıdan bakmayı tercih ederler. Günlük başa çıkma yöntemlerinin ruhsal ve sağlık etmenlerini nasıl etkilediğini bulmak için günlük başa çıkma ölçeğini geliştirdiler (101). Bir kaç araştırmacının, ‘ruhsal sağlamlık’ olarak adlandırdıkları strese dirençli kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları olduğunu belirtirler. Bunlar; ‘değişmeye açıklık’, ‘yaptıkları iş her ne ise, kendini o işe verebilme’, ‘olayların kontrolünü elinde tuttuğuna inanma’ gibi tutumlardır (103). Ülkemizde 119 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin öz etkililik yeterlilik düzeylerini başa çıkma yöntemleriyle karşılaştırılmıştır. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği’nin kullanıldığı bu çalışmada, problem çözümü için gerekli olan yüksek öz etkililik yeterlilik, daha iyi bir uyumla bağlantılı olan baş etme stratejilerinin kullanımıyla pozitif yönde bir korelasyon göstermiştir (104, 105). Aynı ölçeğin kullanıldığı diğeri bir çalışmada

öğrencilerin çoğu anksiyete ile baş etmede problem çözme yöntemini ve toplumsal destek arama girişimlerini kullanmaktadır. Gençlik döneminde yeterli ve uygun başa çıkma tarzlarının kullanılması; sağlıklı bir benlik gelişimine, davranış sorunlarının daha az sıklıkta ortaya çıkmasına, yüksek benlik saygısı kazanılmasına, depresif belirti sıklığının azalmasına ve uyumun olumlu bir şekilde sağlanmasına yol açmaktadır. Uygun başa çıkma tarzları, gencin uyum sorunlarının çözümünde büyük katkılar sağlamaktadır (107). Araştırmalarda ergenlerde baş etme düzeneği olarak sıklıkla yeniden yaşantılama ve kaçınma davranışlarının gözlemlendiği saptanmıştır. Araştırmacılar, düşük toplumsal sınıftaki kişilerin daha çok umutsuzluk yaşadığını ve stresle başa çıkmak için daha çok duygu odaklı başa çıkma kullandığını belirtmektedir (108). Yüksek sosyoekonomik düzeyden kişiler ise, sorunu çözmeye çalışmak gibi belirli davranışsal ve bilişsel başa çıkma davranışlarını daha çok kullanmakta ve sorunu görmezden gelmeyi daha az kullanmaktadır. Düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan ergenlerin ekonomik yönden daha varlıklı ergenlere göre daha büyük stresörlere maruz kaldıkları ve ergenlerin de bunlardan yoğun bir şekilde etkilendikleri gösterilmiştir. (109).

ABD’de sosyoekonomik olarak dezavantajlı bir bölgede toplum içi şiddette maruz kalmış, davranış bozuklukları, madde bağımlılığı ve post travmatik stres bozukluğu ölçütlerini karşılayan çocuklara, okul temelli grup bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımını esas alan bir program çerçevesinde; başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, toplumsal sorunları çözme ve yinelemeden korunma gibi konularda eğitim vermişlerdir. Bekleme listesindeki kontroller ile

karşılaştırıldığında, tedaviden sonra, PTSTB’de ve depresyonda belirgin bir azalma görülmüştür (110).

2.4.2. Başa Çıkma Tutumları İle Alkol ve Madde Kullanımının İlişkisi

Problem çözme yeteneğindeki yetersizlik, psikoaktif madde kullanımına zemin hazırlamaktadır (111). Ergenler, alkol ve madde kullanımını stresle başa çıkmada bir yol olarak kullanmaktadırlar. Yapılan bir çalışmada yüksek oranda olumsuz yaşam olayları ve stres algılayan ergenlerin, alkol ve madde kullanmaları daha olası olduğu saptanmıştır (112). Yapılan başka bir çalışmada 1251 İzlandalı genç üzerinde başa çıkma tutumları, alkol kullanımı ve stresli yaşam olayları arasındaki ilişkileri incelemiştir. Başa çıkma yolları, akıl sağlığı ve madde kullanımı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş, gençler arasında baş etme stratejilerine odaklı müdahalelerin gerekliliğine işaret edilmiştir. (114).

Ceylan ve Türkcan (2003), madde bağımlılığını önlemede farklı nitelikte başa çıkma becerilerini şöyle sıralar (115);

1. Önceden Hazırlanan Davranışsal Başa Çıkma Becerileri; tetikleyicilerden uzak durmak (uyaranların kontrolü), süregiden önleme taktikleri hakkında diğerlerinden yardım talep etmek, alternatif aktivitelerin sürdürülmesi.

2. Önceden Hazırlanan Bilişsel Başa Çıkma Becerileri; kişisel kayıtlar tutmak, kişisel kışkırtıcılara karşı sürekli uyanık olmak, ileriye yönelik planlar yapmak.

3. Anlık/Hemen Uygulanabilecek Bilişsel Başa Çıkma Becerileri; kendini tutmak, sonuçlarını düşünmek, dürtünün uzaklaşmasını ve o duygudan çıkmayı bekleme, ilgiyi başka alana kaydırmak, kendi kendini cezalandırmadan kaçmak.

4. Anlık/Hemen Uygulanabilecek Davranışsal Başa Çıkma Becerileri; tetikleyicilerin yanından ayrılmak (uyaranların kontrolü), reddetme, alternatif aktiviteler veya alternatif kullanım, hemen birinden yardım istemek.

2.5 Kişilik

2.5.1 Kişilik ve psikiyatri

Kişilik oldukça tartışılan ve karışık bir yapıdır. İnsanlar, davranışlarının özellikleri açısından birbirinden farklıdır. Yapısal açıdan kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu konusunda çoğu araştırmacı hem fikirdir. Mizaç, biyolojik faktörlerin kişiliğe katkılarını, karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtmaktadır. Zekâ, hem yapısal, hem sosyal özellikleri etkileyip, bütünsel kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir. Kişiliğin temel fonksiyonları düşünmek, duymak ve algılamaktır. Bunların neticesinde hedefe yönelik davranışlarda bulunulur (117).

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

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

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

Cloninger'in modeli ayrıca kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri benlik kavramları ile uğraşma ya da erişkinlikle gelen kişisel

veya sosyal etkinliğin getirdikleriyle olgunlaşır. Karakter bileşenlerinin mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak kalıtıldıklarına inanılır. Kendini yönetme; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bireydir. İş birliği yapma; sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik, erdemli ve vicdanlı olmaktan oluşur. İş birliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. Kendini aşma; kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir. Cloninger'in kişilik kuramı, kişiliği çok katlı düzeyde anlamaya yardımcı olur. Bu düzeyler kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel, duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıklarını ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi düzeylerdir. Cloninger mizaç konusunda şunları belirtir: Mizaç bir ölçüde kalıtsaldır. Yaşam boyu sabittir ve merkezi sinir sistemindeki sinir ileticisi fonksiyonları arasındadır.

Cloninger'in kişilik modeli davranışlar ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, zarardan kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin ve ödül bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin, sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Kişilik

özellikleri; kalıcı, alışılmış, yineleyen davranışların toplamıdır. Kişilik özellikleri kişiliğin belirginleşmiş yönleri olup, her zaman patolojik bir duruma işaret etmez (118,119).

Kişilik bozukluğu ise birçok farklı kişisel ve toplumsal durumlara esnek olmayan yanıtlarla kendini gösteren içe sinmiş ve kalıcı davranış kalıplarıdır. Bu davranışlar bir kültürel ortamdaki ortalama bireyin algılama, düşünme, duyma ve özellikle başkalarıyla ilişki kurma biçimlerinden belirgin bir sapma gösterir. Bu duruma işaret eden ilk davranışlar çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayıp daha sonra aile, arkadaş grubu, iş ortamı gibi hayatın farklı alanlarında süreklilik kazanır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ya da bireysel huzursuzluk ile karakterize uyumsuz davranış örüntüsüdür (120). Kişilik bozuklukları kişiyi, ailesini ve eşzamanlı görülen diğer psikiyatrik bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını da etkilemektedir. DSM-III ile birlikte, kişilik bozukluklarının sanıldığından çok daha yaygın olduğu ortaya çıkmıştır. Batı toplumlarında genel popülasyonun en az % 10-15'inde kişilik bozukluğu olduğu söylenmektedir. Yatarak izlenen psikiyatrik hastaların yarıdan fazlasında, ayaktan izlenenlerin ise % 30-40'ında tek başına ya da başka bir ruhsal hastalığa eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'ye özgü epidemiyolojik çalışmalar henüz yetersiz olmakla birlikte, kentsel yörelerde kişilik bozukluğunun Batıdaki kadar sık olduğunu düşündüren bulgular vardır. Kişilik bozuklukları, başka psikiyatrik hastalıkların gelişmesine yatkınlık yaratan çok uygun zeminler olduğu gibi, kendilerine eşlik eden başka bozuklukların tedavisini de zorlaştırır (121)

2.5.2 Alkol ve Madde bağımlılığında kişilik

Uzun yıllardan beri araştırmacıların ilgi odaklarından biri alkol ve madde bağımlılığına neden olabilecek bir kişilik yapısı ya da bozukluğu olmuştur. 1960'lı yıllardan başlayarak, alkol ve madde bağımlılığına yatkınlığı arttıran kişilik özellikleri ile ilgili çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış, ancak hiçbirisi alkol ve madde ile karşılıklı etkileşimi tam olarak yansıtamamıştır. Madde kullanan kişilerde aşırı cesaret, kendine güven ve saldırganlık, özdenetim yokluğu, eyleme vurma ve dürtüsellikten, hiperaktivite ve konsantrasyon güçlüklerinden bahsedilmiştir (117). Bunların yanında ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının macera, heyecanı sevme ve hayalcilik özelliklerinden söz edilmiştir (122). Bu özelliklerin, alkol ve madde kötüye kullanımı veya bağımlılığın gelişmesinde yüksek risk oluşturduğu ve bilinen antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerine benzediği bildirilmiştir (123).

Bağımlılığa temel teşkil ettiği kabul edilen özel bir kişilik yapısı ya da bozukluğu saptanamamıştır. Tarihsel olarak incelendiğinde bağımlılık, kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak düşünülmüştür. DSM'nin gelişmesi ile birlikte 1980'li yıllarda kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ayrı klinik sendromlar olarak tanımlanmış ve kişilik patolojisinden ayrılmıştır. Sonrasında gelen tanısal araştırmalar, kişilik bozuklukları ile bağımlılık arasında her iki popülasyonda ve klinik örneklem gruplarında yoğun bir komorbidite olduğuna dikkat çekmiştir. ECA çalışmasının sonuçlarına göre antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanlardan % 84'ü en az bir alkol ve/veya madde kötüye kullanımı veya

bağımlılığı tanısı da almaktadır. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısı alan grupta antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı %14,5, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı grubunda ise bu oran % 18'dir. Alkol veya esrar dışında madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı grubunda antisosyal kişilik bozukluğu oranı %25-40 arasında iken bu oran kokain kullananlar için % 43, opiyat kullananlar için %37, barbiturat kullananlar için % 30, amfetamin ve halüsinojen kullananlar için ise %25-29 olarak bulunmuştur (124). Kişilik bozukluklarının belirtilere yönelik klasik tedavi müdahalelerine cevap vermesi zor olduğu gibi, eşlik ettiği madde kullanım bozukluğu tedavisini de karışık hale getirir. Madde kullananlarda belirgin olarak artmış antisosyal kişilik bozukluğu oranları saptanırken antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan suçlularla yapılan çalışmalarda artmış madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı bulunmuştur (117). Sosyodemografik faktörlerin etkisinin incelendiği bir çalışmada madde bağımlılarından daha genç olanların, hiç evlenmeyenlerin, eğitim düzeyi daha düşük olanların (lise bitirmeyenler) ve halen çalışmayanların daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldıkları görülmüştür. Geniş bir grup ile yürütülen çalışmada aynı zamanda farklı madde kullanım bozukluğu olan alt gruplar da kıyaslanmış ve sadece alkol kullananların arasında antisosyal kişilik bozukluğu oranının %41, sadece madde kullananların arasında %43, hem alkol hem madde kullananların arasında ise %80 olduğuna dikkat çekilmiştir (125).

Madde bağımlılarında en çok saptanan diğer kişilik bozukluğu ise borderline kişilik bozukluğudur. Borderline kişilik bozukluğunda öfkeyi kontrol edememe, sık ve yoğun duygudurum değişiklikleri, dürtüsel ve hayati tehlikesi

olan davranışlar, kişilerarası ilişkilerde bozukluk en önemli özelliklerdir. Hem yatan hasta, hem ayaktan izlenen hasta popülasyonlarında borderline kişilik bozukluğu en sık görülen kişilik bozukluğudur. Komorbid borderline kişilik bozukluğu tanısı ise çoğu eksen I bozuklukların prognozunu olumsuz yönde etkiler. En yüksek komorbidite oranları borderline kişilik bozukluğu ile duygudurum bozuklukları, madde kullanımı ve diğer kişilik bozuklukları arasında saptanmıştır.

Yapılan araştırmalar borderline kişilik bozukluğu olanların ailelerinde, normal popülasyona göre duygudurum bozukluklarına ve madde kullanım bozukluklarına daha sık rastlandığını gösterilmiştir (126). Bu hastalarda, diğer kişilik bozukluklarına göre etiyolojide cinsel istismar daha fazla önem teşkil etmektedir. Ayrıca borderline kişilik bozukluğunda Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal ekseninde geri bildirim (feedback) duyarlılığında dengesizlik ve noradrenerjik hipersensitivite tespit edilmiştir. Bu nörobiyolojik bulgular ailede yüklü psikopatoloji öyküsü ile birlikte madde kullanım bozukluklarının etiyolojisinde yer almaktadır (117,127).

Etiyolojideki ortak risk faktörlerinin dışında, borderline kişilik bozukluğu ile madde kullanım bozukluklarının arasındaki yüksek komorbidite oranını açıklayabilecek bir başka teori ise bu bozuklukların birbirine neden olabileceği teorisidir. Örneğin, kronik yoğun alkol tüketimi serotonin miktarında eksilmeye neden olmaktadır. Bu ise dürtüsel, kendine zarar verici davranışların temelinde yatan nörobiyolojik bulgudur. Ayrıca madde kullanımına bağlı olan yaşam

olayları kişilik bozukluğu gelişimi için yatkınlığı olan kişilerde kritik risk faktörleri olabilir. Öte yandan borderline kişilik bozukluğu olan kişiler, duygudurum dengesizlikleri, boşlukta hissetme ve sıkıntı ile başa çıkmak için kendi kendini tedavi etme yöntemine başvurup madde kullanabilirler. Bu durum borderline kişilik bozukluğunda madde kullanım bozukluğu gelişimine neden olabilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, madde bağımlılarında yüksek oranda saptanan iki kişilik bozukluğu; antisosyal ve borderline kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinin aynı zamanda madde bağımlılığının tanı kriterleri ile en çok çakışan iki kişilik bozukluğu olması ilginç bir sonuçtur. Borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun ortak klinik özellikleri dürtüsellik, sosyal üretkenlik rollerini yürütmede başarısızlık, hayal kırıklıklarını tolere edememe ve depresif atakların görülmesidir. Borderline kişilik bozukluğunda depresyon ve anksiyete sıkça klinisyen tarafından gözlenebildiği halde antisosyallerin kronik depresyonları ve anksiyeteleri ancak izlendiklerinde görülebilir. Bu anksiyete ve depresyonla başa çıkılmasında, yaşanan hayal kırıklıklarına tahammül edememede, dürtülerini denetlemedeki başarısızlıkta ve kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlarında alkol ve madde sığınılacak bir liman işlevi görmektedir. Psikoanalitik görüşe göre bu iki bozukluğun oral döneme ait taşıdığı patolojiler veya biyolojik görüşün nörotransmitterler düzeyinde açıkladığı patolojiler klinisyeni aynı sonla karşı karşıya bırakmaktadır.

Ülkemizde yapılan klinik araştırmada bağımlılarda en fazla antisosyal %9, kaçınan %6 ve bağımlı %4 kişilik bozuklukları saptanmış, %24'ü eşik veya eşik altı kişilik bozukluğu göstermiştir (128). Alkol bağımlılığı olan hastaların %72,5 oranında en az bir kişilik bozukluğu tespit edilen başka bir çalışmada, en sık görülen kişilik bozukluğunun %37,5 oranıyla antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu belirlenmiş, ikinci sırada borderline kişilik bozukluğunun (%20) geldiği bildirilmiştir (129).

