



**T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE  
DÜRTÜSELLİK, YEME TUTUMU VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE  
İLİŞKİSİ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

**Sema AKKOYUN**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ**

**İstanbul 2019**

**T.C**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE**  
**DÜRTÜSELLİK, YEME TUTUMU VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE**  
**İLİŞKİSİ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

**Sema AKKOYUN**  
**164102257**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ**

**İstanbul 2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI**

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 164102257
Öğrenci Adı Soyadı	: SEMA AKKOYUN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: DOÇ. DR. IŞIL GÖĞCEGÖZ
Tezin Başlığı	: ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK, YEME TUTUMU VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

**TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi	: 26.04.2019	Saati	: 10:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	: ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK, YEME TUTUMU VE DİĞER DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ	
Üye	Dr.Öğr. Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Dürtüsellik, Yeme Tutumu ve Diğer Değişkenler İle İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma”adlı çalışmamın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım çalışmalarını kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Adı Soyadı:

Sema AKKOYUN

İmza:

## ÖNSÖZ

Bu araştırmada, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler ve tanı almamış sağlıklı bireylerin dürtüsellik, yeme tutumu, dikkat eksikliği hiperaktivite belirtisi arasındaki ilişki ile demografik durumla ilişki incelemesi yapılmıştır.

Bu araştırmamda desteğini ve iyi niyetini benden esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım her daim hoşgörü ve güler yüzüyle, samimiyetiyle bana yardımcı olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ'e çok teşekkür ederim.

Eğitimim süresince desteğini ve iyi niyetini benden esirgemeyen, beni maddi manevi destekleyen, her zaman yanımda olan ve sabırla her konuda destek olan sevgili annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecini beraber geçirdiğim, her türlü fikir alışverişinde bulunduğum ve desteğini aldığım meslektaşlarım, arkadaşlarım Elif KURTULUŐ, Müge ÇELİKEL ve diğer destek olan sevgili arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

SEMA AKKOYUN

Nisan, 2019

## ÖZET

(AKKOYUN, Sema, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

### *Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Dürtüsellik, Yeme Tutumu ve Diğer Değişkenler ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma*

Bu çalışma, alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hasta grup ile sağlıklı kontrol grubunda yeme tutumları, dürtüsellik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) belirtileri karşılaştırılmıştır. Çalışma, 58 hasta grup ve 60 sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır (N=118). Bu çalışmada; Sosyo-demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ölçekleri kullanılmıştır. Karşılaştırma ve ilişki analiz yöntemlerinin kullanıldığı çalışmada elde edilen bulgulara göre alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hasta grubun yeme tutumu ve dürtüsellik alt boyutlarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Ayrıca, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış gruptaki kadın hastaların hiperaktivite puan ortalamaları en yüksek puan olarak bulunmuştur. Gruplara göre korelasyon analizi değerlendirildiğinde hasta grubun yeme tutumu ve dürtüsellik puanları düzeyleri kontrol grubuna göre pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin daha sık görüldüğü düşünülebilir. Daha geniş hasta gruplarıyla yeni çalışmalar yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Alkol Kullanım Bozuklukları, Bağımlılık, DEHB, Dürtüsellik, Yeme Tutumu

## ABSTRACT

(AKKOYUN, Sema, Master's Degree, Istanbul, 2019)

### *Impairment, Eating Attitude and Relationship with Other Variables in Individuals with Alcohol Use Disorders: A Controlled Study*

The aim of this study was to compare eating attitudes, impulsivity, and attention deficit and hyperactivity (ADHD) symptoms in a healthy control group and a clinical group diagnosed with alcohol use disorder. 58 participants in clinical group and 60 in nonclinical group participated in the survey study (N=118). These questionnaires include Socio-Demographic Information Form, Eating Attitude Test (EAT-40), Barratt Impulsivity Scale (BIS), Adult Attention Deficit and Hyperactivity Scale. According to the results of the study, which was revealed by comparison and correlational analysis methods, it was found that the participants who were diagnosed with alcohol use disorder had higher scores on eating attitudes and impulsivity subscales than healthy group. In addition, the mean hyperactivity scores of female participants in the group diagnosed with alcohol use disorder was found to be the highest among participants. However, according to the correlation between the eating attitude, impulsivity and ADHD subscales of both groups, the level of significance of the correlation between eating attitude and impulsivity of the participants in the healthy control group was higher than clinical group. Results indicated that impulsivity and ADHD symptoms were seen higher among individuals diagnosed as having alcohol and substance use disorder. Further studies may be needed for studying larger sample groups so as to expand the scope of the research.

**Keywords:** Addiction, ADHD, Eating Attitudes, Impulsivity.

# İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ .....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ .....	viii
KISALTMALAR .....	ix
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ .....	1
1.1. Problem Tanımı .....	1
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Problem Cümlesi.....	6
1.5. Araştırmanın Sayıtları.....	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
1.7. Tanımlar.....	6
BÖLÜM II.....	8
GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU .....	8
2.1.1. Tarihçe.....	8
2.1.2. Tanım .....	9
2.1.3. Alkol Kullanım Bozukluğunun Etiyoloji ve Epidemiyolojisi.....	11
2.2. DÜRTÜSELLİK .....	12
2.2.1. Dürtüsellik ile Alkol Kullanım Bozukluğunun İlişkisi .....	13
2.3. YEME PSİKOPATOLOJİSİ .....	14

2.3.1 Anoreksiya Nervoza.....	16
2.3.2. Bulimiya Nervoza .....	18
2.4.3. Alkol Kullanım Bozukluğu ile Yeme Tutumu/ Bozukluğu İlişkisi.....	19
2.4.4. Yeme Tutum/Bozukluğu ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkisi.....	20
2.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU .....	21
2.4.1. Tarihçe.....	21
2.4.2. Tanım .....	22
2.4.3. DEHB Etiyoloji ve Epidemiyolojisi .....	22
2.4.4. Dürtüsellik ve DEHB Arasındaki İlişkisi .....	23
2.4.5. Yeme Bozuklukları ve DEHB İlişkisi .....	24
BÖLÜM III .....	26
YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	26
3.2. Veri Toplama Araçları .....	26
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	26
3.2.2. Yeme Tutum Testi.....	27
3.2.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği .....	27
3.2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği .....	27
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri .....	28
BÖLÜM IV .....	29
BULGULAR.....	29
4.1.Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri .....	29
4.2.Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almış Katılımcıların Klinik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri .....	31
4.3.Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısına Göre Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	33

4.4.Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ...	38
BÖLÜM V.....	41
TARTIŞMA .....	41
5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
5.2. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler .....	44
BÖLÜM VI.....	45
SONUÇ .....	45
KAYNAKÇA .....	47
EKLER .....	62
Ek-1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu .....	62
Ek-2. Yeme Tutumu Ölçeği .....	65
Ek-3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği .....	67
Ek-4. DEHB Erişkin Formu .....	69
ÖZGEÇMİŞ .....	72

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almış ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Demografik Değişkenlerinin Frekans Dağılımları .....	29
Tablo 2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Katılımcıların Klinik Değişkenlerinin Frekans Dağılımları.....	31
Tablo 3. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Grupların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının Bağımsız Örnekleme t Testi.....	34
Tablo 4. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Grupların Cinsiyete Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri .....	35
Tablo 5. Cinsiyet ve Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Değişkenlerine göre Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının MANOVA Sonuçları.....	37
Tablo 6. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alanların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyonu.....	38
Tablo 7. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almayanların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyonu.....	39

## KISALTMALAR

**AN:** Anoreksiya Nervoza

**BN:** Bulimiya Nervoza

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

**ICD:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**YTT:** Yeme Tutumu Testi

**YB:** Yeme Bozukluğu

**TYB:** Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

**AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu

**TPD:** Türk Psikologlar Derneği

**UNODC:** Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**MSS:** Merkezi Sinir Sistemi

**AMATEM:** Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1.Problem Tanımı

Alkol, günümüzde gelişmiş ülkelerin en başta olmak üzere toplumun yaşantısında sosyal iletişimi arttırmak amacıyla alkol kullanan ve en çok göz ardı edilen sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Alkol bağımlılığı, günümüzün en kapsamlı ve ciddi problemlerinden birisidir. Kişinin yaşamı boyunca üretkenliğinde ve toplumsal işlevselliğinde azalmaya yönelik sorunun giderek artması ve sürekli hale gelmesiyle bir diğer psikiyatrik rahatsızlıklara zemin hazırladığı bilinmektedir.