Son zamanlarda madde bağımlıları ayrı iki grup gibi düşünülmektedir. Düşük derecede psikopatolojiye ve iyi ilişki yeteneklerine sahip olanları içeren minör tip ve antisosyal kişilik bozukluğu veya borderline kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarında görülen ileri derecede ilişki kurma zorlukları ve kötü prognoza sahip olanları içeren major tip olduğu belirtilmiştir. Bağımlılarda mizaç ve karakter envanteri ile yapılan çalışmalarda genellikle yenilik arayışında yüksek puanlar, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığında orta/düşük puanlar sebat etmede düşük puanlar bulunmuştur (130).

Yenilik arayışı, tedavinin ilk dönemlerinde tedaviye bağlılığı arttırabilmekte, fakat tedavinin ilerleyen aşamasında nüksetme sebebi olabilmektedir. Amfetamin ve benzodiazepin bağımlılarında yapılan çalışmada yenilik arayışı yüksek ve zarardan kaçınma da düşük puanlar aldığı ve alkoliklere göre anlamlı olduğu belirlenmiştir (131). Yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve kendi kendini yönetme, bağımlılığın başlama yaşının; işbirlikçilik ise sosyal fonksiyonların tahmin edilmesinde yararlıdır. Kişilik bozukluğu olanların fiziksel,

psikolojik ve varoluşsal sıkıntıları kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha fazladır (132). Madde bağımlıları ile yapılan çalışmada yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yatarak tedavi gören 41 metamfetamin bağımlısı ve 35 kontrol hastası ile yapılan çalışmada yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları önemli derecede yüksek iken sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır (133). Başka bir çalışmada, insan ve hayvan örnekleri üzerine uyarıcılara karşı savunmasızlığa yönelik monoaminerjik fonksiyonun bozulması ve yenilik arayışında yükselmiş puanların uyarıcı madde kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Beynin mezolimbik dopamin sisteminin aktivasyonu maddenin ödüllendirici etkilerinin ve yenilik arayışının nörobiyolojik mekanizmasını gösterdiği belirtilmiştir (134).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklemenin seçilmesi

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları biriminde Eylül 2010 Ocak 2011 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya ayaktan ve yatarak takip ve tedavi edilen, DSM-IV Madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 31 hasta, DSM-IV Alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 51 hasta ve 40 psikiyatrik yönden sağlam birey kontrol grubu olarak alındı. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini taşımayan hastalar araştırma grubuna alındı. Görüşmeler klinisyen tarafından alkol madde detoksifikasyonlarının tamamlandığına karar verildiğinde yapıldı. İlk görüşmede; araştırma gruplarına gönüllü olarak katılma belgesi imzalatıldı ve her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği anlatıldı. Çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda vazgeçebilecekleri ve katılmamalarının tedavi programını etkilemeyeceği hastalara belirtildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Mizaç ve Karakter Envanteri uygulandı.

Dışlama kriterleri:

- 1-Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olma
- 2- Madde ve alkol yoksunluk döneminde bulunma
- 3- Okuma yazma bilmeme

- 4- Mental retardasyonu olma
- 5- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma
- 6- Psikotik hastalık tanısı olma

3.2 Çalışmada kullanılan gereçler:

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır.

Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi: Bernstein ve arkadaşları tarafından (1994) geliştirilen ölçek 18 yaşından önceki örselenme yaşantılarını taramaya yöneliktir. Elli üç maddelik, 5’li likert tiptedir. Türkçeye çevirisi Vedat Şar tarafından yapılmıştır. Alınan toplam puan 40–200 arasında değişebilir. Yüksek puanlar çocukluk çağı örselenme yaşantılarının çokluğuna ve şiddetinin fazlalığına işaret eder (135).

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ): Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989’da geliştirilmiş olan ölçeğin orijinal adı COPE’ tur. 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak

alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir.

BÇTDÖ alt ölçekleri:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
2. Zihinsel boş verme
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
4. Yararlı sosyal destek kullanımı
5. Aktif başa çıkma
6. İnkâr
7. Dini olarak başa çıkma
8. Şakaya vurma
9. Davranışsal olarak boş verme
10. Geri durma
11. Duygusal sosyal destek kullanımı
12. Madde kullanımı
13. Kabullenme
14. Diğer meşguliyetleri bastırma
15. Plan yapma

Carver (1997), BÇTDÖ ölçeğinin uzun olmasından kaynaklı uygulanma zorluklarına karşı 14 alt ölçekli 28 sorudan oluşan BÇTDÖ Kısa Formu'nu geliştirmiştir. Bu formda iki alt ölçek çıkarılmış, 'Kendini Suçlama' alt ölçeği

eklenmiştir. Çalışmamızda 60 sorudan oluşan BÇTDÖ uzun formu kullanılmıştır (136, 137, 138).

Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI-Temperament): Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Mizaç boyutu; yenilik arayışı (NS), zarardan kaçınma (HA), ödül bağımlılığı (RD) ve sebat etme (P); karakter boyutu ise; kendini yönetme (SD), işbirliği yapma (C) ve kendini aşma (ST) alt ölçeklerinden oluşur. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan, 240 maddeden oluşan “Doğru” ya da “Yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI önceden geliştirilmiş kişilik modellerini kuramsal ve ampirik açıdan desteklerken, klinik kullanımdaki sınırlılıkları da ortadan kaldırmıştır. Türkçe TCI’nın geçerlik ve güvenilirliği, ölçek puanlarının dağılımı, yeterli düzeyde iç tutarlık katsayısı ve yapı geçerliği tarafından desteklenmiştir. Bu versiyon Türkçe TCI olarak Cloninger tarafından onaylanmıştır (139, 140).

3.3 İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 17.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklemi oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikler için betimleyici analizler Ki-Kare analizi, ikili gruplar arasında değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için ise Mann Whitney U analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 31 madde bağımlılığı olan, 51 alkol bağımlılığı olan ve 40 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 122 katılımcının sosyodemografik özelliklerine, karakter ve mizaç özelliklerine, çocukluk çağı travmalarına ve başa çıkma tutumlarına ait verilere ilişkin bulgularına yer verilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, araştırmada toplam 26 kadın yer almakla birlikte, bunların %23,1'i madde bağımlılarında, %30,8'i alkol bağımlıları ve %46,2'si ise kontrol grubundadır. 96 erkek katılımcıdan ise, 25'i (%26) madde bağımlıları, 43'ü (%44,8) alkol bağımlıları ve 28'i (%29,1) kontrol grubundadır. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından bir fark olup olmadığını belirtmek için Ki-Kare analizi yapılmıştır. Sonuçta gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($X^2=2.853$). Madde bağımlılarının yaş ortalaması $28,9\pm9.47$, alkol bağımlıların 45.51 ± 9.12 ve kontrol grubunun yaş ortalaması ise 38.57 ± 12.75 'dir. Yapılan Ki-Kare analizi sonucunda, gruplar arasında yaş ortalamaları açısından bir fark olduğu gözlenmiştir ($X^2=34.961$, $p<.05$). Medeni durum açısından bakıldığında, madde bağımlılarının 10'u (%13,9), alkol bağımlıların 32'u (%44,4) ve kontrol grubunun 30'u (%41,7) evlidir. Bununla birlikte bekarların %56,7'si madde bağımlılarında, %16,7'si alkol bağımlılarında ve %26,7'si kontrol grubundadır. Madde bağımlılarının 1'i dul, 2'si boşanmış, 1'i ayrı yaşıyor, alkol bağımlıların 2'si dul, 7'si boşanmış, 5'i ayrı yaşıyor ve kontrol grubundan 2'si boşanmış kişilerdir. İlkokul mezunu kişilerin %50'si madde bağımlıları, %33,3'ü alkol bağımlıları ve %16,7'si kontrol grubunda yer almaktadır. Ortaokul mezunların %42,9'u madde bağımlıları ve alkol bağımlıları,

%14,3'ü kontrol grubundadır. Madde bağımlılarından 17 kişi (%26,6), alkol bağımlılarından 21 kişi (%32,8) ve kontrol grubundan 26 kişi (%40,6) lise mezunu, madde bağımlılarından 5 kişi (%13,2), alkol bağımlılarından 22 kişi (%57,9) ve kontrol grubundan 11 kişi (%28,9) üniversite mezunudur. Madde bağımlıların 2'si çalışmamakta, 2'si işçi, 6'sı memur ve 12'si serbest meslek sahibidir. Alkol bağımlılarından 7'si işçi, 29'u memur ve 11'i serbest meslek sahibidir. Kontrol grubunda ise bu dağılım, 8'i işçi, 23'ü memur, 1 serbest meslek ve 1'i diğer meslek grubunda şeklindedir. Gelir düzeyleri incelendiğinde, 0-1000 TL arası geliri olanların %25'i madde bağımlılarında, %34,4'ü alkol bağımlılarında ve %40,6'sı ise kontrol grubundadır. Geliri 1001-2000 TL arasında olanların %18,4'ü madde bağımlıların, %50'si alkol bağımlılarında ve %31,6'sı kontrol grubundadır. 2001 TL ve üstü geliri olanların ise %18,9'u madde bağımlılarında, %48,9'u alkol bağımlılarında ve %32,4'ü kontrol grubundadır. Madde bağımlılarından 2'si 7 ay-1 yıl arası, 2'si 13 ay- 5 yıl arası, 1'i 6-10 yıl arası ve 6'sı 11-20 yıl arası evlidir. Alkol bağımlılarından 1'i 7 ay-1 yıl arası, 1'i 13 ay- 5 yıl arası, 4'ü 6-10 yıl arası, 10'u 11-20 yıl arası ve 22'si 20 yıldan fazla süredir evlidir. Kontrol grubunun ise 1'i 0-6 ay arası, 3'ü 7 ay-1 yıl arası, 4'ü 13 ay-5 yıl arası, 3'ü 6-10 yıl arası, 6'sı 11-20 yıl arası ve 14 kişi 20 yıldan fazla süredir evlidir. Çocuğu olanların %14,1'i madde bağımlılarında, %52,6'sı alkol bağımlılarında ve %33,3'ü kontrol grubundadır. Çocuğu olanlardan 1 çocuğu olanların %4,5'i madde bağımlılarında, %72,7'si alkol bağımlılarında ve %22,7'si kontrol grubunda, iki ila 3 çocuğu olanların %18,8', madde bağımlılarında, %45,8'i alkol bağımlılarında ve %35,4'ü kontrol grubunda, son olarak üçten fazla

çocuğu olanların %12,5'i madde bağımlılarında, %27,5'i alkol bağımlılarında ve %50'si kontrol grubundadır. Madde bağımlılarından 4'ü sözel, 11'i fiziksel ve 2'si cinsel şiddet yaşarken, alkol bağımlılarından 8'i sözel, 18'i fiziksel şiddet yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise, 7 kişi sözel, 7 kişi de fiziksel şiddet yaşadığını belirtmiştir. Grupların ait diğer sosyodemografik bilgiler ise tabloda özetlenmiştir.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Madde Bağımlılığı (N=31)		Alkol Bağımlılığı (N=51)		Kontrol (N=40)		Toplam (N=122)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet								
Kadın	6	23.1	8	30.8	12	46.2	26	100
Erkek	25	26	43	44.8	28	29.2	96	100
Eğitim								
İlkokul	3	50	2	33.3	1	16.7	6	100
Ortaokul	6	42.9	6	42.9	2	14.3	14	100
Lise	17	26.6	21	32.8	26	40.6	64	100
Üniversite	5	13.2	22	57.9	11	28.9	38	100
Meslek								
Çalışmayan	2	100	0	0	0	0	2	100
İşçi	2	11.8	7	41.2	8	47.1	17	100
Memur	6	103	29	61.7	23	69.7	58	100
Serbest Meslek	12	50	11	45.8	1	4.2	24	100
Diğer	0	0	0	0	1	100	1	100
Gelir								
0-1000 TL	8	25	11	34.4	13	40.6	32	100
1001-2000 TL	7	18.4	19	50	12	31.6	38	100
2001 TL ve üstü	7	18.9	18	48.6	12	32.4	37	100
Medeni Durum								
Evli	10	13.9	32	44.4	30	41.7	72	100
Dul	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100

Tablo 1'in devamı

Demografik Özellikler	Madde Bağımlılığı (N=31)		Alkol Bağımlılığı (N=51)		Kontrol (N=40)		Toplam (N=122)	
Ayrı Yaşayan	1	16.7	5	83.3	0	0	6	100
Boşanmış	2	18.2	7	63.6	2	18.2	11	100
Bekar	17	56.7	5	16.7	8	26.7	30	100
Evlilik Süresi								
0-6 ay	0	0	0	0	1	100	1	100
7 ay-1 sene	2	33.3	1	16.7	3	50	6	100
13 ay-5 sene	2	28.6	1	14.3	4	57.1	7	100
6-10 sene	1	12.5	4	50	3	37.5	8	100
11-20 sene	6	27.3	10	45.5	6	27.3	22	100
20 seneden fazla	0	0	22	61.1	14	38.9	36	100
Çocuk								
Var	11	14.1	41	52.6	26	33.3	78	100
Yok	3	17.6	6	35.3	8	47.1	17	100
Çocuk Sayısı								
1	1	4.5	16	72.7	5	22.7	22	100
2-3	9	18.8	22	45.8	17	35.4	48	100
3'ten fazla	1	12.5	3	37.5	4	50	8	100
Yaşanan Şiddet Türü								
Yok	14	22.6	22	35.5	26	41.9	62	100
Sözel	4	21.1	8	42.1	7	36.8	19	100
Fiziksel	11	30.6	18	50	7	19.4	36	100
Cinsel	2	100	0	0	0	0	2	100
Sigara Kullanımı								
Var	31	38.3	40	49.4	10	12.3	81	100
Yok	0	0	11	27.5	29	72.5	40	100
Sigaraya Başlangıç Yaşı								
0-12 yaş	7	63.6	4	8.9	0	0	11	100
13-16 yaş	10	35.7	16	57.1	2	7.1	28	100
17-20 yaş	11	29.7	18	48.6	8	21.6	37	100
21-40 yaş	3	25	7	58.3	2	16.7	12	100
Geçmişte Ruhsal Hastalık								
Var	10	38.5	13	50	3	11.5	26	100
Yok	21	22.3	37	39.4	36	38.5	94	100

Tablo 1'in devamı

Şuan Tedavi Görüyor Musun?								
Evet	4	23.5	13	76.5	0	0	17	100
Hayır	27	26.2	37	35.9	39	37.9	103	100
Bilenen Başka Hasta								
Var	4	20	15	75	1	5	20	100
Yok	27	26.7	35	34.7	39	38.6	101	100
İlaç Kullanımı								
Var	7	28	18	72	0	0	25	100
Yok	23	24.2	32	33.7	40	42.1	95	100
Ailede Psikiyatrik Hastalık								
Var	10	43.5	13	56.5	0	0	23	100
Yok	21	21.4	37	37.8	40	40.8	98	100
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Yaş	28.90	9.47	45.51	9.12	38.57	12.75	39.02	12.37

Alkol bağımlılarında, alkol kullanımına ilişkin özellikleri Tablo 2'de belirtilmiştir. Alkol bağımlıların %93,9'u neredeyse her gün alkol alırken, %2'si haftada 3-4 kez, %2'si haftada 1-2 kez ve yine %2'si ayda 1-2 kez alkol tükettiğini belirtmiştir. Alkol başlangıç yaşlarına bakıldığında, %3,9'u 0-12 yaş arasında, %41,2'si 13-16 yaş arasında, % 31,4'ü 17-20 yaş arasında ve %23,5'i 21-40 yaş arasında alkole başlamıştır. Her gün alkol almaya başlama yaşlarına bakıldığında ise, %3,9'u 12-16 yaş arasında, %11,8'i 17-20 yaş arası, %68,6 21-40 yaş arası ve %15,7'si 41-60 yaş arasında her gün alkol kullanmaya başlamıştır. Alkol bağımlıların %13,7'si bira, %17,9'u rakı, %3,9'u votka ve %64,7'si birden fazla alkol türü kullandığı görülmüştür. 2 kişi (%3,9) 1-2 standart içki, 3 kişi (%5,9) 3-5 standart içki ve 46 kişi (%90,2) 5'den fazla standart içki tükettiğini ifade etmiştir. Alkol bağımlıların %92,2'si yatarak tedavi görmüşken, %7,8'si ise

yatarak tedavi görmemiştir. Yatarak tedavi görenlerin %44,7'si 1 kez, %25,5'i 2 kez, %10,6'sı 3 kez ve %19,1'i ise 3'ten fazla kez yatarak tedavi görmüştür. Alkol bağımlıların 13'ü (%26) 1 kez, 8'i (%16) 2 kez, 7 kişi (%14) 3 kez ve 22 kişi (%44) 3'ten fazla kez alkolü bırakmayı denemiştir. En uzun ayıklık süresi ise ; %15,7'si 2 hafta-1 ay arası, %9,8'i 2-6 ay arası, %15,77'si 7 ay-1 yıl arası, %37,3 2-5 yıl arası ve %21,6'sı 5 yıldan fazladır. Alkol bağımlıların şu anki ayılık sürelerine bakıldığında, 18 kişi (%35,3) 2 hafta-1 ay, 8 kişi (%15,7) 2-6 ay arası, 4 kişi (%7,8) 7 ay-1 yıl, 11 kişi (%21,6) 2-5 yıl arası ve 10 kişi (%19,6) 5 yıldan fazla ayıktır. Son olarak alkol bağımlıların %52,4'ünde ailede de alkol kullanımı varken, %47,6'sında ise ailelerinde alkol kullanımı yoktur.

Tablo 2. Alkol Bağımlısı Hastalara Ait Alkol Kullanıma İlişkin Özellikler

Alkol Kullanıma İlişkin Özellikler	Alkol Bağımlılığı (N=51)	
	N	%
Alkol Kullanım Sıklığı		
Ayda 1'den Az	0	0
Ayda 1-2 kez	1	2
Haftada 1-2 kez	1	2
Haftada 3-4 kez	1	2
Neredeyse Her Gün	46	93.9
Alkole Başlangıç Yaşı		
0-12 yaş	2	3.9
13-16 yaş	21	41.2
17-20 yaş	16	31.4
21-40 yaş	12	23.5
Her Gün Alkol Almaya Başlama Yaşı		
12-16 yaş	2	3.9
17-20 yaş	6	41.2

Tablo 2'nin devamı

Alkol Kullanıma İlişkin Özellikler	Alkol Bağımlılığı (N=51)	
	N	%
21-40 yaş	35	31.4
41-60 yaş	8	23.5
Alkol Türü		
Bira	7	13.7
Rakı	9	17.9
Votka	2	3.7
Birden Fazla	33	64.7
Alkol Miktarı		
1-2 Standart İçki	2	3.9
3-5 Standart İçki	3	5.9
5'den Fazla Standart İçki	46	90.2
Alkol Bağımlılığı Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören		
Evet	47	92.2
Hayır	4	7.8
Yatarak Tedavi Görme Sayısı		
1	21	44.7
2	12	25.5
3	5	10.6
3'ten Daha Fazla	9	19.1
Alkolü Bırakma Deneyimi		
1	13	26
2	8	16
3	7	14
3'ten Daha Fazla	22	44
En Uzun Ayıklık Süresi		
2 Hafta- 1 Ay	8	15.7
2-6 Ay	5	9.8
7 Ay-1 Yıl	8	15.7
2-5 Yıl	19	37.3
5 Yıldan Fazla	11	21.9
Şu Anki Ayıklık süresi		
2 Hafta- 1 Ay	18	35.3
2-6 Ay	8	15.7
7 Ay-1 Yıl	4	7.8
2-5 Yıl	11	21.6
5 Yıldan Fazla	10	19.6
Ailede Alkol Kullanımı		
Var	22	52.4
Yok	20	47.6

Tablo 3’de madde bağımlıların madde kullarımlarına ilişkin özellikleri özetlenmiştir. Tablo incelendiğinde, madde bağımlıların maddeye başlama nedenleri arasında popüler olmak (%6,5), merak (%29), güveni arttırmak (%3,2), problemlerden kaçmak (%41,9), ağrı (6,5) ve keyif almak (%12,9) yer almaktadır. Madde bağımlıların %51,6’sı 1-5 yıldır, %48,4’ü 5 yıldan fazladır madde kullandıklarını belirtmişlerdir. 1 kişi (%3,2) ailesinden, 3 kişi (%9,7) iş yerinden, 2 kişi (%6,5) mahalleden, 21 kişi (%67,7) satıcıdan ve 4 kişi (%12,9) ise arkadaşlarından maddeyi temin etmektedir. Madde bağımlıların % 3,2’si 0-12 yaş arasında, % 29’u 13-16 yaş arasında, %32,3’ü 17-20 yaş arasında, % 29’u 21-40 yaş arasında ve %6,5’i 41-60 yaş arasında maddeye başlamıştır. 10 kişi (%32,3) opioid, 1 kişi (%3,2) inhalan, 7 kişi (%22,6) kannabis, 1 kişi (%3,2) kokain, 2 kişi (%6,5) sedatif-hipnotikler ve 10 kişi (%32,3) birden fazla madde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Madde bağımlıların %77,4’ü daha önce tedavi görmüşken, %22,6’sı daha önce tedavi görmemiştir. Tedavi görenlerin %55,6’sı 1 kez, %8’i 2 kez ve %4’ü 3 kez tedavi görmüşlerdir. Madde bağımlıların %27,6’sı 1 kez, %17,2’si 2 kez, %17,2’si 3 kez ve %37,9’u 3’ten fazla kez maddeyi bırakmaya çalışmışlardır. En uzun madde kullanmadığı sürelerin dağılımı; %25,8’i 2 hafta-1 ay arasında, %35,5’i 2-6 ay arası, %19,4’ü 7 ay-1 yıl arası, %12,9’u 2-5 yıl arası ve %6,5’i 5 yıldan fazla şeklindedir. Madde bağımlılardan 2 kişinin (%6,5) ailesinde madde, 11 kişinin (%35,5) ailesinde alkol, 2 kişinin (%6,5) ailesinde hem madde hem alkol kullanımı varken, 16 kişinin (%51,6) ailesinde ise herhangi bir alkol veya madde kullanımı yoktur.

Tablo 3. Madde Bağımlısı Hastalara Ait Madde Kullanıma İlişkin Özellikler

Madde Kullanıma İlişkin Özellikler	Alkol Bağımlılığı (N=51)	
	N	%
Madde Kullanım Süresi		
1-5 Yıl	16	51.6
5 Yılda Fazla	15	48.4
Maddeye Başlama Nedenleri		
Popüler Olmak	2	6.5
Merak	9	29
Güveni Arttırmak	1	3.2
Problemlerden Kaçmak	13	41.9
Ağrı	2	6.5
Keyif Almak	4	12.9
Madde Temini		
Aile	1	3.2
İş	3	9.7
Mahalle	2	6.5
Satıcı	21	67.7
Arkadaş	4	12.9
Maddeye Başlangıç Yaşı		
0-12 yaş	1	3.2
13-16 yaş	9	29
17-20 yaş	10	32.3
21-40 yaş	9	29
41-60 yaş	2	6.5
Madde Türü		
Opioid	10	32.3
İnhalan	1	3.2
Kannabis	7	22.6
Kokain	1	3.2
Sedatif-Hipnotikler	2	6.5
Birden Fazla	10	32.3
Madde Bağımlılığı Nedeniyle Tedavi Gören		
Evet	24	77.4
Hayır	7	22.6
Tedavi Görme Sayısı		
1	15	55.6
2	2	8
3	3	4

Tablo 3'ün devamı

Madde Kullanıma İlişkin Özellikler	Alkol Bağımlılığı (N=51)	
	N	%
Madde Kullanım Süresi		
Maddeyi Bırakma Deneyimi		
1	8	27.6
2	5	17.2
3	5	17.2
3'ten Daha Fazla	11	37.9
En Uzun Madde Kullanmadığı Süre		
2 Hafta- 1 Ay	8	25.8
2-6 Ay	11	35.5
7 Ay-1 Yıl	8	19.4
2-5 Yıl	4	12.9
5 Yıldan Fazla	2	6.5
Ailede Alkol ve Madde Kullanımı		
Yok	2	6.5
Madde	11	35.5
Alkol	2	6.5
Alkol ve Madde	16	51.5

Madde bağımlıları ve alkol bağımlıları, mizaç ve karakter özellikleri, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda, madde bağımlıları ve alkol bağımlıları arasında, Mizaç ve Karakter Envanterin alt ölçeklerinden Kendi Kendini Yönetme ($U=442$, $p<.001$), İş Birliği Yapma ($U=577.5$, $p<.05$), Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin alt ölçeklerinden Zihinsel Boşverme ($U=574.5$, $p<.05$), Dini olarak başa çıkma ($U=525.5$, $p<.05$), Davranışsal olarak boşverme ($U=437.5$, $p<.001$), Kabullenme ($U=434$, $p<.001$), Plan Yapma ($U=346$, $p<.001$) ve Madde Kullanımı ($U=417.5$, $p<.001$) açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre, madde bağımlıları (Ort.=30.26), alkol bağımlılarından (Ort.=48.33) daha az kendi kendini yönetebilmekte ve yine madde bağımlıları (Ort.=34.63) alkol bağımlılarından (Ort.=45.68) daha az iş birliği yapmaktadır. Başa Çıkma

Tutumları Ölçeğinin alt ölçeklerine göre, madde bağımlıları (Ort.=48.47), alkol bağımlılarına göre (Ort.=37.26) daha fazla zihinsel boşverme, daha fazla davranışsal olarak boşverme (madde bağımlıları; Ort.=52.89, alkol bağımlıları; Ort.=34.58), daha fazla dini olarak başa çıkma (madde bağımlıları; Ort.=50.05, alkol bağımlıları; Ort.=36.30), daha az kabullenme (madde bağımlıları; Ort.=30, alkol bağımlıları; Ort.=48.49), daha az plan yapma (madde bağımlıları; Ort.=27.16, alkol bağımlıları; Ort.=50.22) ve daha fazla madde kullanma (madde bağımlıları; Ort.=53.53, alkol bağımlıları; Ort.=34.19) yöntemini kullanmaktadır. Diğer alt ölçek puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlara ilişkin sonuçlar Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Madde ve Alkol Bağımlısı Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	p
Duyusal Kötüye Kullanım	Madde	31	40.06	746	.670
	Alkol	51	42.37		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Madde	31	37.47	665.5	.228
	Alkol	51	43.95		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Madde	31	46.15	646.5	.131
	Alkol	51	38.68		
Duyusal İhmal	Madde	31	36.26	628	.153
	Alkol	51	43.94		
Fiziksel İhmal	Madde	31	40.84	770	.961
	Alkol	51	41.10		
ÇÇTSL Toplam	Madde	31	37.58	669	.371
	Alkol	51	42.35		
Yenilik Arayışı	Madde	31	44.34	702.5	.398
	Alkol	51	39.77		
Zarardan Kaçınma	Madde	31	42.65	755	.734
	Alkol	51	40.80		

Tablo 4'ün devamı

Ödül Bağımlılığı	Madde	31	36.52	636	.137
	Alkol	51	44.53		
Sebat Etme	Madde	31	36.63	639.5	.143
	Alkol	51	44.46		
Kendi Kendini Yönetme	Madde	31	30.26	442*	.001
	Alkol	51	48.33		
İş Birliği Yapma	Madde	31	34.63	577.5	.041
	Alkol	51	45.68		
Kendi Kendini Aşma	Madde	31	38	682	.299
	Alkol	51	43.63		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Madde	31	39.77	737	.604
	Alkol	51	42.55		
Zihinsel Boşverme	Madde	31	48.47	574.5	.037
	Alkol	51	37.26		
Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma	Madde	31	39.35	724	.522
	Alkol	51	42.80		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Madde	31	35.19	595	.060
	Alkol	51	45.33		
Aktif Başa Çıkma	Madde	31	37.94	680	.287
	Alkol	51	43.67		
İnkâr	Madde	31	44.58	695	.356
	Alkol	51	39.63		
Dini Olarak Başa Çıkma	Madde	31	50.05	525.5	.011
	Alkol	51	36.30		
Şakaya Vurma	Madde	31	42.55	758	.754
	Alkol	51	40.86		
Davranışsal Olarak Boşverme	Madde	31	52.89	437.5	.001
	Alkol	51	34.58		
Geri Durma	Madde	31	43.53	727.5	.543
	Alkol	51	40.26		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde	31	3847	696.5	.442
	Alkol	51	4257		
Kabullenme	Madde	31	30	434*	.001
	Alkol	51	48.49		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Madde	31	39.10	716	.472
	Alkol	51	42.96		
Plan Yapma	Madde	31	27.16	346*	.000
	Alkol	51	50.22		
Madde Kullanımı	Madde	31	53.53	417.5	.000
	Alkol	51	34.19		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Madde bağımlıları ile kontrol grubu arasında uygulanan ölçekler ve alt ölçek puanlarına göre bir fark olup olmadığı Tablo 5’te sunulmuştur. Tabloya göre, Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi’nin alt ölçeklerinden Duygusal İhmal alt ölçek puanları hariç diğer alt ölçek puanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Duygusal Kötüye Kullanım alt ölçek puanlarına bakıldığında ($U=384$, $p<.01$), madde bağımlıların (Ort.=43.31) kontrol grubuna göre (Ort.=30.10) anlamlı olarak daha fazla puan aldıkları gözlenmiştir. Fiziksel Kötüye Kullanım alt ölçek puanları ($U=410$, $p<.05$), madde bağımlıları (Ort.=42.77), kontrol grubuna (Ort.=30.75) göre anlamlı olarak daha fazladır. Madde bağımlıları (Ort.=44.61), kontrol grubuna (Ort.=29.33) göre Cinsel Kötüye Kullanım puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($U=353$, $p<.01$). Fiziksel İhmal puanlarına göre de yine madde bağımlıların (Ort.=42.61), kontrol grubuna göre (Ort.=30.88) anlamlı olarak daha fazla puan aldıkları saptanmıştır ($U=415$, $p<.05$). Benzer şekilde Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi toplam puanları açısından anlamlı bir fark olduğu ($U=349.5$, $p<.01$), madde bağımlıların (Ort.=44.73), kontrol grubuna (Ort.=29.24) göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. Madde bağımlıların, daha fazla duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanıma ve fiziksel ihmale maruz kaldığı, daha çok çocukluk çağı travmaları yaşadığı söylenebilir. Mizaç ve Karakter Envanteri bulgularına göre, Yenilik Arayışı ($U=408$, $p<.05$), Zarardan Kaçınma ($U=412$, $p<.05$), Ödül Bağımlılığı ($U=441.5$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme ($U=191.5$, $p<.001$) ve İşbirliği Yapma ($U=343$, $p<.01$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Madde bağımlıları (Ort.=42.84), kontrol grubuna göre (Ort.=30.70) daha

fazla Yenilik Arayışı puanları almışlardır. Zarardan Kaçınma alt ölçek puanlarına göre de madde bağımlıları (Ort.=42.71) kontrol grubundan (Ort.=30.80) daha fazla puan almıştır. Tersine Ödül Bağımlılığı alt ölçek puanlarına göre madde bağımlıları (Ort.=30.24), kontrol grubuna göre (Ort.=40.46) daha az puan almışlardır. Kendi Kendini Yönetme alt ölçek puanlarına göre madde bağımlıları (Ort.=22.18), kontrol grubuna göre (Ort.=46.71), yine İşbirliği Yapma alt ölçek puanlarına göre de madde bağımlıları (Ort.=27.06), kontrol grubuna göre (Ort.=42.93) daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Madde bağımlıların, kontrol grubuna göre daha çok yenilik arayışı ve zardan kaçınma eğiliminde olduğu, daha az ödül bağımlısı, kendi kendilerini yönettikleri ve işbirliği içinde oldukları düşünülebilir. Son olarak Baş Etme Tutumları Ölçeği'nin alt test ölçeklerinden, Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma ($U=431$, $p<.05$), Davranışsal Olarak Boş Verme ($U=335$, $p<.01$), Geri Durma ($U=422$, $p<.5$), Plan Yapma ($U=386$, $p<.01$) ve Madde Kullanımı ($U=124.5$, $p<.001$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Madde bağımlıları (Ort.=42.10), kontrol grubuna göre (Ort.=31.28) daha fazla soruna odaklanıp, duygusal açığa vurdukları gözlenmiştir. Yine madde bağımlıları (Ort.=44.19), kontrol grubuna göre (Ort.=28.59) daha çok davranışsal boş verme tarzını kullanmaktadır. Benzer şekilde madde bağımlıları (Ort.=42.39), kontrol grubuna göre (Ort.=31.05) daha fazla geri durarak baş etmektedirler. Kontrol grubu (Ort.=41.85), madde bağımlılarından (Ort.=28.45) daha fazla plan yapma yöntemini kullanarak sorunlarla baş etmektedir. Madde Kullanımı alt ölçek

puanlarına göre ise madde bağımlıları (Ort.=51.98) kontrol grubuna (Ort.=23.61) göre daha fazla puan almışlardır.