Alkol bağımlılığı, kişi zarar gördüğü halde kullanmaya devam etmesiyle alkolü uzun bir süre bırakmayarak ve sürekli alkol arayışında olması, kullanım miktarını giderek arttırmasıyla karakterizedir. Bağımlılığa sebep olan faktörlerle ilgili çok fazla görüş olmasına rağmen alkolizmin sebebi net olarak bilinmemektedir ve birçok etkenli bozukluk olarak kabul edilmektedir. Alkol kullanımına bağlı bozuklukların fiziksel, ruhsal, sosyal ve aile gibi faktörlerin sorunlarıyla ortaya çıkması ya da bu sorunlarla birlikte oluştuğu belirtilmektedir (Knott,1986).

Alkol ve madde kullanım bozuklukları Avrupa ülkeleri ve ABD ile karşılaştırıldığında Türkiye’de daha düşük oranlarda görülmektedir. Son yıllarda Türkiye’de alkol ve madde kullanımı bir sorun olarak görülsede ilgili çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir (Akşit, 1997; Hasin ve ark.,2007; Deborah ve Cheryl, 2009; O’Flynn, 2011; Rehm ve ark., 2013; Yeşilbursa, 1997; Köroğlu, 1994; Yiğit ve Khorshid, 2006).

Uzun süreli alkol kullanımı nörobilişsel bozukluklar geliştirmektedir (Crews and Boettiger, 2009). Alkol bağımlılarında yürütücü işlevlerin bozulduğunu ve dürtüsellik, bağımlılığın gelişmesiyle pekişmesinde davranışsal ve bilişsel etkenler olduğunu ortaya koyan önemli çalışma bulguları vardır (Jakubczyk at al., 2013). Alkol bağımlılığı tanısı kişilerde yürütücü ve bilişsel işlev duygu düzenleme bozukluklarının alkol bağımlılığı için

hazırlayıcı mı olduğu ya da alkol kullanımına bağlı olarak mı geliştiği tam olarak bilinmemektedir (İlhan ve ark., 2004).

Alkol kullanım bozukluğundaki yeme bozukluğu oranları günümüze kadar gelen yapılmış çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Alkol bağımlıların %35'i önceden YB olduğu ve BN olgularının %50'si alkol kötüye kullanımı olduğu ya da aşırı miktarda alkol kullandıklarını bildirmişlerdir (Beray, Lacey and Merry, 1986).

Bağımlılık yapan madde kullanımı genellikle öfke ve şiddet ile ilgili olan davranış bozukluğu, dürtü kontrol problemleri ve antisosyal gibi sorunlarla bağlantılı olabilmektedir (Ögel, 2001; Kurupınar, 2012). Bu sorunlardan biri olan dürtü kontrol problemi; genelde istenmeyen durumlara yol açan ortama uygun olmayan ya da aşırı riskli, yeterince düşünülmemiş çeşitli davranışları içerir. Sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, yenilik arayışı, heyecan arayışı ve zarar görme ihtimalini olduğundan daha düşük seviyede hesaplama ve dışa dönük olma gibi özelliklerle kendisini gösterir. Çoğunlukla istenmeyen sonuçlara ya da uygun olmayan durumlara neden olan zamansız ifade edilmiş ve risk taşıyan yaygın bir eylemdir (Yazıcı ve Yazıcı, 2010). Ailenin çevresinde öğrenilmiş bir davranışı ele alındığımızda dürtü kontrolünün sosyal bir rolü çıkmaktadır. Burada anlatılan rol açıklaması ise, dürtüsel davranışları olduğunu ifade ederek tek bir hareketten oluşan birçok davranış örüntüsüne işaret etmektedir ve bu hareketin sonuçları ise öngörülemez (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012).

Dürtüsellik, bireyin içten veya dıştan gelen uyarana karşı kendisi ya da başkası için zararlı olabilecek biçimde düşünmeden yanıt verme eğilimidir (Moller at al., 2001). Dürtüsellik, alkol kullanma başlangıcında olduğu kadar kullanımı sürdürmekte de bağlantılı ve önemli bir özelliktir. Dürtüsellik düzeyi yüksek olan bireylerde ödül uyararı ile karşılaştırıldığında düşük dürtüsellik düzeyine sahip kişiye göre davranışını engelleme durumunda daha fazla zorluk yaşamaktadır (Boettiger at al. 2007; Dawe at al. 2004; Dom at al. 2006; Finn at al. 1999). Dürtüsellik birçok psikiyatrik rahatsızlığın nedenini, gidişatını ve klinik ağırlığını etkileyen kompleks ve çok boyutlu bir kavramdır (Kale, 2006). De With'e (2009) göre alkol bağımlılığının gelişiminde de dürtüsellik rol oynadığı düşünülmektedir.

Araştırmalara göre alkol ya da madde bağımlısı olan birçok kişide eş zamanlı oluşan bir başka psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. En fazla görülen tanılar ise; anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve duygudurum bozukluklarıdır. Eşlik eden anksiyete bozuklukları en büyük grubu oluşturmaktadır (Brady at al., 2000). Alkol ya da

madde kullanımı dönem dönem depresif epizodlar da oluşturabilir. Alkol ya da maddenin bırakıldıktan sonraki zamanlara uzanabilen ağır depresif semptomlara neden olabileceğini gösteren araştırmalar ve klinik gözlemler mevcuttur (Kaplan and Sadock, 1997). Alkol veya madde kullanan bireylerde oluşan psikiyatrik bozukluk ve sendromların nasıl geliştiği henüz tam bilinmemektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan dikkatsizlik, artmış hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile gözlenen ve erişkin döneme kadar uzanabilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Okul çağı çocuklarındaki sıklık %5-8 arasında saptanmıştır. Çocukluk çağında tanı alan kişilerin %60-85'i ergenlik döneminde, %60'ı erişkinlikte de tanı kriterlerini sürdürmektedir. Eriřkinlerde DEHB sıklığının %2-4'lerde olduğu tahmin edilmektedir. DEHB çođu zaman sosyal ilişkilerde, kişilerarası ilişkilerde ve akademik işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Günümüzde çocuklarda ve erişkinlerde DEHB tanısı kabul görmeye başlanmıştır. DEHB, kişilerarası ilişkilerde, okul veya iş dünyasında yaşanan çeşitli olumsuz etkileri ačíından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunları arasındadır. DEHB'li kişiler sadece kendileri değil çevrelerini, ailelerini, ebeveynlerini de etkilemektedir. DEHB'nin belirtileriyle en çok ilişkisi olan nörotransmitter dopamindir (Sadock at al., 2015).