Tablo 5. Madde Bağımlısı Hastalar ile Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	P
Duygusal Kötüye Kullanım	Madde	31	43.61	384* *	.006
	Kontrol	40	30.10		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Madde	31	42.77	410* *	.012
	Kontrol	40	30.75		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Madde	31	44.61	353* **	.000
	Kontrol	40	29.33		
Duyusal İhmal	Madde	31	40.27	487.5	.124
	Kontrol	40	32.69		
Fiziksel İhmal	Madde	31	42.61	415* *	.015
	Kontrol	40	30.88		
ÇÇTSL Toplam	Madde	31	44.73	349.5 **	.002
	Kontrol	40	29.24		
Yenilik Arayışı	Madde	31	42.84	408* *	.014
	Kontrol	40	30.70		
Zarardan Kaçınma	Madde	31	42.71	412* *	.016
	Kontrol	40	30.80		
Ödül Bağımlılığı	Madde	31	30.24	441.5 *	.037
	Kontrol	40	40.46		
Sebat Etme	Madde	31	32.26	504	.172
	Kontrol	40	38.90		
Kendi Kendini Yönetme	Madde	31	22.18	191.5 ***	.000
	Kontrol	40	46.71		
İş Birliği Yapma	Madde	31	27.06	343* *	.001
	Kontrol	40	42.93		
Kendi Kendini Aşma	Madde	31	36.89	592.5	.749
	Kontrol	40	35.31		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Madde	31	37.29	580	.639
	Kontrol	40	35		
Zihinsel Boşverme	Madde	31	40.60	477.5	.095
	Kontrol	40	32.44		

Tablo 5'in devamı

Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma	Madde	31	42.10	431*	.027
	Kontrol	40	31.28		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Madde	31	34.31	567.5	.541
	Kontrol	40	37.31		
Aktif Başa Çıkma	Madde	31	31.69	486.5	.118
	Kontrol	40	39.34		
İnkar	Madde	31	37.48	574	.590
	Kontrol	40	34.85		
Dini Olarak Başa Çıkma	Madde	31	39.48	512	.204
	Kontrol	40	33.30		
Şakaya Vurma	Madde	31	36.31	610.5	.912
	Kontrol	40	35.76		
Davranışsal Olarak Boşverme	Madde	31	44.19	335*	.001
	Kontrol	40	28.59		
Geri Durma	Madde	31	42.39	422*	.020
	Kontrol	40	31.05		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde	31	32.45	510	.198
	Kontrol	40	38.75		
Kabullenme	Madde	31	35.87	593	.890
	Kontrol	40	35.21		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Madde	31	38.10	555	.448
	Kontrol	40	34.38		
Plan Yapma	Madde	31	28.45	386*	.006
	Kontrol	40	41.85		
Madde Kullanımı	Madde	31	51.98	124.5	.000
	Kontrol	40	23.61		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Tablo 6'da alkol bağımlıları ile kontrol grubu arasında uygulanan ölçekler ve alt ölçek puanlarına göre bir fark olup olmadığı özetlenmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi'nin tüm alt ölçek puanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Duygusal Kötüye Kullanım alt ölçek puanlarına bakıldığında ($U=618$, $p<.01$), alkol bağımlıların (Ort.=53.88) kontrol grubuna göre (Ort.=35.95) anlamlı olarak daha fazla puan aldıkları bulunmuştur. Fiziksel Kötüye Kullanım alt ölçek puanları ($U=580$, $p<.001$), alkol bağımlıları (Ort.=54.63), kontrol grubuna (Ort.=35) göre anlamlı olarak daha fazladır. Alkol

bağımlıları (Ort.=50.74), kontrol grubuna (Ort.=39.96) göre Cinsel Kötüye Kullanım puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($U=778.5$, $p<.05$). Duygusal İhmal puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($U=637$, $p<.01$). Buna göre alkol bağımlıları (Ort.=52.76), kontrol grubuna göre (Ort.=38.43) daha yüksek puan almışlardır. Fiziksel İhmal puanlarına göre de yine alkol bağımlılarının (Ort.=52.78), kontrol grubuna göre (Ort.=36.40) anlamlı olarak daha fazla puan aldıkları saptanmıştır ($U=636$, $p<.01$). Benzer şekilde Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi toplam puanları açısından anlamlı bir fark olduğu ($U=481$, $p<.001$), alkol bağımlıların (Ort.=55.18), kontrol grubuna (Ort.=32.53) göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. Alkol bağımlıların, daha fazla duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanıma, duygusal ve fiziksel ihmale maruz kaldığı, daha çok çocukluk çağı travmaları yaşadığı söylenebilir. Mizaç ve Karakter Envanteri bulgularına göre, Yenilik Arayışı ($U=741.5$, $p<.05$), Zarardan Kaçınma ($U=773$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Yönetme ($U=669.5$, $p<.001$) alt test puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Diğer alt test puanları açısından ise anlamlı bir fark yoktur. Alkol bağımlıları (Ort.=51.46), kontrol grubuna göre (Ort.=39.04) daha fazla Yenilik Arayışı puanları almışlardır. Zarardan Kaçınma alt test puanlarına göre de alkol bağımlıları (Ort.=50.84) kontrol grubundan (Ort.=39.83) daha fazla puan almıştır. Bunun yerine, Kendi Kendini Yönetme alt test puanlarına göre alkol bağımlıları (Ort.=39.13), kontrol grubuna göre (Ort.=54.76) daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Alkol bağımlıların, kontrol grubuna göre daha çok yenilik arayışı ve zardan kaçınma eğiliminde olduğu, daha az kendi kendilerini yönettikleri düşünülebilir. Son olarak Baş Etme Tarzları

Ölçeği'nin alt ölçek ölçeklerinden, Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma (U=554.5, $p<.001$), Geri Durma (U=735.5, $p<.5$), Kabullenme (U=580, $p<.05$), Diğer Meşguliyetleri Bastırma (U=740.5, $p<.05$) ve Madde Kullanımı (U=672, $p<.01$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Alkol bağımlıları (Ort.=53.13), kontrol grubuna göre (Ort.=34.36) daha fazla soruna odaklanıp, duygusal açığa vurdukları gözlenmiştir. Yine alkol bağımlıları (Ort.=51.58), kontrol grubuna göre (Ort.=38.89) daha fazla geri durarak baş etmektedirler. Alkol bağımlıları (Ort.=53.63), kontrol grubuna göre (Ort.=34.87) sorunları daha çok kabullenmektedir. Diğer Meşguliyetleri Bastırma puanlarına göre, alkol bağımlıları (Ort.=51.48), kontrol grubuna göre (Ort.=39.01) daha yüksek puan almışlardır. Kontrol grubu (Ort.=37.30), alkol bağımlılarından (Ort.=52.82) daha düşük madde kullanımı baş etme tarzını kullanmaktadır.

Tablo 6. Alkol Bağımlısı Hastalar ile Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	P
Duygusal Kötüye Kullanım	Alkol	51	53.88	618**	.001
	Kontrol	40	35.95		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Alkol	51	54.63	580***	.000
	Kontrol	40	35		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Alkol	51	50.74	778.5*	.014
	Kontrol	40	39.96		
Duyusal İhmal	Alkol	51	52.76	637**	.003
	Kontrol	40	38.43		
Fiziksel İhmal	Alkol	51	52.78	636**.	.003
	Kontrol	40	36.40		
ÇÇTSL Toplam	Alkol	51	55.18	481***	.000
	Kontrol	40	32.53		
Yenilik Arayışı	Alkol	51	51.46	741.5*	.026
	Kontrol	40	39.04		
Zarardan Kaçınma	Alkol	51	50.84	773*	.048
	Kontrol	40	39.83		

Tablo 6'nın devamı

Ödül Bağımlılığı	Alkol	51	44.52	944.5	.543
	Kontrol	40	47.89		
Sebat Etme	Alkol	51	45.85	1012.5	.952
	Kontrol	40	46.19		
Kendi Kendini Yönetme	Alkol	51	39.13	669.5*	.005
	Kontrol	40	54.76		
İş Birliği Yapma	Alkol	51	40.01	867.5	.222
	Kontrol	40	49.81		
Kendi Kendini Aşma	Alkol	51	49.82	825	.118
	Kontrol	40	41.13		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Alkol	51	48.25	905	.351
	Kontrol	40	43.13		
Zihinsel Boşverme	Alkol	51	45.64	1001.5	.881
	Kontrol	40	46.46		
Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma	Alkol	51	55.13	554.5*	.000
	Kontrol	40	34.36		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Alkol	51	49.04	865	.211
	Kontrol	40	42.13		
Aktif Başa Çıkma	Alkol	51	44.25	930.5	.470
	Kontrol	40	48.24		
İnkâr	Alkol	51	45.07	972.5	.701
	Kontrol	40	47.19		
Dini Olarak Başa Çıkma	Alkol	51	43.35	.885	.277
	Kontrol	40	49.38		
Şakaya Vurma	Alkol	51	46.05	1017.5	.984
	Kontrol	40	45.94		
Davranışsal Olarak Boşverme	Alkol	51	45.22	980	.905
	Kontrol	40	45.87		
Geri Durma	Alkol	51	51.58	735.5*	.021
	Kontrol	40	38.89		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Alkol	51	43.81	915.5	.490
	Kontrol	40	47.61		
Kabullenme	Alkol	51	53.63	580*	.001
	Kontrol	40	34.87		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Alkol	51	51.48	740.5*	.024
	Kontrol	40	39.01		
Plan Yapma	Alkol	51	49.90	821	.107
	Kontrol	40	41.03		
Madde Kullanımı	Alkol	51	52.82	672**	.002
	Kontrol	40	37.30		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Alkol ve madde bağımlılarında ölçek puanları açısından kadın katılımcılara göre bir fark olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U analiz yapılmış ve sonuçlar Tablo 7’de gösterilmiştir. Mizaç ve Karakter Envanteri alt test puanları ve Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi ve alt ölçek puanları açısından alkol bağımlısı kadınlar ile madde bağımlısı kadınlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Baş Etme Tarzları Ölçeği’nin sadece Madde Kullanımı alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (U=12, p<.05). Buna göre madde bağımlısı kadın katılımcılar (Ort.=9.58), alkol bağımlısı kadın katılımcılardan (Ort.=5.94) daha fazla madde kullanımı yöntemini kullanmaktadırlar.

Tablo 7. Alkol ve Madde Bağımlısı Kadın Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	P
Duyusal Kötüye Kullanım	Madde	8	6.33	17	.414
	Alkol	6	8.38		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Madde	8	7.5	24	1000
	Alkol	6	7.5		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Madde	8	9.5	12	.142
	Alkol	6	6		
Duyusal İhmal	Madde	8	6.17	16	.345
	Alkol	6	8.5		
Fiziksel İhmal	Madde	8	8.67	17	.414
	Alkol	6	6.63		
ÇÇTSL Toplam	Madde	8	7	21	.755
	Alkol	6	7.88		
Yenilik Arayışı	Madde	8	7.75	22.5	.852
	Alkol	6	7.31		
Zarardan Kaçınma	Madde	8	7.58	23.5	.950
	Alkol	6	7.44		
Ödül Bağımlılığı	Madde	8	6.58	18.5	.491
	Alkol	6	8.19		
Sebat Etme	Madde	8	9.5	12	.142
	Alkol	6	6		

Tablo 7'nin devamı

Kendi Kendini Yönetme	Madde	8	5.58	12.5	.142
	Alkol	6	8.94		
İş Birliği Yapma	Madde	8	6.08	30.5	.616
	Alkol	6	8.56		
Kendi Kendini Aşma	Madde	8	5.92	22.5	.213
	Alkol	6	8.69		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Madde	8	7	32.5	.750
	Alkol	6	7.88		
Zihinsel Boşverme	Madde	8	7.83	25	.335
	Alkol	6	7.25		
Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma	Madde	8	6.83	23	.250
	Alkol	6	8		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Madde	8	5.50	34	.892
	Alkol	6	9		
Aktif Başa Çıkma	Madde	8	7.25	33.5	.820
	Alkol	6	7.69		
İnkâr	Madde	8	7.33	29	.553
	Alkol	6	7.63		
Dini Olarak Başa Çıkma	Madde	8	8.08	24	.291
	Alkol	6	7.06		
Şakaya Vurma	Madde	8	7.5	33	.820
	Alkol	6	7.5		
Davranışsal Olarak Boşverme	Madde	8	7.33	21.5	.180
	Alkol	6	7.63		
Geri Durma	Madde	8	6.83	16.5	.067
	Alkol	6	8		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde	8	6.75	34	.892
	Alkol	6	7.21		
Kabullenme	Madde	8	5.92	33.5	.820
	Alkol	6	8.69		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Madde	8	6.75	32.5	.750
	Alkol	6	8.06		
Plan Yapma	Madde	8	5	29.5	.553
	Alkol	6	9.38		
Madde Kullanımı	Madde	8	9.58	12*	.024
	Alkol	6	5.94		

* $p < .05$

Erkek katılımcılardan madde bağımlıları ve alkol bağımlıları da ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 8). Mizaç ve karakter özelliklerine

bakıldığında Sebat Etme ($U=345$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Yönetme ($U=308$, $p<.01$) alt ölçek puanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu diğer alt test puanları açısından bu tarz bir fark saptanmadığı görülmüştür. Alkol bağımlısı erkek hastalar hem Sebat Etme (Ort.=38.98) hem de Kendi Kendini Yönetme (Ort.=39.84) alt ölçek puanlarından madde grubundaki erkeklerden (sebat etme için Ort.=26.8, kendi kendini yönetme için Ort.=25.32) daha fazla puan almışlardır. Baş Etme Tutumları Ölçek puanlarından, Zihinsel Boş Verme ($U=363$, $p<.05$), Dini Olarak başa Çıkma ($U=326.5$, $p<.05$), Davranışsal Olarak Boş Verme ($U=236$, $p<.001$), Kabullenme ($U=289.5$, $p<.01$), Plan Yapma ($U=239.5$, $p<.001$) ve Madde Kullanımı ($U=291.5$, $p<.01$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Madde bağımlısı erkekler (Ort.=41.48), alkol bağımlısı erkeklerden (Ort.=30.44) daha fazla zihinsel boş vermektedir. Dini Olarak Başa Çıkma tarzına göre madde bağımlısı erkekler (Ort.=42.94), alkol bağımlılarından (Ort.=29.59) daha yüksek puan almışlardır. Madde bağımlısı erkek hastalar (Ort.=46.56) yine alkol bağımlısı erkek hastalardan (Ort.=27.49) daha fazla davranışsal olarak boş vermektedir. Bunun yanında alkol bağımlısı erkekler (Ort.=40.27), madde bağımlısı erkeklerden (Ort.=24.58) daha fazla sorunları kabullenmektedir. Benzer şekilde alkol bağımlısı erkekler (Ort.=41.43), madde bağımlısı erkeklerden (Ort.=22.58) daha çok plan yapma yöntemini kullanmaktadır. Madde Kullanımı alt ölçek puanlarına göre ise, madde bağımlısı erkek hastalar (Ort.=44.34), alkol bağımlısı erkek hastalardan (Ort.=28.78) daha fazla puan almışlardır.

Tablo 8. Alkol ve Madde Bağımlısı Erkek Hastalara Uygulanan Ölçek Puanların Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	p
Duygusal Kötüye Kullanım	Madde	25	33.62	515.5	.779
	Alkol	43	35.01		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Madde	25	29.92	423	.142
	Alkol	43	37.16		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Madde	25	37.26	468.5	.346
	Alkol	43	32.90		
Duyusal İhmal	Madde	25	30.98	449.5	.327
	Alkol	43	35.80		
Fiziksel İhmal	Madde	25	32.56	489	.638
	Alkol	43	34.86		
ÇÇTSL Toplam	Madde	25	30.60	440	.338
	Alkol	43	35.27		
Yenilik Arayışı	Madde	25	36.64	484	.495
	Alkol	43	33.26		
Zarardan Kaçınma	Madde	25	35.40	515	.774
	Alkol	43	33.98		
Ödül Bağımlılığı	Madde	25	30.46	436.5	.196
	Alkol	43	36.85		
Sebat Etme	Madde	25	26.8	345*	.013
	Alkol	43	38.98		
Kendi Kendini Yönetme	Madde	25	25.32	308**	.003
	Alkol	43	39.84		
İş Birliği Yapma	Madde	25	28.80	395	.069
	Alkol	43	37.81		
Kendi Kendini Aşma	Madde	25	32.44	486	.512
	Alkol	43	35.70		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Madde	25	33.44	511	.733
	Alkol	43	34.12		
Zihinsel Boşverme	Madde	25	41.48	363*	.025
	Alkol	43	30.44		
Soruna Odaklanma ve Duygusal Açığa Vurma	Madde	25	32.90	497.5	.609
	Alkol	43	35.43		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Madde	25	29.84	421	.136
	Alkol	43	37.21		
Aktif Başa Çıkma	Madde	25	31.10	452.5	.276
	Alkol	43	36.48		

Tablo 8'in devamı

İnkâr	Madde	25	38.58	435.5	.190
	Alkol	43	32.13		
Dini Olarak Başa Çıkma	Madde	25	42.94	326.5**	.007
	Alkol	43	29.59		
Şakaya Vurma	Madde	25	35.60	510	.725
	Alkol	43	33.86		
Davranışsal Olarak Boşverme	Madde	25	46.56	236.**	.000
	Alkol	43	27.49		
Geri Durma	Madde	25	36.68	483	.484
	Alkol	43	33.23		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde	25	31.76	469	.380
	Alkol	43	36.09		
Kabullenme	Madde	25	24.58	289.5**	.001
	Alkol	43	40.27		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Madde	25	33.10	502.5	.652
	Alkol	43	35.31		
Plan Yapma	Madde	25	22.58	239.5***	.000
	Alkol	43	41.43		
Madde Kullanımı	Madde	25	44.34	291.5**	.001
	Alkol	43	28.78		

p<.05, **p<.01, *p<.001*

Tablo 9'de ise alkol ve madde bağımlılarında ölçek puanları cinsiyetlere göre karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi alkol ve madde bağımlılarında, Mizaç ve Karakter Envanteri alt test puanları, Çocukluk Çağı Travma Soru Listesi toplam ve alt ölçek puanları ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği alt ölçek puanları açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark görülmemiştir.

Tablo 9. Hasta Gruplarına (Alkol Bağımlısı + Madde Bağımlısı) Uygulanan Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Ortalama	U	p
Duyusal Kötüye Kullanım	Kadın	14	47.04	398.5	.338
	Erkek	68	40.36		
Fiziksel Kötüye Kullanım	Kadın	14	35.71	395	.314
	Erkek	68	42.69		
Cinsel Kötüye Kullanımı	Kadın	14	31.43	335	.056
	Erkek	68	43.57		
Duyusal İhmal	Kadın	14	39.14	443	.745
	Erkek	68	41.39		
Fiziksel İhmal	Kadın	14	38.21	430	.623
	Erkek	68	41.58		
ÇÇTSL Toplam	Kadın	14	40.86	457	.950
	Erkek	68	40.22		
Yenilik Arayışı	Kadın	14	50.64	348	.113
	Erkek	68	39.62		
Zarardan Kaçınma	Kadın	14	43.36	450	.748
	Erkek	68	41.12		
Ödül Bağımlılığı	Kadın	14	40.21	458	.823
	Erkek	68	41.76		
Sebat Etme	Kadın	14	35.75	395.5	.314
	Erkek	68	42.68		
Kendi Kendini Yönetme	Kadın	14	39.75	451.5	.762
	Erkek	68	41.86		
İş Birliği Yapma	Kadın	14	49.07	370	.191
	Erkek	68	39.94		
Kendi Kendini Aşma	Kadın	14	49.57	363	.163
	Erkek	68	39.84		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Genelleme	Kadın	14	37.46	419.5	.481
	Erkek	68	42.33		
Zihinsel Boşverme	Kadın	14	32.11	344.5	.103
	Erkek	68	43.43		
Soruna Odaklanma ve Duyusal Açığa Vurma	Kadın	14	43.11	453.5	.780
	Erkek	68	41.17		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	14	45.11	425.5	.531
	Erkek	68	40.76		
Aktif Başa Çıkma	Kadın	14	42.89	456.5	.809
	Erkek	68	41.21		

Tablo 9'un devamı

İnkâr	Kadın	14	31.71	339	.088
	Erkek	68	43.51		
Dini Olarak Başa Çıkma	Kadın	14	41.75	472.5	.965
	Erkek	68	41.75		
Şakaya Vurma	Kadın	14	40.07	456	.804
	Erkek	68	41.79		
Davranışsal Olarak Boşverme	Kadın	14	47.57	391	.290
	Erkek	68	40.25		
Geri Durma	Kadın	14	51.93	330	.070
	Erkek	68	39.35		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	14	50.65	3165	.104
	Erkek	68	39.15		
Kabullenme	Kadın	14	40.79	1466	.901
	Erkek	68	41.65		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Kadın	14	46.46	406.5	.387
	Erkek	68	40.48		
Plan Yapma	Kadın	14	40.36	460	.842
	Erkek	68	41.74		
Madde Kullanımı	Kadın	14	43.93	442	.667
	Erkek	68	41		

5.TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığı üzerine literatürde birçok çalışma mevcuttur. Bugüne kadar yayınlanmış çalışmaların büyük bir kısmı alkol veya madde bağımlılarını ya da her ikisini birden toplumla karşılaştırarak yapılmıştır. Alkol ve madde bağımlılarını birbirleriyle karşılaştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Alkol ve madde bağımlılığı bağımlılığının çeşitleri olsa da farklı özellikleri mevcut olan ve biyopsikososyal yaklaşım gerektiren bireyin yanında toplumu ve aileyi etkileyen hastalıklardır. Bizim bu çalışmada amacımız alkol ve madde bağımlıları toplumdan ve birbirlerinden hangi özellikleri ile ayrılıyor, stresle başa çıkma tutumları ve kişilik özellikleri açısındaki farklılar nelerdir sorulara yanıt vermeye çalışarak, koruyucu psikiyatrik yaklaşımlara ve tedavi sürecine katkıda bulunmaktır.

Grupların sosyodemografik özellikleri gözden geçirildiğinde cinsiyet açısından alkol bağımlıları ve madde bağımlıları hasta gruplarında belirgin derecede erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinde de alkol kullanımı erkeklerde daha sık iken bizim çalışmamızda bu oran çok daha yüksektir (25, 26). Bunun nedeni ülkemizin sosyal ve etnik özelliklerinin daha farklı olmasından kaynaklı olabileceği gibi; seçilen hastaların bir kısmının yatarak tedavi edilen hasta olması ve kadın hastaların yatarak tedaviyi daha az kabul etmeleriyle ilişkili olabilir. Bununla beraber erkek ve kadın hasta oranları ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer sonuçlardadır (23, 24). Madde kullanımında ise cinsiyet açısından erkek ve

kadın hasta oranları yurtdışında ve ülkemizde çalışmamızdaki oranlara benzerdir (60, 61, 62, 63, 64, 65). Grupların ortalama yaşlarına bakılacak olursa madde grubunun alkol grubuna göre daha genç olduğu tespit edilmiş ve bu bulgular yurtdışı ve ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumludur (23, 65, 142). Bunun nedeni alkol bağımlılığının madde bağımlılığına göre çok daha uzun sürede oluşması olabilir. Grupların eğitim durumları gözden geçirildiğinde alkol grubunun madde grubuna göre daha eğitilmiş olduğu fakat belirgin bir farklılık gözlenmediği görülürken eğitim düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yurtdışındaki çalışmalara benzer fakat ülkemizdeki çalışmalarla uyumsuzdur (24, 59, 60, 141, 142). Bunun nedeni çalışmamızdan daha önce ülkemizin zorunlu eğitim süresinin uzatılması ve hasta gruplarının tedavi olmak için başvuran daha içgörülü ve eğitilmiş insanlardan oluşması ile ve çalışmanın yapıldığı merkezin büyükşehirde bir üniversite hastanesi olması ile ilişkili olabilir. Grupların çalışma durumları gözden geçirildiğinde işsizliğin madde grubunda alkol grubuna göre daha yüksek olduğu ve alkol grubunda hastaların kamu sektöründe daha çok çalıştığı gözlenmektedir. Bu sonuçlar yurtdışındaki ve ülkemizdeki çalışmalarla uyumludur (23, 62, 143). Grupların medeni durumları ve evlilik süreleri gözden geçirildiğinden madde grubunun alkol grubuna göre daha az evlendiği, evlilik sürelerinin de alkol hastalarından daha kısa olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeni çalışmadaki madde bağımlısı hastalarının yaşının alkol hastalarına göre daha genç olmasından kaynaklı olabilir. Dikkat çekici diğer bir sonuç ise iki grubunda kontrol grubuna göre daha sık boşanma, ayrılma yaşamasıdır. Bu bulgu, tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi bağımlılığın aile içi sorunları, geçimsizliği ve

ayrılma oranını artırdığı sonuçları ile paralellik göstermiştir (144). Grupların çocuk sahibi olma oranları ise her üç grupta da benzer çıkmıştır. Alkol ve madde bağımlılarının sigara kullanımı ve sigaraya başlangıç yaşı benzer olmakla beraber kontrol grubundan oldukça farklıdır. Alkol ve madde kullanıcıları sigaraya erken yaşta ve yüksek bir paralellikle alkol veya maddeye başladıkları yaşta başlamaları dikkat çekicidir.

Literatürde alkol ve maddeye başlama yaşının 10 yaşına kadar inebildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Alkol ve maddeye başlama yaşının gelişimsel bir süreç olarak ergenlik dönemi içinde yer aldığı bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da yurtdışındaki ve ülkemizdeki çalışmalara benzer şekilde alkol ve madde kullanımına başlama yaş aralığı büyük bir çoğunlukla 12-20 yaş aralarında çıkmıştır (142, 143,145). Madde bağımlılarının hangi tür maddeleri kullandığı gözden geçirildiğinde ise hastaların en sık opiyat ikinci sıklıkta kannabis kullandığı gözlenmiştir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda ise en sık kullanılan madde kannabis olarak bildirilmekle beraber bu farklılığın nedeni madde grubunu daha çok yatarak tedavi gören ve tedavi olmak için başvuran hastalardan oluşturmamızla ilişkili olabilir. Bunun nedeni ülkemizde ve yurtdışında kannabis kullanımı kültürel olarak kabul görmesi olabilir (62, 65, 142). Maddeye başlama nedeni olarak en sık neden problemlerden kaçmak, ikinci en sık neden ise merak olarak çıkmıştır. Bu sonuçlar ile birlikte ileride tartışacağımız çocukluk çağı travmaları ve yenilik arayışının madde bağımlılarında yüksek çıkması oldukça dikkat çekicidir. Hastaların kaç kez tedavi gördüğü ve bırakma girişimleri gözden geçirildiğinde de hem alkol hem madde

gruplarında da sayıların oldukça yüksek oluşu bize alkol ve madde bağımlılığının tedavisinden ziyade önlenmesi yönündeki çalışmaların önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda ailede alkol veya madde kullanan birinin varlığı hasta gruplarında kontrol grubuna göre oldukça fazla çıkmıştır. Bu bulgu literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Bağımlılıkta, ailede alkol veya madde kullanan birinin oluşu, çocukluktaki davranış problemleri, yapısal özellikler, depresyon, stresli yaşam olayları, aile çatışmaları, akran grubu etkisi ve kültürel faktörlerin risk faktörü olarak sıralandığı çalışmalar mevcuttur (146, 147). Ailede alkol veya madde kullanan bireylerin varlığının aile içi şiddet eğilimini artırdığı çalışmalarla gösterilmiştir. Çocuk ile bağımlı ebeveyn ilişkilerine yönelik gözlemler, bağımlıların çocukları anlamaktan uzak, çocuklarıyla ilgili kararlar almada sorumsuz ve çocuklarına gerekli ilgiyi sağlamakta yetersiz olduklarını bildirilmiştir (79). Yine geçmiş yıllarda yapılan diğer bir çalışmada; kötü muameleye uğrayan çocukların babalarının %41'inin, annelerininse %10'unun alkol kullandığını belirtilmiştir. Benzer başka çalışmalarda alkol kullanan anne oranının %40, diğer bir çalışmada %50 baba ve %31 anne alkol kullanımından bahsedilmiştir (79). İstismarcı ebeveynlerin toplumsal açıdan yalıtılmış, sosyal destekten yoksun, çocuğun okul, yurt gibi kurumlarla ilişkilerini takip etmeyen, alkol ve madde kullanım sorunları olan, sıklıkla aile krizi yaşamış, kronik hastalıklara sahip özellikleri taşıdıkları saptanmıştır (80). Yakın yıllarda ülkemizde yapılan bir çalışmada da annesi alkol kullanmayan öğrencilerde alkol kullanma oranı (%26,8), annesi alkol kullanmayı bırakmış olan (%66,7), ayda birkaç kez alkol kullanan (%80), haftada birkaç kez alkol kullanan (%100) veya

her gün alkol kullanan (%100) öğrencilerin alkol kullanma oranına göre oldukça anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Babası alkol kullanmayan öğrencilerde alkol kullanma oranı (%17,6), babası alkol kullanmayı bırakmış olan (%34,1), ayda birkaç kez alkol kullanan (%49,6), haftada birkaç kez alkol kullanan (%57,8) veya her gün alkol kullanan (%71) öğrencilerin alkol kullanma oranına göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Babanın alkol kullanma sıklığının artmasıyla öğrencilerin alkol kullanma riskinin de artış gösterdiği belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada babası her gün alkol kullanan öğrencilerin madde kullanımının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (148). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise ortaöğretim öğrencilerinin babalarında alkol kullanımı olanlarda babası alkol kullanmayanlara göre ekstazi kullanma risklerinin arttığı bildirilmiştir (149).

Grupları çocukluk çağı travmaları açısından gözden geçirdiğimizde alkol bağımlılarında kontrol grubuna göre bütün alt ölçeklerde (duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım ve duygusal, fiziksel ihmal) ve toplam puanda anlamlı derecede yüksek puanlar saptanmıştır. Madde bağımlılarında ise duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım, fiziksel ihmal ve toplam puanda anlamlı derecede yüksek puanlar tespit edilmiş fakat duygusal ihmal alt ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alt ölçekleri madde ve alkol bağımlılarında karşılaştırdığımızda ise alkol grubunda cinsel kötüye kullanım dışındaki diğer alt ölçeklerde puanlar daha yüksek iken cinsel kötüye kullanım alt ölçeğinde madde bağımlılarının puanı daha yüksek çıksa da toplam puan ve alt ölçeklerde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Alkol bağımlıları hasta grubundaki kadınlarla madde grubundaki

kadınlar alt ölçekler bakımından karşılaştırıldığında cinsel kötüye kullanım madde grubunda anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Alkol bağımlıları hasta grubundaki erkeklerle madde grubundaki erkekler alt ölçekler bakımından karşılaştırıldığında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular yurtdışı ve yurtiçi çalışlardaki sonuçlarla uyumludur. Bağımlılarda çocukluk çağı travmasının genel popülasyona göre daha sık görüldüğü ve yaygınlık oranını %30-%59 arasında bildiren çalışmalar mevcuttur. Çocukluk çağı travması kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde kullanımı için yatkınlığı artıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (156). Birçok çalışmada çocuklara karşı zarar verici davranışların ve çocuk istismarının madde kullanımını % 40–80 oranında arttırdığı gösterilmiştir (150). Kendilik imgesini ağır biçimde zedeleyebilen çocukluk çağı kötüye kullanımı, alkol/madde bağımlılarında genel toplumdan daha sık saptanmıştır. Yapılan bir araştırma sonucunda çocukluklarında fiziksel şiddete maruz kalan erkeklerin %70-83 oranında alkol ve madde kullanma eğilimine sahip oldukları saptanmıştır. Yine başka bir çalışmada, geçmişte fiziksel şiddete maruz kalmanın kanun dışı madde kullanma olasılığını iki kat arttırdığı bulunmuştur (151, 152). Başka bir araştırmada ise uçucu madde kullanan 88 kişinin %59’unda fiziksel veya cinsel kötüye kullanım saptanmış, çocukluk örselenme yaşantıları ile ağır uçucu madde kullanımı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (153). Yapılan bir çalışmada, alkol ve alkol dışı madde bağımlılarında dissosiyatif belirti yaygınlığını ve çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi araştırılmıştır. Ülkemizde alkol veya madde bağımlılarında dissosiyatif belirtilerle çocukluk çağı

travmaları arasındaki ilişkinin en belirgin olarak duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmal ile olduğu gösterilmiştir (86). Başka bir araştırmada ise madde bağımlılarının %34'ünde çocukluk çağı kötüye kullanımı saptanmıştır (87). Bulgularımızdan farklı olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada kötüye kullanım veya ihmal öyküsü madde bağımlılarında alkol bağımlılarına göre daha yüksek oranda görülmüştür. Aynı çalışmada, bağımlılarının %56.1'inde kötüye kullanım veya ihmal saptanmıştır (157). Başka bir çalışmada ise bağımlılarda çocukluk çağı travmasının genel popülasyona göre daha sık görüldüğü ve yaygınlık oranını %30-%59 arasında olduğu bildirilmiştir. (158). Bu açıdan bakıldığında, fizyolojik ve psikososyal gelişimin önemli bir periyodu olan çocukluk, ergenlik döneminde yaşanan travmaların yarattığı psikolojik gerginliği alkol ve madde kullanımı ile yatıştırmaya çalışan bu hasta grubunda fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda ve kişilik gelişiminde sorunlar yaşanabileceği öngörülebilir. Ayrıca alkol ve madde gruplarında ailede bağımlı bireylerin fazla oluşu ile çocukluk çağı travmaların fazla oluşu dikkat çekicidir. Travma yaşantıları alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda mizaç ve karakter gelişimini etkilemiş olabileceği gibi baş etme yöntemlerinde farklılıklara neden olabilir.