Yeme bozuklukları ise erken dönemlerde ortaya çıkan ve uzun süre devam eden, ortaya çıkış sebepleri karmaşık veya terapötik anlamda güçlüklerle tanımlanan ciddi bir rahatsızlıktır (Oral ve Hisli şahin, 2008). Birçok psikiyatrik bozukluk, ailesel ya da çevresel stres, yeme bozukluğu ile sonuçlanabilir (Fassino, Daga, Piero, Leombruni and Rovera, 2001).

Yeme bozukluğu bireydeki yeme davranışının normalden farklı bir şekilde seyir etmesiyle ortaya çıkar ve ölümcül sonuçlara yol ačajabilmektedir (Ertař, 2006). Genelde en çok karşılaşılan yeme bozuklukları olan anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza zayıf olmaya karşı gösterilen yoğun arzular ile ölümcül sonuçlar olabilmektedir (Hebebrand at al, 1997; Butcher at al., 2008). Yeme bozukluğu birçok olguyla doğrudan ilişkilidir ve eř zamanlı olarak görölmektedir. Klinik çalışmalarda depresyon ve bulimia nervoza arasında güçlü bir ilişki bulunurken bireyin benlik saygısının düşük olmasının, duygulanım, aile içi ilişkilerde bozukluk, yemek bozukluğu tanısı alan insanlarda anlamlı gözlenebilen olgular olmuştur. Çeřitli kişilik özellikleri de yeme bozuklukları ile ilişkilidir. Kısıtlı bir tip anoreksiya

nervozalarda duygusal anlamda engellenmiş olma ve riskten kaçınma gibi davranışlar gözlenmektedir.

Son yıllarda hem yeme bozukluğu hastalarında DEHB sıklığının toplumdan daha fazla olduğuna dair araştırma sonuçları hem de DEHB'li hastalarda YB veya obezite sıklığının toplumdan daha fazla olduğuna dair yapılan araştırma sonuçları olduğu görülmektedir. YB ile DEHB arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir.

DEHB'de dürtüselliğin ön plana çıkmasıyla çalışmalar başlangıçta obezite daha sonra da tıknırcasına yemenin ön planda olduğu BN ve TYB üzerinde yoğunlaşmakta olup, AN ile DEHB ilişkisi sadece son yıllarda yapılan araştırmalarda dikkat çekmiştir ve araştırmalar bu alanda halen oldukça azdır.

Beslenme davranışı, bireyin yaşadığı toplumun kültürel özellikleriyle şekillendirmeye başlamakta; yaşam koşullarına göre bilinçsiz beslenme, dengesiz yeme, zaman darlığı nedeniyle hızlı yeme veya yemek yemenin geçiştirilmesi gibi olumsuz beslenme alışkanlıklarına dönüşebilmektedir (Keel and Klump, 2003). Bu tür alışkanlıkların yeme bozukluklarına yol açabilmesi; bedensel, psikolojik ve sosyal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yaklaşıma gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Yeme bozuklukları, yeme davranışında ciddi bir bozulma ile karakterize olan klinik durumdur (DSM III-R,1987; Canat, 1999). Yeme bozukluklarını diğer patolojilerle birlikte olabileceği son yıllarda dikkati çeken konudur en fazla üstünde durulan konular duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve alkol kullanım bozukluklarıdır (Kuruoğlu and Arıkan,1995; Schuckit et al., 1996; Cinemre, 1999). Yeme bozuklukları alkol kullanım bozuklukları gibi bir kontrol sorunu olarak ele alınabilmektedir. Bu bozukluklarda somatik ya da fiziksel yollarla dürtülere çözümler aranmaktadır (Lacey,1993; Kuruoğlu ve Arıkan, 1995). Ayrıca alkol kullanma ve yemek yeme, sıkıntı ile başa çıkma davranışı olarak da değerlendirilebilir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, 18 -60 yaş aralığındaki; alkol bağımlılığı olan bireylerin dürtüselliğini, yeme tutumunu ve bağımlılığını sosyodemografik bilgilerle incelemek ve alkol kullanmayan bireylerin dürtüsellik, yeme tutumu, sosyodemografik bilgi arasındaki

korelasyonu incelemektir. Alkol kullanan bireylerle kullanmayan bireyler arasındaki dürtüsellik, yeme tutumu ve sosyodemografik ilişkiler arasında farklılık gözlenmesi beklenmektedir. Ayrıca, katılımcıların demografik bilgileri ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelenecektir.

### Hipotezler

1. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yeme psikopatolojisi var mıdır?
2. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yeme tutumu puanları alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
3. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yeme tutumu puanları alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış bireylere göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.
4. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik puanları alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
5. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik puanları alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış bireylere göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.
6. Alkol tanısı almış bireylerde dürtüsellik ve yeme tutumu arasındaki ilişki
7. Alkol kullanmayan bireylerde dürtüsellik ve yeme tutumu arasındaki ilişki

### 1.3.Araştırmanın Önemi

Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olan kişiler ile tanı almamış sağlıklı bireylerin yeme tutumu, dürtüsellik, DEHB belirtisi ve demografik yapı ile arasındaki inceleme yapılmıştır. Bu incelemede alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal çevrenin tetikleyici olmasına ilişkin önemli bir risk faktörü olabilmektedir. Kadınlarla, erkekler arasında alkol kullanımı bozukluğu tedavisi gören erkeklerde yeme bozukluğu ve tedavi reddi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan bu çalışmada klinik grubun dürtüsellik ve yeme tutumları puanları fazla olsa dahi sağlıklı grubun yeme tutumu ve dürtüsellik arasındaki ilişki daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışma kaynakları araştırıldığında alkol erkeklerde yeme tutumu ile ilgili araştırmayla karşılaşılmamıştır.

#### 1.4.Problem Cümlesi

Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ile alkol kullanmayan bireyler arasında dürtüselliğe ve yeme tutumundaki ilişki farklılığı nasıldır ve sosyodemografik değişkenler etkili midir?

#### 1.5.Araştırmanın Sayıtları

- Araştırma evreninin, çalışma örneklemini temsil edebilir nitelikte olduğu
- Araştırmaya katılan bireylerin ölçüklere doğru ve içten bir biçimde yanıt verdikleri varsayılmaktadır.

#### 1.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bu araştırma 18 yaş ve üzerindeki 118 alkol kullanan ile kullanmayan bireylerden alınan cevaplar ile sınırlıdır.
- Araştırmada alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastanede ya da bağımlı merkezlerinde yatan bağımlı bireylere ve hiç kullanmamış olan çevredeki herhangi bireylere uygulanmıştır.
- Araştırmada incelenen bireylere ait veriler Sosyodemografik Veri Formunun ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Araştırmada incelenen bireylerin dürtüselliklerini derecelendirme Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Araştırmada incelenen bireylerin yeme tutumlarına ve düzeylerine ilişkin bilgileri Yeme Tutumu Testi Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Araştırmada incelenen bireylerin dürtü kontrolleriyle ilişkisini desteklemek amacıyla kullanılan Erişkin DEHB Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

#### 1.7.Tanımlar

**Bağımlılık:** Bağımlılık yapan madde belirli dozda kullanıldığında kullanıcının merkezi sinir sistemi üzerinde psikososyal, fiziksel etki ve genetik faktörlerden farklı etkilerin olduğu bir bozukluktur. Bağımlılık, maddeye karşı oluşan şiddetli arzuya “içme isteği (craving)” denilir ve beyinin etkilenmesinden kaynaklanan, kullanılan maddenin keyif verici etkilerini yaşamak ya da yokluğundan kaynaklı huzursuzluktan kaçınmak için devamlı veya belli aralıklarla madde alma arzusuyla bazı davranış bozuklukları bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir. (Köknel,1998).