Çalışmamızda madde bağımlıları kontrol grubuna göre başa çıkma tutumları ölçeğinin soruna odaklanma ve duygusal açığa vurma, davranışsal olarak boşverme, geri durma, madde kullanma alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek, plan yapma alt ölçeğinde ise anlamlı derecede düşük puan almıştır. Alkol bağımlıları ise kontrol grubuna göre sorunlara odaklanma ve duygusal açığa vurma, geri durma, kabullenme, madde kullanımı alt ölçeklerinde anlamlı

derecede yüksek puan almıştır. Alkol ve madde bağımlılarında, uyuma yönelik olmayan duygu odaklı başa çıkma tutumlarının kontrol grubuna yüksek olduğu görülmüştür. Madde ve alkol kullanımının stresle başa çıkmada bir yol olduğu, başa çıkma tutumlarının madde kullanma eğilimi ile anlamlı ilişkilere sahip olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir. Sorun odaklı, etkin başa çıkma tutumlarından çok duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumları ile psikopatoloji arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (154). Alkol ve madde bağımlıları ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların oldukça sınırlı oluşu tartışmayı güçleştirmektedir. Kişinin stres oluşturan bir etken karşısında problemi çözme biçimi; biliş, duygulanım ve davranışın birbiri ile karmaşık bir biçimde ilişkili olduğu bir süreçten geçtikten sonra şekillenir. Uyuma yönelik olmayan tutumlar problemin çözümünü daha da zor ve karmaşık hale getirebilir. Özellikle duyguya odaklanma, bastırma, yâdsıma, kaçınma gibi tutumlar ile bazı psikopatolojik belirtilerin şiddeti arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Madde ve alkol bağımlıları kendi arasında karşılaştırıldığında ise geri durma ve planlamada alkol grubunun puanları yüksek iken, zihinsel boş verme, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımında madde grubunun puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Alkol ve madde bağımlılarını karşılaştıran çalışmalar oldukça sınırlı olduğundan bulgular oldukça değerlidir ve bize madde bağımlılarının alkol bağımlılarına göre daha çok uyuma yönelik olmayan başa çıkma tutumlarını kullandıklarını ve sorunlarla baş etmede daha fazla sıkıntı çektiğini göstermektedir. Bu da alkol bağımlılarının gelir düzeyinin daha yüksek oluşunu, madde bağımlılarına göre

alışan sayısının daha fazla oluşunu açıklıyor olabilir. Dini olarak başa çıkmanın madde bağımlılığında yüksek çıkması dikkat çekicidir. Bunun nedeni ülkemizin çoğunlunun Müslüman olması, dinen alkolün yasaklanması ve madde kullanımının toplum içesinde alkol kadar anlaşılamamasından kaynaklanıyor olabilir. Alkol bağımlısı hasta grubundaki kadınlarla madde bağımlısı hasta grubundaki kadınlar karşılaştırıldığında madde kullanımı alt ölçeğinde madde grubu anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Sadece tek alt ölçekte anlamlı fark çıkması kadın sayısının az olmasından kaynaklı olabilir. Erkek hastalar karşılaştırıldığında zihinsel olarak boşverme, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boşverme, madde kullanımı alt ölçeklerinde madde grubu anlamlı derecede yüksek puan alırken, plan yapma alt ölçeğinde alkol grubu anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Hasta gruplarındaki kadın ve erkekler kendi aralarında karşılaştırıldığında başa çıkma tarzları ölçeğinde alt ölçeklerin hiçbirinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kadınlar ve erkekler arasında baş etme tutumları arasında anlamlı fark çıkması, baş etme tutumlarının cinsiyete özgü değıl de daha çok hastalığa özgü olduğunu gösteriyor olabilir.

Grupları Mizaç ve Karakter Envanteri açısından gözden geçirdiğimizde alkol ve madde bağımlıları kontrol grubu ile teker teker karşılaştırıldığında hasta grupları yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan alırken, kendi kendini yönetme alt ölçeğinde düşük puan almıştır. Ayrıca madde grubu ek olarak ödöl bağımlılığı ve işbirliği yapma alt ölçeğinde kontrol grubuna göre anlamlı düşük puan almıştır. Alkol veya madde bağımlılığında yenilik arayışında yüksek puanlar önceki çalışmalarda da

gösterilmiştir (133, 134, 162). Yüksek düzeyde yenilik arayışının olması bağımlılık davranışına yatkınlaştırıcı bir özellik olarak değerlendirilmektedir (163). Yenilik arayışı, tedavinin ilk dönemlerinde tedaviye bağlılığı arttırabilmekte, fakat tedavinin ilerleyen aşamasında nüksetme sebebi olabilmektedir. Literatürde zarardan kaçınma ile ilgili bulgular çelişkilidir; bazı çalışmalarda düşük, bazılarında yüksek olduğu bildirilmiştir (130, 131, 162). Zarardan kaçınma, ceza ve düş kırıklığı tehlikesine yanıt olarak davranışın ketlenmesini içerir. Zarardan kaçınmanın yüksek düzeyde olması utangaçlık, sosyal ketlenme, belirsizlikten korkmak, başkalarını endişelendirmeyecek durumlarda kötümserlik gibi kişilik özellikleriyle birliktedir. Bu özellikleri bastırmak için kişinin alkol/maddeye yönelebileceği düşünülebilir. Kendi kendini yönetme alt ölçeğindeki bulgular diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Düşük kendi kendini yönetme puanı alan kişiler zayıf, olgunlaşmamış, kırılğan, suçlayıcı, etkisiz, sorumsuz, güvensiz ve kendilerine saygıları az olan kişiler olarak tanımlanmaktadır. İşbirliği yapma özelliği az olanlar, sosyal hoşgöründen yoksun, eleştirici, diğer kişilere karşı ilgisiz, yardımsever olmayan ve intikamcı kişiler olarak tanımlanırlar (118,160). Düşük kendi kendini yönetme yüksek kişilik bozukluğu ihtimali ile uyuşmakta, düşük işbirliğine yatkınlık ise kendi kendini yönetmenin belirleyici değerini ayarlayarak bu farkı arttırmaktadır (161) . Çalışmamızda madde bağımlılarında işbirliği puanlarının kontrole göre düşük çıkıp, alkol bağımlılarında çıkmaması kişilik bozukluğu ihtimalinin alkol bağımlılarına göre madde bağımlılarında daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu bulguyu destekler şekilde çalışmamızda alkol ve madde grupları kendi

aralarında karşılaştırıldığında kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma alt ölçeklerinde alkol grubu madde grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Alkol bağımlısı hasta grubundaki kadınlarla, madde bağımlısı hasta grubundaki kadınlar karşılaştırıldığında alt ölçeklerde anlamlı fark saptanmazken; erkek hastalar karşılaştırıldığında sebat etme, kendi kendini yönetme alt ölçeklerinde alkol grubu madde grubuna göre anlamlı derece yüksek puan almıştır. Bu durum kadın örnekleminin az olması ile ilişkili olabilir.

Tartışmanın sonunda akla gelen diğer bir soru da baş etme yolları ve kişilik özellikleri mi hastaların alkol veya madde kullanım tercihini etkiliyor veya alkol ve madde kullanımı ile mi baş etme yolları veya kişilik özellikleri değişiyor sorusudur. Bu konuda yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi, çalışmanın kesitsel olmasıdır. Diğer bir sınırlılık olarak düşünülebilecek olan örneklem sayısı ise yeterli olmakla birlikte sayının daha yüksek olması çalışmanın gücünü artırabilirdi. Ayrıca kadın hastaların sayısının az oluşu cinsiyet karşılaştırmalarında çalışmanın gücünü kısmen azalttı. Alkol ve madde grubunun yaşlarının farklı olması sonuçların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken bir diğer faktördür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda alkol ve madde bağımlıları sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, baş etme tutumları ve kişilik özellikleri açısından kendi aralarında ve kontrol grubu ile karşılaştırılmış, her iki grupta da değişkenlerin birçoğunda kendi aralarında ve kontrol grubunda anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

2. Kişinin yaşadığı çevre ve sosyal ortamı, aile yapısı, çocukluk çağı travmaları, baş etme tutumları ve kişilik özellikleri, kişinin alkol veya madde kullanımını etkileyen özelliklerdir. Bu konuların koruma ve tedavi sürecinde ele alınması olumlu katkılar sağlayabilir.

3. Alkol ve madde bağımlılığı, bağımlılık olsa da birbirinden farklı bileşenleri olan ayrı ayrı incelenmesi ve tedavi yaklaşımları gerektiren hastalıklardır.

4. Alkol ve madde bağımlılığı uzun yıllar seyreden ve tedavisi güç hastalıklardır. Hastalığın tedavisinden ziyade önlenmesine yönelik koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar gerekmektedir.

5. Alkol ve madde bağımlılarında medikal tedavinin yanında baş etme tutumları ve kişilik özelliklerini değiştirmeye yönelik psikoterapotik müdahaleler, hastalığın tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir.

6. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin erişkin döneme etkileri ve sonuçları ile ilgili çalışmalarla literatüre yeni bilgiler eklenmelidir.

7. Alkol ve madde bağımlılığında risk etmenlerini belirlemeye yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Doğan Y.B: Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, Ed. Dilbaz N. Ankara, s:1-8, 1997
2. Akşit B.T. Türkiye'de Madde İstismarı ve Godot Beklentisi.3P Dergisi, 5 (Ek:2): 46-50
3. Alpay N, Karamustafaoğlu N, Kükürt R ve ark. Madde Bağımlılarında Suç. Düşünen Adam. 8(2): 16- 17, 1995
4. Arıkan Z, Coşar B, Işık A ve ark. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Kriz Dergisi, III. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayısı; Alkol ve Madde Bağımlılığı, 4;2:93-100, 1996
5. Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin incelenmesi Ahmet TÜRKCAN Düşünen Adam; 1998, 11 (3): 56-64
6. Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: Yüksek oranda alkol-madde kullanımı M. Yumru, H. Savaş, H. Tutkun, H. Herken, M. Karasu, H. Dülger Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:30-35
7. Madde Kullanım Bozuklukları M. BEYAZYÜREK, T Tolun ŞATIR; PSİKİYATRİ DÜNYASI 2000;4:50-56

8. Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? Klinik Psikiyatri 2003 6:80-85
9. Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. Psychol Rep, 80:447-450
10. Berksun OE, Ünal S, Göğüş AK: Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(2):141-145
11. Eskin M, Akoğlu A,Uygur B: Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):266-275
12. İlhan İ Ö, Sayıl I:Zorlayıcı yaşam olayları ve ruhsal bozukluklar ilişkisi Kriz Dergisi 7 (1) 1-6
13. Muhtar N. Alkol Bağımlılarında Bağlanma, doktora tezi.İstanbul üniv. Sağlık bilimleri enstitüsü, psikiyatri anabilim dalı, İstanbul, 2003
14. Öztürk F. Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.2000
15. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1. baskı;1998

16. Kaplan HI, Sadock BJ, Substance Related Disorders, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, Cancro R, 1997,7 th Edition, vol.2 pp, 1724-1725
17. Miller NS,Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. 3. Baskı, Mercel Dekker Inc, New York, NY,199118.Orhan S. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Alkol Bağımlılığı Eş Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi. İstanbul.2001
19. İncesu C.Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi. İstanbul.1993
20. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC,1994
21. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992
22. Ömer H, Tamam L. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.1998; 12:14-22

23. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol madde bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
24. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4):310-318.
25. Antony JC: Epidemiology of Drug addiction. Miller NS8ed):Compherensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction'da. New York, Marcel Decker Inc,1991.
26. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman Ü, Aytaçlar S, Ergör G, Çakmak D. Prevalence of alcohol use in İstanbul. Psychol Rep, 92:1081-8, 2003.
27. World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva:World Health Organization;2004.
28. Seyman, İ. Uyusturucu Sorununun Türkiye'deki Boyutları. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2000 Ankara.
29. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Uyusturucu Madde Olayları Genel Değerlendirmesi, Ankara
30. Sayım, A. Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin incelenmesi. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.2000
31. Uzbay, İ. T. Madde Bağımlılığı. Bilim Teknik Dergisi. Nisan, 1996: 20-26.

32. Sabuncuoglu, B. Uyusturucu Bagımlılığı. Ankara: Milli Eğitim Yayınları 1995
33. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR, (2001); Substance use disorder in patients with PTSD, A review of the literature; Am J Psych; 158: 1184-1190.
34. Ozden SY. (1992) Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitapevleri 109-116.
35. Schuckit MA, (1995) : Drug and alcohol abuse : Aclinal guide to diagnosis and treatment, 4.th edition, Plenum Medical Book Company, New York.
36. Özden SY. (2004). Uyusturucu Madde Bağımlılığı, II. Baskı, _stanbul
37. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 215-363.
38. Dr. Berna Uluğ Alkol□Madde Kullanım Bozuklukları BÇB Kursu 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi Ekim 2010, İzmir
39. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Mudurluğu Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları.: Madde Kullanımı Olan Hukumlularla Çalışma Personel Kitabı. Yayım No: 8. Ankara, 2007

40. Demirsoy, C., Psikoaktif Madde Kullananlarda Sucu Etkileyen Faktorlerin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1996
41. Velez, C.N., Ungemack, J.A.: Drug use among Puerto Rican youth: an exploration of generational status differences. *Social Science & Medicine*, 29(6):779-89, 1989.
42. Stockdale, S.E, Wells, K.B., Tang, L., Belin, T.R.: The importance of neighborhood context: community characteristics, social support, and mental health/substance abuse disorders. Submitted for the American Sociological Association Meeting-San Francisco, 2004.
43. Benda, B.B.: Survival analyses of social support and trauma among homeless male and female veterans who abuse substances. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1): 70–79, 2006.
44. Izehue, U.H.: Alcohol and drug taking among medical students at a Nigerian University campus: part 2. Sociodemographic factors of etiologic significance. *Journal of the National Medical Association*, 80(2): 1988.
45. Richardson, L.J. Dwyer, K., McGuigan, K., Hansen, W.B., Dent, C., Johnson, C.A., Susman, S.Y., Brannon, B., DPhil, B.F.: Substance use among eighth-grade students who take care of themselves, after school. *Pediatrics*, 84(3): 556-566, 1989.