Alkol bağımlılığı olan kişi sosyal ve mesleki alanda işlevsel olarak bozulma yaşar. Yasal olarak zorluklar ise aşırı miktarda alkol kullanımı durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya sosyal çevreyle anlaşmazlıklar, alkollü iken sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle yasal sorunlar görülebilir (DSÖ, 1992).

**Dürtüsellik:** Bireyin içten veya dışsal bir uyarana karşı kendisi ya da başkaları için sonucun olumlu veya olumsuz olabileceğini düşünmede, hızlı ve plansız olarak yanıt verme eğilimidir (Moller at al., 2001). Dürtüsel davranış; dikkatsiz ve sabırsız olma yenilik arama, risk alma, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ya da dışa dönüklük olarak görülür ve bunun sonucunda ortamına uygun olmayan ya da aşırı riskli ve istenmeyen sonuçlara yol açar (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012; Sayın, Karşlıoğlu ve Arıkan, 2004).

**Yeme Tutum veya Bozukluğu:** Beslenme davranışı, bireyin yaşadığı toplumun kültürel özellikleriyle şekillendirmeye başlamakta; yaşam koşullarına göre bilinçsiz beslenme, dengesiz yeme, zaman darlığı nedeniyle hızlı yeme veya yemek yemenin geçiştirilmesi gibi olumsuz beslenme alışkanlıklarına dönüşebilmektedir (Keel and Klump, 2003). Bu tür alışkanlıkların yeme bozukluklarına yol açabilmesi; bedensel, psikolojik ve sosyal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yaklaşıma gereksinim duyulduğunu göstermektedir. Yeme bozukluğu bireydeki yeme davranışının normalden farklı bir şekilde seyir etmesiyle ortaya çıkar ve ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir (Ertaş, 2006). Genelde en çok karşılaşılan yeme bozuklukları olan anoreksiya nervroza ve bulimia nervroza zayıf olmaya karşı gösterilen yoğun arzular ile ölümcül sonuçlar olabilmektedir (Hebebrand at al., 1997; Butcher at al., 2008).

**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu:** DEHB, çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan dikkatsizlik, artmış hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile gözlenen ve erişkin döneme kadar uzanabilen nörogelişimsel bir bozukluktur.

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

##### 2.1.1. Tarihçe

Alkol; meyve, patates, şekerpancarı ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonuyla elde edilir. Arpadan bira yapımı M.Ö.4000 yılından beri bilinmektedir. Mezopotamya coğrafyasında M.Ö.4000 yıllarına ait şarap kapları, alkolün hastalıkların tedavisinde kullanıldığını gösteren tabletler bulunmuştur (Beşkoç, 2009). Şarabın elde edilmesi ile satışını belirleyen ilk yasalar Babil Kralı Hammurabi tarafından çıkarılmıştır. Eski Yunan ve Roma döneminde şarap kutsal sayılmıştır. Atina'da Dionisos, Roma'da Bacchus şarap tanrıları olarak bilinir ve alkolün getirdiği rahatlama ile faydalı sosyal etkilerin sebebi, medeniyetin ve barışın koruyucu sıfatlarıyla da inanılmaktaydı. Yahudilik ve Hristiyanlıkta sarhoş olmamak koşulu ile alkol içimine izin verilmiştir. Ortaçağda damıtma teknolojisinin gelişmesiyle alkollü içecek çeşitliliğini çoğaltmıştır. İslamiyet ise alkol kullanımına tolerans gösterip daha sonra ise yasaklanmıştır (Uzbay, 2009).

18.yyda İngiltere'de ucuz cinin üretilmesiyle alkole bağlı sorunlarda artış ortaya çıkmıştır. Aşırı alkol kullanımının ahlaki zayıflık olmadığını hastalık olduğunu belirten ilk kişi Dr. Benjamin Rush'dır (Sadock at al., 2007). Alkolizm terimi ilk kullanan kişi İsviçreli Halk sağlığı uzmanı Magnus Huss kullanmıştır. Elvin Marton Jellinek tarafından alkolizmi hastalık olarak 1900'lü yılların başlarında tanımlamıştır (Arıkan, 2008). 20.yy da psikanalitik düşüncenin yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin semptomu olarak kabul edilmiştir.

Alkol bağımlılığı bu günlerde, kişilik özelliklerinin, öğrenme mekanizmasının, psikososyal etkenler, aile sistemi ve psikalitik dinamikler ile birlikte ele alınan alkolün

psikofarmakolojisi, kişinin genetik yapısı, biyolojik yatkınlık ile psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi çok yönden de ele alınmaktadır (Muhtar,2003).

### 2.1.2. Tanım

Alkol, köken olarak arapça kelimedir ve anlamı ince öğütülmüş, toz ya da göze sürülen sürme anlamına gelen ‘*kuhl*’ kelimesinden türetilmiştir (Tosun, 2000). Alkol; meyve, patates, şekerpancarı ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonuyla elde edilir.

Alkolizm, tanım olarak 1849 yılında ilk kez İsveçli halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss tarafından kullanılmıştır. Alkolizm, bireyin ruhen ve bedenen sağlığını, aile, iş veya toplum uyumunu bozabilecek derecede sık ve fazla alkol alma veya alkol alma isteğini durduramama gibi belirli bir bozukluktur (Öztürk, 2004). Alkolizm sözcüğü ileriki yıllar içerisinde yerini alkol bağımlılığı terimini almaya başlamıştır ve bağımlılık, sendrom tanımını ilk olarak alkol bağımlılığı için yapılmıştır. İçme davranışında kontrol kaybı, alkol kötüye kullanımı veya zararlı kullanımı ile alkol bağımlılığı arasındaki sınırı oluşturmaktadır.

Bağımlılık MSS'nin etken bir maddeye maruz kalmasıyla ortaya çıkan ruhsal ve bedensel belirtilerle gösteren ve maddeye karşı arzu duyulmasından ötürü kişi tarafından devamlı veya aralıklı kullanımına ihtiyaç duyulması olarak tanımlanabilir (Aşçıoğlu, 2009). Bağımlılık bir hastalıktır, bir sendromdur çünkü herkes alkol içebilir fakat bazı insanlar bağımlı olur (Ögel, 2015). Alkol bağımlılığında en önemli unsur içme üzerindeki öz denetimin yitirilmesidir. Bu unsur normal içme ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki sınırı belirlemede yardımcı olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımda günlük işlevleri yerine getirebilmek için fazla miktarda alkol alma ihtiyacı olmaktadır. Alkol kötüye kullanımı olan ve alkol bağımlısı olan birey alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozukluklar yaşar. Yasal zorluklar ise çok fazla miktarda alkol alma durumunda şiddete dayalı davranışın olması, işini aksatmak, iş kaybı, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla tartışmalar, alkollü iken sebep olunan kazalar ya da sergilenen davranışlar nedeniyle tutuklanmalar olabilir (Schuckit, 2007).

DSM-IV'e göre tüm madde ile ilişkili bozukluklarda bağımlılık ve kötüye kullanım maddeleri aynıdır. Madde bağımlılığı ölçütünden farklı ise madde kötüye kullanım ölçütleri tolerans, yoksunluk veya tekrarlayan kullanımı içermeyen, zararlı sonuçlara karşı yineleyen bir kullanım vardır (APA, 1994).

DSM-V'e göre Alkol ile İlişkili Bozukluklar;

Alkol kullanım bozukluğu, Alkol esrikliği (entoksikasyonu), Alkol yoksunluğu, Alkolün yol açtığı diğer bozukluklar, Tanımlanmamış Alkolle ilişkili bozukluk şeklinde ayrılmaktadır.

DSM-V'e göre Alkol Kullanım Bozukluğu tanı ölçütleri (APA,2013);

12 aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu zaman, istendiğinden daha büyük ölçüde veya daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanımını bırakmak veya denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlamış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, tekrarlayıcı alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal veya kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme, dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tekrarlayıcı bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel veya ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
  - a. Entoksikasyon veya istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi
  - b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
  - a. Alkol özgü yoksunluk sendromu
  - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (veya benzodiazepin gibi benzer ilişkili madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

Ağır olmayan: 2-3 belirtinin olması

Orta derecede: 4-5 belirtinin olması

Ağır: 6 veya daha fazla belirtinin olması

### **2.1.3. Alkol Kullanım Bozukluğunun Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

Alkol kullanımının hangi nedenlerden dolayı aşırı kullandığına yönelik soru kuramcılarının ilgisini çekmiştir. Bu konuda biyolojik, davranışsal alanda ve sosyal bilim alanlarında bugüne kadar çok fazla kuram veya görüş atılarak çok sayıda literatür ortaya çıkmıştır.

İnsanların birçok nedenle alkol içtiği ve alkol içmeye yatkınlığı oluşturduğu veya pekiştirdiği söylenebilir. Alkolle ilişkili bozuklukların diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi birçok türlü hastalık süreçlerinden oluştuğu kabul edilmektedir. Alkol kullanımının yaygınlığı ergenlik döneminin ortasında yani 20'li yaşlar ile 40'lı yaşlar arasındaki kişilerin alkol bağımlılığına neden olacak kadar ciddi bir boyut kazandığı dönemdir.

Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmaları (ECA)'na göre erkeklerde %10 kadınlarda ise %3-5 arasında alkol bağımlılığının gelişme riski vardır (Regier at al., 1990). Alkol bağımlılığı günümüz toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. A.B.D' de yetişkinlerin %90'ının yaşamlarında herhangi bir zamanda alkol kullandıkları saptanmıştır (Sadock and Sadock, 2007). Ülkemizde ise alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Edirne'de 645 kişi ile yapılan çalışmada erkeklerde alkol bağımlılığı oranı %23,3 kadınlarda ise %8,2 olduğu saptanmıştır (Ekuklu at al., 2004). Diğer bir çalışma ise İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi içinde alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak sonuçlanmıştır (Türkcan, 1999).

### **2.3. DÜRTÜSELLİK**

Dürtüsellik anlam olarak bedensel ve ruhsal dengenin değişerek meydana gelen ve kişiyi birtakım tepkilere götüren kişinin içinden gelen gerilimin kontrol edilememesi olarak açıklanmaktadır (Açar, 2016).

Dürtüsellik, içsel ya da dışsal bir uyarana kendisi veya başkası için sonucun olumlu ya da olumsuz olabileceğini düşünmeden, hızlı ve plansız olarak yanıt verme eğilimidir (Moeller at al., 2001). Dürtüsel davranış, dikkatsizlik, sabırsızlık, heyecan, zevk ve yenilik arayışı, risk alma, zarar görme ihtimalini hesaplayamama ve dışa dönük olarak gözlemlenir, genelde istenmeyen sonuçlara yol açar (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012; Sayın, Karşioğlu and Arıkan, 2004).

Psikodinamik bakış açısıyla dürtüsellik, içsel dürtülere karşı azalan benlik (ego) direnci veya içsel dürtülerin ortaya çıkmasıyla çoğalmış olan stresi, gerginliği azaltmak ve ortaya çıkan eylemin süreci olarak tanımlamıştır (Çalışkan, 2015). Fenichel, dürtüsel

davranışın anksiyete, depresyon ve suçluluk hissi gibi acı veren duygularla başa çıkma çabası olarak yorumlamıştır. Bu davranışlar içsel tehlikelere karşı savunma olarak ve sonucunda olduğundan farklı anlamlar ifade eden agresyon ya da cinsel doyum ortaya çıkar (Fenichel, 1945; Akt:Çalışkan, 2015).

Dürtüsellik, psikiyatrik tanısı alanlarda daha sık görülmektedir. Bu tanılar; kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları, okb, antisosyal kişilik, borderline kişilik ve bipolar duygudurum bozuklukları, DEHB ve alkol madde bağımlılığıdır (Moeller at al., 2001).

Moeller, dürtüsellik ile ilgili literatür araştırmasında;

1. Belli bir davranış sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlara duyarlılığın azalması
2. Uyarana hakkında zihinsel işlemlerin tamamlanmamasından önce uyarana hızlı ve plansız şekilde tepki meydana getirir
3. Meydana gelen davranışın uzun dönem sonuçlarının göz ardı edilmesi olarak ifade edilmiştir (Moeller at al, 2001; Akt:Yılmaz, 2013).

Dickman (1990)'a göre, dürtüsel olarak ortaya çıkan davranışın engellendiğine dikkat çekmiştir. Literatüre işlevsel dürtüsellik ve işlevsel olmayan dürtüsellik olarak iki tanım kazandırmıştır. Dürtüsel bireylerin, kendilerine verilen görevleri daha kısa kısa sürelerde tamamladıkları fakat dikkat gerektiren işe aynı başarıyı gösteremedikleri ve dikkatin hızla değiştiği durumlarda daha başarılı olduklarını ortaya koymuştur (Çörekçioğlu,2016).

Dürtüsellik yaygın olarak erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

### **2.3.1. Dürtüsellik ile Alkol Kullanım Bozukluğunun İlişkisi**

Bağımlılık için net bir kişilik yapılanması tanımlanamasa da alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde dürtüsellik ile heyecan ve yenilik arayışı gibi bazı kişilik özellikleri açısından farklılık göstermektedir. Özdemir ve arkadaşlarının (2012) aktarımlarına göre; yapılan bazı araştırmalarda dürtüsel şiddet davranışlara başvuran suçlular ile başka bir yerde sınıflanmamış dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerde madde kullanımının popülasyonuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012).

Dürtüsellik, alkol kullanmaya başlangıçta olduğu kadar kullanımı sürdürmede de yüksek olasılıkla bağlantılı ve oldukça önemli bir özelliktedir. Dürtüsellik düzeyi yüksek olan birinin olasılıkla ödül uyarını ile karşılaştığında düşük dürtüsellik düzeyine sahip kişiye göre davranışını engellemede daha fazla zorluk yaşamaktadır (Boettiger at al., 2007; Dawe at al., 2004; Dom at al., 2006; Finn at al.,1999).

Alkol kullanım bozuklukları; düşük öz denetim, kontrolsüzlük, dürtüsel kişilik ve az işleyen bellek, plansızlık, tepki ketleme ve karar vermede yaşanan bozulma gibi bilişsel işlevlerde de bozulma ile ilişkilidir. Dürtüsellikte yetersiz ön görme, yenilik arama davranışı ile alkol kullanımı da artmaktadır (Atbaşoğlu, 1996; Yeşilbursa, Dawe at al.,2004; Gunn and Finn,2013; Hyman 2005; Noel ve ark, 2013).