46. Riggs, S., Alario, A.J., McHorney, C.: Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *The Journal of Pediatrics*. 116(5): 815- 821, 1990.
47. Hantaş, Y.: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, 2002 (Yayımlanmamış).
48. Rounsaville, B.J., Anton, S.F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B.A., Gawin, F.: Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48(1): 1991.
49. Semiz, U.B., Ateş, M.A., Algul, A.,M. İyisoy, S., Guneş, C., Başoğlu, C., Ebrinc, S., Cetin, M.: Antisosyal kişilik bozukluğu olan erkek bireylerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 17: 162-166, 2007.
50. Durmaz, G.: Uyuşturucu madde kullanan adolesanlarda benlik saygısı. Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, 1995 (Yayımlanmamış).

51. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Mudurluğu Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları. Kamu Hizmeti Yaptırımı Çalışma Personel El Kitabı. Yayın No: 10. Ankara, 2007, s. 71.
52. Beyazyurek, M., Şatır, T.T.: Madde kullanım bozuklukları: Psikiyatri Dnyası, 4: 50-56. 2000.
53. Velleman, R.D.B., Templeton, L.J., Copello, A.G.: The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug And Alcohol Review*, 24: 93–109, 2005.
54. Raboteg-Saric, Z. Rijavec, M., Brajsa-Zganec, A.: The relation of parental practices and selfconceptions to young adolescent problem behaviors and substance use. *Nord J Psychiatry*. 55: 203–209, 2001.
55. Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H., Li, F.: The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*. 21(4): 349–357, 2002.
56. Wills, T.A., Resko, J.A., Ainette, M.G., Mendoza, D.: Role of parent support and peer support in adolescent substance use: a test of mediated effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2): 122–134, 2004.
57. Huba, G., J., Wingerd, J.A., Bentler, P.M.: Longitudinal analysis of the role of peer support, adult models, and peer subcultures in begining adolescent

substance use: an application of setwise canonical methods. Multivariate Behavioral Research, 15: 259-279, 1980.

58. Ebrinc, S., Başoğlu, C., Cetin, M., Karaduman, F., Cobanoğlu, N., Maden, B.: Bir grup genc yetişkin erkekte uyuşturucu madde kullanımına yönelik görüşler. Bağımlılık Dergisi, 3(3): 137-145, 2002.
59. Yagcı, M. T.. Ortaöğretim Kurumlarında Görev Yapan Eğitimcilerin Uyusturucu _le Mücadelede Etkinlik Düzeyleri. H. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (1999)
60. Sayım, A.. Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin _ncelenmesi. _ Ü. Adli Tıp Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. istanbul. (2000)
61. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167
62. Johnston L, O Malley P, Bachman J. National survey results on drug use from themonitoring the future study, 1975-1998. U.S Department of health and human services; Public Health Service National Institutes of Health. 1999
63. Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ Üniversite Öğrencileri Arasında Madde KullanımıTürk Psikiyatri Dergisi, 1994; 5(4):283-286.

64. Lise öğrencilerinde tütün, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi projesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayınlanmamış rapor, WHO, 1995.
65. Ögel K, Tamar D. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi, Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, Prive Ltd., İstanbul, 1996;s:12-23.
66. Ögel K, Tamar D, Çorapçıoğlu A ve ark. Lise gençleri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12: 47-52
67. Young MA, Ford JD, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. White River Junction, Vermont 055009 660/2-1998/ 750, www.dorthmount.edu.
68. Friedeman MJ. Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals; 2000.
69. Terr L: Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of “Normal” children. American Academic Child Psychiatry 1983; 22:221–230
70. Brown GW (2002) Measurement and the epidemiology of childhood trauma. *Seminology of Clinical Neuropsychiatry*, 7:66-79

71. Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? Klinik Psikiyatri 2003 6:80-85
72. Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. Psychol Rep, 80:447-450
73. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD ve ark. (1998) Major depressionin individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. American Journal of Psychiatry, 155:1746-1752
74. Schafer M, Schnack B, Soyka M (2000) Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. Psychotherapy Psychosomatics Medical Psycholgy, 50:38-50
75. Terr L: Remembered images in psychic trauma. Psychoanalytic Study of Children 1985; 40–0.493–533
76. Freud A: Comments on trauma, in The Writings of Anna Freud, vol V, 1956–1965: Research at the Hampstead Child Therapy Clinic and Other Papers. New York, International Universities Press, 1969
77. Lifton R, Olson E: The human meaning of total disaster. Psychiatry 1976; 39:1–18

78. Kural, S., Evren, C., Cakmak, D.: Alkol/Madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer 1. eksen tanıları ve çocukluk çağı kotuye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi, 6(1), 2005.
79. Kameen, M.C., Thompson, D.L.: Substance abuse and child abuse-neglect: implications for direct-service providers. Personnel and Guidance Journal, 61(5):269-273, 1983.
80. Aslan, S.H., Alparslan, Z.N.: Çocukluk orselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Turk Psikiyatri Dergisi; 10: 275–285, 1999.
81. Hantaş, Y.: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, 2002 (Yayımlanmamış).
82. Werner, E.E.: High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry, 59(1): 72-81, 1989.
83. Williams-Peterson, M. G., Myers, B. J., Degen, H. M., Knisely, J. S., Elswick, R. K., and Schnoll, S.S.: Drug-using and nonusing women: Potential for child abuse, childrearing attitudes, social support, and affection for expected baby. The International Journal of the Addictions, 29(12): 1631-1643, 1994.

84. Marcenko, M.O., Kemp, S.P., Larson, N.C.: Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3): 2000.
85. Oral, G., Tanman, C., Bayar, R., İlkya, E., Ziyalar, A.: Sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklar ve ucuca madde bağımlılığı. *Yeni Symposium*, 33(2-3): 73-79,1995.
86. Evren, C., Ogel, K.: Alkol/Madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 30-37, 2003.
87. Dunn G.E., Ryan, J.J., Dunn C.E.: Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4): 357-60,1994.
88. Dunn, G.E., Ryan, J.J., Paolo, A.M., and Van Fleet, J.N.: Comorbidity of dissociative disorders among patients with substance use disorders. *Psychiatr Services*, 46:153-156, 1995.
89. Ağargun, M. Y., Besiroğlu, L., Kıran, U. K., Ozer, O. A., Kara, H.: COPE (Başa Cıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir on çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-226, 2005.
90. Clark, K.K., Bormann, C.A., Cropanzano, R.S., James, K.: Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*, 65(3): 434-455, 1995.

91. Smith, C.L., Eisenberg, N., Spini, T.I., Chassin, L., ve ark.: Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Development and Psychopathology*, 18: 445-469, 2006.
92. Folkman, S., Lazarus, R.S.: An analysis in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21: 219-239, 1980.
93. Franken, I.H.A., Hendriks, V.M., Haffmans, J.P.M., Van der Meer, C.W.: Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(10): 1125–1132, 2003.
94. Baez, T., The effects of stress on emotional well-being and resiliency through mediating mechanisms of active coping skills and family hardiness. Ph.D. Dissertation, Michigan State University, United States - Michigan. ProQuest Digital Dissertations database, 1999.
95. Honey, A., Halse, C.: The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 16: 611, 2006.
96. Folkman, S., Lazarus, R.S., Schetter, C.D., DeLongis, A., and Gruen, R.J.: Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5): 992–1003, 1986.

97. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K.: Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 267–283, 1989.
98. Ingledew, D.K, McDonagh, G.: What coping functions are served when health behaviours are used as coping strategies?. *Journal Health Psychology*, 3: 195, 1998.
99. Parker, J.D.A., and Endler, N.S.: Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344, 1992.
100. Palabıyıklıoğlu, R.: Durumsal Krizler: Hastalığa Bağlı Olarak Beliren Krizler. Edit. Okyayuz, U.H.: Sağlık Psikolojisi, Turk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1999, s. 139-140.
101. Taylor, S.E., Health Psychology. (3 rd ed.). New York: Mc Graw-Hill, Inc.
102. Savaşır I., Şahin N.H.: Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Turk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. 1997; ss. 9-10.
103. Pines, M.: Psikolojik Sağlamlık. Cev.-Edit: Şahin, N.H., Stresle Başa Cıkma, Turk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1981, s. 43.
104. Keskin, G.U., Orgun. F.: Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 92-99, 2006.

105. Amirkhan, J.H.: Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2): 242–61, 1994.
106. Keskin, G., Orgun. F.: Bir grup universite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8: 262-270, 2007.
107. Kaya, M., Genc, M., Kaya, B., Pehlivan, E.: Tıp fakultesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 137-146, 2007.
108. Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D.A., Shaw, I.: Coping and help-seeking in the UK adult population. *The British Journal of Clinical Psychology*, 29(3): 271-285, 1990.
109. Rosella, J.D., Albrecht, S.A.: Toward an understanding of the health status of black adolescents: an application of the stress-coping framework. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16(4): 193-205, 1993.
110. Vostanis, P.: Çocuklarda travmatik yaşantılar, psikolojik sonuçları ve tedavisi. *Current Opinion in Psychiatri*., 17: 269-273, 2004.
111. Durmaz, G.: Uyuşturucu madde kullanan adolesanlarda benlik saygısı. *Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi*, 1995 (Yayımlanmamış).

112. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Mudurluğu Denetimli Serbestlik veYardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları. Çocuk ve Genc Hukumlularla Çalışma Personel El Kitabı. Yayın No: 12. Ankara, 2007, ss. 50-80.
113. Thornton, C., Gottheil, E., Patkar, A., Weinstein S.: Coping styles and response to high versus low-structure individual counseling for substance abuse. The American Journal on Addictions, 12: 29-42, 2003.
114. Rafnsson, F.D., Jonsson, F.H., Windle, M.: Coping strategies, stressful life events, problem behaviors, and depressed affect. Anxiety, Stress and Coping, 19(3): 241–257. 2006.
115. Ceylan, E., Turkcan, A.: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. İstanbul, 2003, ss. 275–276.
116. Toker T. Madde kullananlarda çocukluk çağı örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi Haziran, 2008
117. Yancar C. Madde bağımlılarında komorbidite ve ikinci eksen kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi 2005
118. Cloninger CR: A psychobiological model temperament and character. Arch. Gen. Psych. 50;975-990. 1993

119. Cloninger CR, Svrakic DM: Personality Disorders; in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, VII th Edition. 2000
120. Ozturk O,: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1992
121. Sorias O. Psikiyatrik Değerlendirme Olcekleri.Editorler: Gulec C, Koroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı.Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1997:81-95.
122. Ozer OA (1991) Ortaöğrenim öğrencilerinin psikoaktif madde kullanımına yaklaşımı ve demografik özellikler. Uzmanlık tezi, Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, s.18-34.
123. Lewis CE, Bucholz KK. (1991): Alcoholism, antisocial behavior and family history. Br. J. Addict. (2):177-194.
124. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. (1990): Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse-Results from ECA Study, JAMA, Nov. 21; Vol.264, No:19.
125. Ross HE, Glasser FB, Germanson T(1988);The Prevalance of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and Other Drug Problems; Arch Gen Psych;Vol:45;Nov;1023-1031.
126. Trull TJ, Sher KJ,Minks-Brown C, Durbin J. (2000): Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: A review and İntegration,Clinical Psychology Review 20, 235-253.

127. Brown PJ, Recupero PR, Stout R. (1995) PTSD substance abuse comorbidity, treatment and utilization; Addict Behav; 20: 251-254
128. İbiş M. (1997): Yatarak sağaltım gören erkek alkol bağımlılıklarının yetiştirilme biçimi ve kişilik bozuklukları, Uzm Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
129. Oner H, Tamam L. (2002): Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eşanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 12: 14-22.
130. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. (2003): Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. Drug Alcohol Depend; Jul 20; 71(1):65-75.
131. Gardener A., Nordlander T, Pederson T, (2002): Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. Subst. Use Misuse 37;1-18.
132. Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rognà L, Boggio S. (2004): Quality of life and personality disorders in heroin abusers. Drug Alcohol Depend; 5; 76(1):73-80.
133. Hosak I, Preiss M, Halir M. ve ark. (2004): Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. Eur. Psych. 19;193-195.

134. Laviola G, Adriani W, Terranova ML. ve arkadaşlarının (1999):Psychobiological risk factors for vulnerability to psychostimulants in human adolescents and animal models. Neu. Bio. Rev. 23;993-1010.
135. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population David P Bernstein Ph.D. , Taruna Ahluvalia B.A., David Pogge Ph.D., Leonard Handsman M.D. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Volume 36, Issue 3, March 1997, Pages 340-348
136. Ağargun, M. Y., Besiroğlu, L., Kıran, U. K., Ozer, O. A., Kara, H.: COPE (Başa Cıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir on çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 221-226, 2005.
137. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K.: Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2): 267–283, 1989.
138. Carver, C.S.: You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief Cope. International Journal Of Behavioral Medicine. 4(1): 92-100, 1997.
139. Köse S, Sayar K, Ak I. Ve ark (2004): Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;14:107-131

141. Tuncer C, Ersül Ç, Beyazyürek M, Beşikçi N. Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı 1987: 184-187.
142. Beyazyürek M, Alpkan L, Karamustafalıoğlu KO ve ark. Uyuşturucu madde bağımlıları sosyodemografik özellikler. Düşünen Adam 1990;3: 59-61.
- 143.M.Bulut Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri Bağımlılık Dergisi 2006 s:65-70
144. Arıkan Z, Coşar B, Işık A, Candansayar S, Işık E, Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevalansı, Kriz Dergisi, 4 (2), 1996.
145. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M, Alkol Bağımlılığında Klinik Özellikler ve Sosyodemografik Değişkenler, Bağımlılık Dergisi, 1(2):81-85, 2000.
146. Windle M.; “Coexisting Problems and Alcoholic Family Risk Among Adolescents”, Annals New York Academy of Sciences 1994; 708:157-164.
147. Vaillant G.E., Hillersturmhofel S.; “The Natural-History of Alcoholism”, Alcohol Health and Research World 1996; 20 (3): 152-161.
148. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler. Dr. Özge SARAÇLI Uzmanlık tezi 2007.

149. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Tot S, Dogan O, Sır A, Bilici M, Tamar D, Uguz S, Yenilmez Ç, Tamar M. (2003) Türkiye'de ortaöğretim gençliği arasında Ecstasy kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 4(2): 67-71.
150. Dore, M.M.: Impact and Relationship of Substance Abuse and Child Maltreatment: Risk and Resiliency Factors: What Research Tells Us. Center for Advanced Studies in Child Welfare, University of Minnesota School of Social Work, Minneapolis, MN. 1998.
151. Riggs, S., Alario, A.J., McHorney, C.: Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. The Journal of Pediatrics. 116(5): 815-821, 1990.
152. Huang, S.: The long-term effect of adverse childhood experiences on subsequent use of illicit drugs and alcohol in young adulthood: a prospective study. Dissertation, University of Miami, Florida, 2007.
153. Fendrich, M., Mackesy-Amity, M.E., Wislar, J.S. and Goldstein, P.J.: Childhood abuse and the use of inhalants: differences by degree of use. American Journal of Public Health, 87(5): 765-769, 1997.
154. Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi Psk. Timur TOKER Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(2):83-92

155. Averna S, Hellesbrock V (2001) The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics: *Addictive Behaviors*, 26(3):363-374.
156. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223-1229
157. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* 31 2006; 475–485
158. McCauley K, Kern DE, Kolodner K, et al. Clinical characteristics of women with history of childhood abuse *JAMA* 1997; 277: 1362-1368.
159. Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., White, T.L.: Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1): 5-13, 1987.
160. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. 1. baskı, St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994, 67-81.
161. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:

162. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 175-182
- 163- Basiaux P, Le Bon O, Dramaix M et al. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001; 6: 584-587.

8. ÖZET

Alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

Alkol ve madde kullanımı son yıllarda giderek artmakla beraber ülkemizin önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Alkol ve madde kullanımı sadece kullanan bireyi değil, aileyi ve toplumu derinden etkilediğinden fiziksel ve ruhsal sorunların yanında birçok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da yol açmaktadır. Kimlerin bağımlı olabileceğinin tespit edilmesi tam olarak mümkün olmamasına rağmen belirli bazı ortak özelliklerin varlığını söylemek de mümkündür. Bu özelliklerin belirlenmesinde çocuğun içinde bulunduğu aile ve ortam, halen içinde yaşadığı çevre ve bu çevrede üstlendiği rollerin yanında geçmiş yaşantısı ve geçirdiği çocukluk travmaları, başa çıkma tutumları ve kişilik özellikleri önemlidir.

Bu çalışmada 51 alkol ve 31 madde bağımlısı hasta sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma yöntemleri ve kişilik özellikleri açısından kendi aralarında ve 40 bağımlı olmayan bireyle karşılaştırılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi, Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Mizaç ve Karakter Envanteri uygulanmıştır.