Stres azaltma, anksiyete duyarlılığı gibi ölçek bazında yüksek puan alan bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı hassas olmaları, stresle baş etme, duygu düzensizliği, korkuyu ve kaygıyı bastırmak için tercih etmelerinin nedeni olabilir (Evren, 2004). Dürtüsellüğün alkol ve maddeye başlama yaşı ile doğru orantılı olduğu bilinmektedir. Dürtüsellüğün yaşattığı sıkıntı ile baş etmedeki yetersizliğin, hastalığın başlangıcı (Ainslie,1975; Koob,1996) ve yinelemelerinin (Miller,1991; Moeller at al.,2001) alkol kullanımı için temel oluşturacağı ön görülmüştür. Güleç'in (2012) aktarımına göre; Brady ve arkadaşları tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında dürtüsellüğün bir diğer bozukluklardan daha yaygın olduğunu bildiren araştırmalarda madde kullanım oranının yüksek olduğu gösterilmiştir. Alkol kullanımının genetik yönüne bakıldığında dürtüsellüğün kalıtsal bir durum oluşturmadığı ve bu bireylerin stresle baş etmek için olumsuz düşüncelere kapılmadan hızla bu davranışı geliştirdikleri görülmüştür (Moeller at al., 2001).

#### **2.4. YEME PSİKOPATOLOJİSİ**

Yeme bozuklukları, erken dönemlerde ortaya çıkan uzun süre ve devamlı olarak karmaşık veya terapötik olarak güçlüklerle tanımlanan ciddi ve ölümcül yanı da bulunan bir rahatsızlıktır.

Yeme bozuklukları (YB), bedenin ağırlığıyla aşırı uğraşma ile yeme davranışındaki değişikliklere giden Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Tanımlanmış Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları (TDYB) gibi bozuklukların olduğu hastalık grubudur.

Genelde en çok karşılaşılan yeme bozuklukları anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadır. Yeme bozukluğu birçok olguyla doğrudan ilişkili ve eş zamanlı olarak görülmektedir. Bulimia nervoza ile depresyon arasında güçlü bir ilişki bulunurken bireyde düşük benlik saygısının olması, duygulanım ve aile içi ilişkilerde bozukluk şeklinde sıralanırken kısıtlı bir tip Anoreksiya Nervozalarda ise duygusal anlamda engellenmiş olma riskinden kaçınma gibi klinik çalışmalarda davranışlar gözlenmektedir.

Yeme bozukluğu, önceden gelişmiş ülkelerde sık görülürken, son yıllarda yapılan çalışmalara göre orta ve az gelişmiş ülkelerde de bu oranın giderek arttığı görülmektedir. YB'nun görülme sıklığı dünyanın çeşitli yerlerinde farklı sonuçlar göstermektedir. Avrupalı kadınlarda ömür boyu YB görülme sıklığı AN için %1-4 iken BN için %1-2, TYB ve TDYB için %1-4 olarak sonuçlanmıştır. Avrupalı erkeklerde ise alt tip tanımlanmaksızın ömür boyu YB görülme sıklığı %0-3 olarak saptanmıştır. (Keski Rahkozen and Mustelin, 2016)

Çin' de, kadınlarda YB sıklığı AN %1,05 iken BN %2,98 ve diğer YB için %3,58 olarak bulunmuştur. (Tomas, Lee and Becker, 2016). Afrika'da ise kadınlarda YB sıklığı AN %0,01' den az iken BN %87'dir ve diğer YB için %4,45 olarak bulunmuştur. (Vantloeken, Burns and Hoek, 2016)

Yeme bozukluklarında DSM-IV-TR'den DSM-V'te yapılan farklılıklarda; "Beslenme ve yeme bozuklukları" olarak adı değiştirildi. Bu durumlar ister çocuklukta ister yetişkinlikte tanı tedavisi benzer şekilde yapılmaktadır. DSM-IV-TR'de iki farklı bölüme ayrılmış olan bozukluklar DSM-V'te tek yerde toplanarak daha sade bir düzende oluşturulmuştur. DSM-IV-TR'de yeme ve ödünleyici davranış atakları için gerekli görülen sıklık 3 aylık bir dönemde iki kere görülmekteydi. DSM-V'te bire indirilmiştir. DSM-V'teki Bulimiya Nervoza'nın C tanı ölçütü; atak sıklığı için tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisinde ortalama 3 ay içerisinde en az haftada bir kez olmuştur. DSM-V, tıknırcasına yeme bozukluğunu bulimiya nevroza ile aynı periyoda çekmiştir. Fakat 6 ayda iki atak ile 3 ayda bir atak aynı sıklık oranına karşılık geliyorsa da tanı için tamamen aynı etkiyi oluşturmamaktadır. Bu yüzden Bulimiya Nervoza ile Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

birbirine birçok bakımdan benzerlik gösterdiği için atak periyotlarının farklı olması DSM-V'te uygun görülmemiştir.

Anoreksiya Nervosa için DSM-IV-TR'de Dtanı ölçütünde amenore bulunma kriteri vardı. Amenore; en az üç ardışık olarak regli olmaması demektir. DSM-V'te bu ölçütü tamamen kaldırılmıştır ve artık kişi regli olmasa bile Anoreksiya Nervosa tanısı alabilir. DSM-IV-TR, A tanı ölçütü; yaşı ve boy uzunluğu için olması gereken en az kiloda veya üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme ölçütü vardır.

DSM-V'te A tanı ölçütü şu şekilde değiştirilmiştir:

Gereksinimlere göre enerji alımında kısıtlayıcı tutum, kişinin yaşına, cinsiyetine ve gelişimsel olarak beden sağlığına bağlı bir biçimde belirgin düşük vücut ağırlığı indeksinin altında olması veya gençler ile çocuklar için beklenenin altında düşük derecede olması şeklinde tanımlanmaktadır.

DSM-V'te, DSM-IV-TR'de bulunan "beklenenin %85'in altında bir vücut ağırlığı" gibi ifadeler kaldırılmıştır ve bu tanı ölçütleri daha genişletilmiştir. DSM-IV-TR'de bozukluğun B tanı ölçütü de; beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan veya şişman biri olmaktan aşırı korkma maddesi var iken, DSM-V'te B tanı ölçütlerinde ise kilo almak veya şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo alımını zorlaştıran sürekli davranışlarda bulunma olarak düzenlenmiştir. DSM-IV-TR'de bulunan amenore maddesi, erkek anoreksiya hastaları için anlamsız olduğundan ve doğum kontrol haplarında ve çeşitli ilaçlarda amenore benzeri durumlar oluşması sonucu tanının güvenilirliğini azaltmaktadır. Genel olarak DSM-V'te yapılan "Anoreksiya Nervosa" için değişiklikler tanı güvenilirliğini ve geçerliliğini arttırmaya yönelik olduğu söylenebilir ve A ve B tanı kriterlerindeki belirsizlikler daha da belirginleşmiştir.

#### **2.4.1 Anoreksiya Nervosa**

Bireyin yaşı ve boyu için olması gereken minimum vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmemesi ile kilo alımından korkması ve vücudun şeklini veya boyutunu belirgin bir şekilde algılamada bozukluk sergilemesidir. (Maayan and Woolston, 2005). Zayıf kalabilmek için aşırı çaba gösterme AN'nın ana temasıdır. Kilo verme yöntemi olarak laksatif ya da

diüretik kullanımı veya kusturma, aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar sergilemektedir (American Psychiatric Association, 1994).

#### **2.4.1.1. Anoreksiya Nervozada Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

AN, psikodinamik açısından birçok etkenlere bağlanmıştır. Ebeveyn yetersizliğine bağlı AN'lı hastalarda emosyonel ve fiziksel ihtiyaçları ayırt edilemediği bununla beraber hayatın erken dönemindeki bağlanma problemlerinin getirmiş olduğu çaresizlik ve yetersizlikle başa çıkma ile yeme patolojisinin geliştiğini öne sürmüştür. Bu durumdaki bireyler aşırı kontrolcüdürler ve bu da aşırı zayıf olma uğraşına da sebep olmaktadır. (Bruch, 1974) Anoreksiya Nervozada görülen vücut biçimi ve adet düzeni değişikliklerinin aslında erişkin beden biçimi ve sorumluluklarından kaçış olabilmektedir. (Crisp, 1983)

AN'nın biyolojik olarak etiolojisinde şu ana kadar bu oluşumun sebebini açıklayacak bir mekanizma bulunamamıştır. Yetersiz beslenme ile normal kilonun altında olan AN'li bireylerde Kortikotropin Salgılatıcı Hormon, leptin, beta endorfin (aşırı motivasyon) ve Nöropeptid Y konsantrasyon durumlarında değişiklik gözlemlenir, bu durumda yaşanan bozukluklarda iyileşme ve normale dönüş görülmektedir (Kaye, 2008). Ama bu değişikliklerin AN gelişmesinde etkilimi yoksa beslenme yetersizliğine tepki olan dengeleyici bir mekanizma mı ne olduğu bilinmemektedir.

AN görülme sıklığı son yapılan çalışmalarda Avrupa da yaşayan kadınlarda %1-4, Çin' de yaşayan kadınlarda %1,05, Japonya'da %0,43, Latin Amerika %0,1 ve Afrika'da ise %0,01'den az olarak sonuç bulunmuştur (Hoek, 2016; Keski Rahkonen and Mustelin, 2016).

Bir metaanaliz çalışmasında yapılan AN sıklığının 1970 yıllarına kadar artış olduğunu sonrasında ise durağanlık yaşandığı bildirilmiştir. AN' in sadece yaklaşık 1/3' ü tedaviye başvurmaktadır (Hoek, 2016).

AN'nin yüksek ve orta seviye sosyoekonomik sınıflarda olması, zayıf kalmanın desteklendiği mankenlik, balerinlik gibi meslek elemanları arasında sporcularda daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Bir metaanalizde ise AN'nın toplumda %2 si, dansçıların ise %4 oranında olduğu gösterilmiştir (Arcelus, Witcomb and Mitchell, 2014).

AN' da eşlik eden Psikiyatrik hastalıklar kısıtlayıcı tip AN olgularında %73 iken Tıkanırcasına Yeme veya Çıkarma Tipi AN olgularında ise %82 oranında eştanı görülmektedir (Hepzog, Nussbaum and Marmar, 1996). AN'larda en sık görülen eştanı yaşam

boyu %68 oranıyla majör depresyondur (Halmi, Eckert and Marchi, 1991). Diğer görülen tanılar ise anksiyete, dürtü kontrol ve duygudurum bozuklukları, alkol veya madde kullanım bozuklukları ve sosyal fobidir (Hudson ve ark, 2007).

## **2.4.2. Bulimiya Nervoza**

Dönem dönem çok aşırı yemek yeme, fazla kilo alımı ve kilo alımını durdurma amacıyla ortaya çıkan çıkarma(kusma) davranışlarıyla ilerleyen bir bozukluktur. Kişinin aşırı yeme nöbeti başlayınca bütün çabalarına, üzüntüsüne, korkularına karşın yemek yemeyi durduramaz. Sonrasında ise kilo alımını engellemek için kusma veya aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur. Bu hastalar genellikle normalin üstünde kiloya sahiptirler. Beden ağırlığı ve güzel görünme ile çok uğraşırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

### **2.4.2.1. Bulimya Nervoza Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

BN'nin etiyojisinde psikodinamik açıklamalar AN'ye göre oldukça azdır. BN' de içsel boşluk duygusu vardır ve bu boşluğu ise gıdalarla doldurmaya yönelik davranım olduğu ama hiçbirinin bu boşluğu doldurmaya tam manasıyla yetmediği sonrasında ise tıknımın oluşturduğu fiziksel şişkinlik ve ruhsal sıkıntı hissinden kişinin gıdaları öfke ve şiddetle dışarı atma yoluyla kurtulduğu gözlemlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

BN olan bireyleri de dopamin ve endojen opioid miktarında değişimler görülmüştür. Bir opioid antagonisti olan naloksan, BN'li bireylerde yemeklerde damak tadı olarak lezzet alımını düşürmüş ama tıknırcasına yeme davranışı olmayanlar şişman bireyler ile normal kilodaki bireylerde herhangi bir değişikliğe neden olmamıştır (Mathes at al, 2009).

BN olan bireylerde artmış 5HT1A postsinoptik aktivitesi bulunmuştur (Tiihonen at al, 2004). BN' de beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda AN ile benzer şekildedir fakat daha az belirgin kortikal hacim azalması saptamıştır (Kaye, 2008).

BN hastalarında dişlerde çürüme, parotis bezinde büyüme gelişebilir ve parmağıyla kusturmaya bağlı el sırtında nasırlaşma, boğazda tahrişlenme görülebilmektedir.

BN' de eşlik eden Psikiyatrik Hastalıklar ise; majör depresyon, OKB, özgül fobi, panik bozukluk gibi rahatsızlıklar görülmektedir. Ayrıca bu bireylerin aile öykülerinde de bu bozukluklar sık görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

### **1.4.3. Alkol Kullanım Bozukluğu ile Yeme Tutumu/ Bozukluğu İlişkisi**

YB ile alkol kullanım bozukluğu ek tanılarına ilişkin literatürde birçok araştırma vardır (Goldbloom,1993; Lesleur,1994; Welch,1996; Haver,2003). YB ve alkol kullanım bozukluğunun birlikte bulunan bireylerde birinci ve ikinci eksen de ek psikiyatrik bozukluk bulunması ile tedavi zorlukları, ek tanı bulunmayan bireylere göre önemli derecede farklılık oluşturmaktadır (Hatsukami ve ark.,1986; Lacey ve Moureli,1990; Peveler ve Fairburn,1990; Bulik, Sullivan, Carter ve Joyce, 1997; Sinha ve O'Malley,2000). Klinik psikiyatri çalışmalarında hangi bozukluğun öncelikle tedavi edilmesi gerektiğine ilişkin fikir birliği bulunmamaktadır.

Bugüne kadar yapılmış olan birçok çalışmada alkol kullanım bozukluğundaki YB oranlar araştırılarak Beary ve arkadaşları, alkol bağımlılığının %35'inde önceden YB bulunduğunu (%40) ya da alkölü çok fazla miktarda kullandıklarını (%10) bildirmişlerdir (Beray, Lacey ve Merry,1986). Alkol bağımlılığının, BN'nin başlamasından yıllar sonra belirginleşeceğini vurgulamıştır.

Yapılan bazı klinik çalışmalarda bulimik kadınların %18-50'sinde yaşam boyunca alkol kullanım bozukluğu bulunduğu gözlemlenilmiştir (Hatsukami at al.,1986; Lacey and Moureli,1990; Peveler and Fairburn,1990; Bulik, Sullivan, Carter and Joyce, 1997; Sinha and O'Malley, 2000). BN'nin özellikle duygu durum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi bulunmaktadır (Beray, Lacey ve Merry,1986; Lesleur,1994; Welch,1996; Peveler ve Fairburn,1990). Goldbloom'un (1992) çalışmasında alkol sorunu bulunan 73 kadın olgunun 22'sinde (%30,1) YB tanı kriterlerini karşılarken, YB bulunan 96 kadının 25'inde (%26,9) alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Genel toplumda bu oranların aşıldığı görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada da olguların %60'ında YB'nin alkol kullanım bozukluklarından daha önce başladığı %23'ünde alkol veya

madde kullanım bozukluklarının daha önce başladığı, %8’inde her iki madde bozukluğun aynı zamanda başladığı ve %9’unda hangi bozukluğun önce başladığının belirlenemediği bildirilmiştir. Schuckit ve arkadaşları (1996), alkol bağımlılığı olan kadınlarda yaşam boyu anoreksiya nervoza %1,4 ve bulimiya nervoza %6,7 olarak yaygınlık oranlarını bulmuşlardır. Alkol bağımlılığı olan erkeklerin ise %1,35’inde bulimiya nervoza bulmuşlardır. Bu verilere dayanılarak anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza ile primer alkolizm arasında güçlü bir ilişki bulunmadığı öne sürülmüştür.