Madde ve alkol bağımlılığı gruplarında erkek örneklem sayıca daha fazla bulunmuş; madde bağımlılığı grubunun yaş ortalaması alkol bağımlılığı grubunun

yaş ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur. Medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim durumu değişkenleri kontrol grubunda alkol grubuna göre daha fazla iken, en düşük olarak madde grubunda saptanmıştır. Sigara kullanımı, ailede alkol veya madde kullanımı madde grubunda daha fazla gözlenirken en az kontrol grubunda gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları açısından alkol ve madde grubunun bütün alt ölçek ve toplam puanları kontrol grubundan yüksekken, kendi aralarında belirgin bir fark saptanmamıştır. Başa çıkma tutumları gözden geçirildiğinde madde grubu alkol grubuna göre ölçeğinin soruna odaklanma ve duygusal açığa vurma, davranışsal olarak boşverme, geri durma, madde kullanma alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek, plan yapma alt ölçeğinde ise anlamlı derecede düşük puan almıştır. Alkol bağımlıları ise kontrol grubuna göre sorunlara odaklanma ve duygusal açığa vurma, geri durma, kabullenme, madde kullanımı alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Alkol ve madde bağımlılarında, uyuma yönelik olmayan duygu odaklı başa çıkma tutumlarının kontrol grubuna yüksek olduğu görülmüştür. Grupları Mizaç ve Karakter Envanteri açısından gözden geçirdiğimizde alkol ve madde bağımlıları kontrol grubu ile teker teker karşılaştırıldığında hasta gruplarının yenilik arayışı ve zarardan kaçınma alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek iken, kendi kendini yönetme alt ölçek puanları ise düşüktür. Ayrıca madde grubunda ek olarak ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma alt ölçek puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Sonuç olarak; kişinin yaşadığı çevre ve sosyal ortamı, aile yapısı, çocukluk çağı travmaları, baş etme tutumları ve kişilik özellikleri, kişinin alkol veya madde kullanımını etkileyen özellikler olduğu söylenebilir. Madde bağımlılığı daha kısa

sürede ve genç yaşlarda başladığı için risk faktörleri atlanmamalıdır. Alkol ve madde bağımlılarında medikal tedavinin yanında baş etme tutumları ve kişilik özelliklerini değiştirmeye yönelik psikoterapotik müdahaleler, hastalığın tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir. Alkol ve madde bağımlılığı uzun yıllar seyreden ve tedavisi güç hastalıklardır. Hastalığın tedavisinden ziyade önlenmesine yönelik koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar gerekmektedir.

9. İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Comparison Of Sociodemographic Properties, Childhood Trauma, Coping Strategies And Personality Of Alcohol And Substance Addictors

Alcohol and substance addiction is increasingly one of the major health problems of our country. Alcohol and substance addiction affects not only addicts but also their family and society resulting in physical and psychological problems besides legal and economical problems. Detection of addicts is not always possible on the other hand some common properties are reported. Childhood family and surrounding environment, roles in society at the past and during daily life, childhood trauma and coping methods and personality are important data in determining these properties.

51 alcohol and 31 substance addicts are compared with 40 nonaddicts according to sociodemographic, childhood trauma and overcoming methods and personality in this study. Sociodemographic data forms, childhood trauma asking lists and overcoming scale scores and temperament, character inventories are performed to the attendings.

Alcohol and substance addicts are predominantly male, average age was younger in substances addicts than alcohol addicts. Marriage status, education and economic status were higher in control group, lowest level was reported in substances addicts, Smoking, alcohol and substance intake level were higher in substance addicts family whereas it was detected lowest in control group. While total score and whole subscores calculations were higher than control group, there

was no significant difference within alcohol and substance addictor groups according to childhood traumas. At the coping strategies substance group get lower scores than the alcohol group on focus on and venting of emotions, behavioral disengagement, restraint and planning subscales and get higher scores on substance use subscales. However in alcohol group get significant higher scores on acceptance subscales than substance group. Also both alcohol and substance group get higher scores than control group on emotion focused strategies which is maladaptive. When we compare alcohol and substance addictor group with controls according to temperament and character envaners, novelty seeking and selfavoidance subgroup scores were higher but selfgovernment subscores were lower in alcohol and substance adddictor group. Additionally, reward dependence and cooperation scores were lower in substance addicts than controls.

In conclusion; daily living and social environment, family structures, childhood traumas, attitude of coping and personality are affecting features in alcohol and substance addiction. Because substance addiction observed in younger patient and begins within shorter duration of time, risk factors should not be skipped. Beside medical treatment, psychothrepatic interventions for attitude of coping and changing personlity may possitively affect treatment process. Because, alcohol and substance addiction treatment is time consuming and difficult, protective psychiatric approaches are mandatory for prevention.

EKLER

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Tanı: Madde 1

Alkol 2

Sağlıklı 3

Ad – Soyad :

Adres ve telefon :

Yaş:

16-25 1 40-60 3

26-40 2 60 üstü 4

Doğum Yeri:

Köy 1

Küçük şehir 2

Büyük şehir 3

Yaşadığı şehir:

Köy 1

Küçük şehir 2

Büyük şehir varoş 3

Büyükşehir orta sınıf 4

Büyük şehir lüks 5

Cinsiyet:

Kadın 1

Erkek 2

Eğitim durumu:

Okuryazar değil	1	Lise	4
İlkokul	2	Y.okul-Üniv.	5
Ortaokul	3		

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış	1	Emekli	5
Öğrenci	2	Malulen emekli	6
Aralıklı çalışmış	3	Halen çalışıyor	7
İşten ayrılmış	4		

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

İşçi	1
Memur	2
Serbest meslek	3
Diğer (yazınız):.....	

Gelir durumunuz nedir?

0-1000 TL	1
1000-2000 TL	2
2000 TL ve üzeri	3

Medeni Durumu:

Evli	1	Boşanmış	4
Dul	2	Hiç evlenmemiş	5
Ayrı yaşıyor	3		

Evli iseniz kaç senedir evlisiniz :

0- 6 ay	1
6 ay- 1 sene	2
1 sene- 5 sene	3
5 sene- 10 sene	4
10 sene- 20 sene	5
20 seneden fazla	6

Alkol / madde nedeni ile eşinizden ayrılık- boşanma yaşadınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Kaçıncı evliliğiniz:

Birinci	1
Birden fazla	2

Çocuğunuz var mı?

Evet	1
Hayır	2

Çocuk sayısı:

Bir	1
Bir-üç	2
Üçten fazla	3

Evde beraber yaşadığınız aile büyüğünüz var mı?

Var	1
Yok	2

Dinen kendinizi nasıl tanımlarsınız?

Dindar değil	1
Zayıf	2
Orta	3
Kuvvetli	4

Anne-babanızın eğitim durumu?

Okuryazar değil	1
İlkokul	2
Ortaokul	3
Lise	4
Y.okul-Üniv.	5

Madde Kullanıyormusunuz?

Evet	1
Hayır	2

Ne kadar süredir madde kullanıyorsunuz?

Son 1 aydır	1
3 aydır	2
3 ay-1 sene	3
1-5 sene	4
5 seneden fazla	5

Madde kullanımına başlama nedeniniz?

Popüler olmak	1	Problemlerden kaçmak	5
Merak	2	Ağrı	6
Güvenini artırmak	3	Ben Bağımlı Olmam	7

İlgi çekmek	4	Keyif almak	8
-------------	---	-------------	---

Maddeyi nerden temin ediyorsunuz?

Aile	1	Satıcı	4
------	---	--------	---

İş	2	Arkadaş	5
----	---	---------	---

Mahalle	3		
---------	---	--	--

Madde kullanımına başlangıç yaşı?

0-12 yaş	1	20-40 yaş	4
----------	---	-----------	---

12-16 yaş	2	40-60 yaş	5
-----------	---	-----------	---

16-20 yaş	3	60 yaş ve üzeri	6
-----------	---	-----------------	---

Hangi tür maddeler kullanıyorsunuz?

Opioid	(morfin, eroin, dolantin vs)	1
--------	------------------------------	---

İnhalan	(uhu,tiner, bali vs)	2
---------	----------------------	---

Kannabis	(esrar,marihuana)	3
----------	-------------------	---

Kokain		4
--------	--	---

Halisunojenler (LSD)		5
----------------------	--	---

Sedatif-hipnotikler	(Xanax,diazem,rivotril,ketamin vs)	6
---------------------	------------------------------------	---

Anfetamin (Extazy vs)		7
-----------------------	--	---

Birden fazlası		8
----------------	--	---

Daha önce madde kullanımı nedeniyle tedavi gördünüz mü?

Evet	1
------	---

Hayır	2
-------	---

Kaç kez tedavi gördünüz?

1	1
---	---

2	2
---	---

3	3
---	---

Daha fazla 4

Kaç kez maddeyi bırakma girişiminiz oldu?

1 1

2 2

3 3

Daha fazla 4

Maddeye başladıktan sonra madde kullanmadığınız en uzun süre?

0-1 hafta 1 6 ay- 1 sene 4

1 hafta -1 ay 2 1 sene- 5 sene 5

1 ay- 6 ay 3 5 seneden fazla 6

Daha önceden herhangi bir suçtan ceza almış mı?

Evet 1

Hayır 2

Ailede madde kullanan birileri var mı?

Madde 1

Alkol 2

İkiside 3

Yok 4

Varsa kim?.....

Daha önce şiddete uğradınız mı?

Yok 1

Sözel 2

Fiziksel 3

Cinsel 4

Ailenizde yaşadığınız bir kayıp var mı?

Anne	1
Baba	2
Eş	3
Kardeş	4
Çocuk	5
Birden fazla	6
Yetiştirme yurdu	7

Alkol kullanıyormusunuz?

Evet	1
Hayır	2

Alkol kullanıyorsanız ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

Ayda birden az	1
Ayda 1-2 kez	2
Haftada 1-2 kez	3
Haftada 3-4 kez	4
Neredeyse her gün	5

Alkole başlangıç yaşı?

0-12 yaş	1	20-40 yaş	4
12-16 yaş	2	40-60 yaş	5
16-20 yaş	3	60 yaş ve üzeri	6

Hergün alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız?

0-12 yaş	1	20-40 yaş	4
12-16 yaş	2	40-60 yaş	5
16-20 yaş	3	60 yaş ve üzeri	6

Hangi tür alkollü içecek kullanıyorsunuz/ kullanıyordunuz?

Bira	1	Viski	4
Rakı	2	Şarap	5
Votka	3	Birden fazla	6

Alkol aldığınızda ne miktarda alıyorsunuz/ alıyordunuz? 1

1-2 standart içki	1
3-5 standart içki	2
Daha fazla	3

Alkol bağımlılığı nedeni ile hastaneye yattınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Yattınız ise kaç kez?

1	1
2	2
3	3
Daha fazla	4

Kaç kez alkolü bırakma girişiminiz oldu?

1	1
2	2
3	3
Daha fazla	4

En uzun ayık kalma süreniz nedir?

0-1 hafta	1	6 ay- 1 sene	4
1 hafta -1 ay	2	1 sene- 5 sene	5
1 ay- 6 ay	3	5 seneden fazla	6

Şu anda ne karda süredir ayıksınız?

0-1 hafta	1	6 ay- 1 sene	4
1 hafta -1 ay	2	1 sene- 5 sene	5
1 ay- 6 ay	3	5 seneden fazla	6

Sigara kullanıyormusunuz?

Evet	1
Hayır	2

Sigaraya başlangıç yaşı?

0-12 yaş	1
12-16 yaş	2
16-20 yaş	3
20-40 yaş	4
40-60 yaş	5
60 yaş ve üzeri	6

Geçmişte tedavi gördüğünüz herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse tanıyı yazınız.....

Şu an psikiyatrik bir tedavi görüyor musunuz?

Evet	1
Hayır	2

Bilinen bir hastalığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse belirtiniz:

Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı ?

Evet 1

Hayır 2

Evetse isimlerini yazınız

Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse kim

EK-2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuz ve bundan önceki ergenlik döneminiz boyunca başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylarla ilgilidir. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır.

Dikkat... Her cümlenin başında “Çocukluğumda ve bundan önceki ergenlik dönemim boyunca...” ifadesi vardır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık_Sık	Çok_Sık
	1	2	3	4	5
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim biri vardı.					
2. Ailemdekiler beni eleştirirlerdi.					
3. Yeterli yemek bulamazdım.					
4. Ailemdekiler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.					
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven biri vardı.					
6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.					
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.					
8. Ailemde biri bana şiddetle bağırır ya da azarlardı.					
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.					
10. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenirlerdi.					
11. Sokaklarda barındığım oldu.					
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.					
13. Anne ya da babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
14. Ailemdekilerin polisle başları dede girerdi.					
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğumu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
16. Ailemden birine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.					
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen biri vardı.					
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kalırdım.					

19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım (akrabalar ya da başka bir aile).					
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğrayabileceğine inanıyorum.					
21. Sevildiğimi hissediyorum.					
22. Anne ve babam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.					
23. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
24. Ailemden biri bana öyle kötü vurdu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekti.					
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağına emin olduğum biri vardı.					
26. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
27. Benden yaşça çok büyük biri ile cinsel temasta bulunuyordum. (benden en az beş yaş büyük biri)					
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da ana baba) vardı.					
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka bir set vurularak cezalandırılıyordum.					
30. Ailemde değişmesini istediğim bir şey yoktu.					
31. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranıyorlardı.					
32. Ailemdelikler bana kırıcı ve saldırganca sözler söylerlerdi.					
33. Bedensel olarak (vücutça) kötüye kullanılmış olduğuna inanıyorum.					
34. Ailemdelikler beni kötü etkilerden korumaya çalışıyorlardı.					
35. Bana o kadar kötü vuruluyordu ya da dövülüyordum ki öğretmen, ya da doktor bunu fark ediyordu.					
36. Ailemdelikler kendilerine hakim değil gibiydiler.					
37. Ailemdelikler okula gitmemi ve eğitimi destekliyorlardı.					
38. Evden uzaklaştırdım, öyle ki nerede olduğumu kimse bilmezdi.					
39. Bana verilen cezalar eziyet derecesindeydi.					
40. Ailemde biri benden nefret ederdi.					
41. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissediyorlardı.					
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
43. Ailemdelikler beni dışarılar ya da ittiler.					
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle ya da iftira atmakla tehdit eden biri oldu.					
45. Çocukluğum mükemmeldi.					

46. Ailemden biri tarafından yaralanmaktan korkuyordum.					
47. Biri beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.					
49. Biri bana cinsel tacizde bulundu.					
50. Duygusal bakımdan kötüye olduğuma inanıyorum.					
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
53. Ailem benim için güç ve destek kaynağıydı.					

EK-3 MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ

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

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

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

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

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

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

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

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

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

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

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

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

	DOGRU (D)	YANLIŞ (Y)
1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumnu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumnu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y

18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissedirim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımanın acı çektiğini görmek bana hoşnutsuluk verir.	D	Y
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem.	D	Y

36. İşleri terar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı.	D	Y
37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım.	D	Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarımı çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y

56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlardan genellikle sakın ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü	D	Y

duyarım.		
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamının gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y

93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularına güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kısırluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarımı uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y

112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y

131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğumu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akılcıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımanın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum	D	Y

148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırıyorum ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y

168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten	D	Y

hoşlanırım.		
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok işe yarar.	D	Y
198. Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y
202. Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir.	D	Y

207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y

225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görüntümlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığımızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK-4 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Adınız: Yaşınız: Cinsiyetiniz: Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunalıma verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Cok az böyle yaparım 3=Yarı yarıya böyle yaparım
4=Coğunlukla böyle yaparım

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5. Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6. Kendi kendime “boyle bir sorunun gercekte var olmadığını” soylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7. Allah`a tevekkul eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gulerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek cabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geciririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13. Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17. Uzulurum ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18. Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19. Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Soz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değışmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya cabalamaktan hemen vazgecerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25. Sorunun ustesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28. Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29. Daha olumlu taraflarını gorebilmek icin sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33. Sorunu cozmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34. Başkalarından sempati ve anlayış gormeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36. Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37. İstedigimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39. Sorunu en iyi nasıl cozebileceğim konusunda düşünurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40. Sorun gercekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41. Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kotuye gitmesine yol acmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42. Sorunun cozumune yonelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri onlemeye ciddi şekilde caba gosteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51. Sorunu cozmeye yönelik cabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59. Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrube kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()