#### **1.4.4. Yeme Tutum/Bozukluğu ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkisi**

Aşırı yeme ve dürtüsellik birlikte literatürde birçok yayında dikkat çeken bir konudur ve bu konuda yapılan araştırmalar hızla artmaktadır (Chamberlain at al., 2015; Sutin at al., 2011). Kilo olarak sağlıksız olan ve aşırı kilolu insanlar dürtüseldir. Araştırmalara göre aşırı yeme dürtüsünün bazı kişilerde bağımlılık oluşturan maddeyi kullanmaya yönelten ile aynı beyin işleyişi tarafından uyarıldığı bulunmuştur. Dürtüsel insanlar, dürtüsel olmayan insanlara göre daha yüksek kalorili gıdalara daha duyarlıdır. Genç erişkin 18-29 yaş aralığında 511 kişinin incelendiği bir çalışmada örneklemin %10,8’i obez, %21,5’i aşırı kilolu olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucu ile dürtü kontrol yetersizliği, aşırı yemenin prediktörü olarak ön plana çıkmıştır (Chamberlain, 2015).

Tıkınırcasına yeme bozukluğundaki artmış dürtüsellik birçok çalışmada gösterilmiştir (Schag at al., 2013; Mole at al., 2015). Obez bireylerde, yeme bozukluğu bulunmasından bağımsız olarak yeme davranışının duygu durum üzerine etkisi olduğu ifade edilmiştir (Leeh, 2015). TYB vakaları ile obez bireylerde ödüllendirme durumunun hassasiyetine dikkat çekilmiştir. Ayrıca, TYB’li obez bireylerin sonucunu düşünmeden ani davranış sergileme özelliklerinin normal bireylere göre belirgin olduğu ve artmış dürtüsellüğün TYB ile yakın ilişkide olduğu ifade edilmiştir (Schag at al.,2013).

## 1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

### 2.5.1. Tarihçe

Nöropsikiyatrik bir bozukluk olan DEHB, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliğini 7 yaş öncesinde göstermektedir. DEHB'nin tipik bulguları 1846 yılında Frankfurt'ta ilk akıl hastanesini kuran Hirinrich Hoffman tarafından birçok kitabında tanımlanmıştır (Thoma an Jacobs, 2004). Georg Still,1902 yılında çocuklarda davranış problemleri ve dikkat eksikliğinin varlığına dikkat çekmiştir. Still, öğrenme güçlüğüğünden, hiperaktiviteden, dikkat problemleri ve davranış bozukluklarını tanımlayarak etiyolojide ve çevresel faktörlerde yer alsada daha çok genetik nedenlere bağlı olduğunu bildirerek bu tanımladığı olguların olduğunu düşünmektedir. Böylelikle ilk defa çocukluk döneminde görülen olguların erişkin dönemde benzer bulguları olduğu bahsedilmektedir. 1960'ların son zamanlarına doğru erişkinlerde kronik olarak çocukluk çağındaki bozukluklar ile ilgili belirtilerin ilk çalışmaları yayınlanmaya başlamıştır.

İlk defa DEHB'nin erişkin dönemde devam ettiğini bildiren Harticollis, ergen ve genç erişkin dönemdeki olguları nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmesini 1968'de yayımladığı makalesindedir. Minimal disfonksiyonunu gösteren değerlendirmesinde olgular nörofizyolojiktir ve Still'in tanımladığı davranış profilleri çocuk olguları gibi aşırı hareketli, dürtüsel, duygudurum olarak iniş çıkışı ile saldırgan davranışlara ve depresyona yatkınlığı içermektedir. Pek çok minimal beyin disfonksiyonunun hiperaktivite belirtilerinin erişkin olgu döneminde sürdürdüğünü gösteren Menkes 1967 ve Mendelson 1971 yıllarında izlem çalışmalarını yapmışlardır. Cattwell ve Marrison 1970 yıllarında iki farklı çalışmasında hiperaktivite olan çocukların ebebeynlerinde hiperaktif olduğunu ve yetişkin döneminde de sosyopat, histerik ve alkolik problemlerin yaşandığını yayımlamışlardır (Barkley, Murphy and Fischer, 2008).

Harticollis, psikanalitik kuramdan yola çıkarak ego gelişimindeki erken ve doğuştan gelen kusurların başarı ve görev odaklı durum ile meşgul veya yoğun olan ebebeyn örüntüsü etkileşimi sonucu oluştuğu öne sürdürülmektedir. Belli bir çocuk yetiştirme tarzı olan mükemmeliyetçi ebebeynlerin yetiştirdiği ve minimal beyin disfonksiyonu doğuştan gelen bilişsel sorunlar ortaya çıkaran çocuklarda oluşmaktadır.

1970 ve 1980’li yıllarda Wood ve arkadaşları çeşitli çalışmalarında çocukluk çağı minimal beyin disfonksiyonunu veya hiperaktivitesini erişkin dönemde de sürdürdüğü ve tedavisinde antidepressanlar ile uyarıcıların faydalı olabileceğini bildirmişlerdir. Fakat 1990’larda psikiyatristler çocuk DEHB’sin de yetişkin görünümüleride fark ederek tedavide uyarıcıları önermişlerdir (Shorter,2005; Spencer at al., 2007; Greydanus at al., 2007; Öner and Arsev, 2007; Barkley, Murphy and Fischer, 2008). 1990’da ise erişkin DEHB’de ilk nörogörüntüleme çalışmasını Zametkin ile arkadaşları yayınlamışlardır.

### **2.5.2. Tanım**

DEHB, çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan dikkat süresi kısıtlılığı ya da dağınıklığı, aşırı hareketlilik ile seyreden gözlenebilen ve erişkin kadar uzanabilen nörogelişimsel bir bozukluktur (Diagnosis and Treatment,1999). DEHB, iki boyutta gelişimsel aksamalara yol açar; dikkat eksikliği (yürütücü veya metabilişsel yetersizlik) ve hiperaktif – dürtüsel davranışlar (yürütücü inhibisyon) (Murphy and Schachar, 2000).

### **1.5.3. DEHB Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

DEHB’nin oluşum nedeni tam olarak aydınlatılmamış olsa da biyolojik veya çevresel etkilerin birlikte rol aldığı görüşü hakimdir. DEHB etiyojijisinde ileri sürülen kuramlardan biri fronto striatal serebellar devrelerini kapsayan bir kuramda ise ventral striatal limbik devrelerin sorumlu olduğu güdülenme ve ödülle ilişkili eksiklikler olduğudur (Baroni and Castellanos, 2014). Nörogörüntüleme çalışmalarının metaanalizine göre, motor yanıtları inhibe etmede görevli olan sağ inferior insuladır, yardımcı motor alan ise anterior singulat korteks ve kaudat ve talamusta hipofonksiyondur. Dikkat işlevlerinde görevli olan sağ dorsolateral prefrontal korteks, putamen ve posterior talamus, kaudatın kuyruğu ile parietal lobda hipofonksiyon saptanmıştır (Hart at al.,2013).

DEHB epidemiyolojik olarak pek çok çalışmada ve ergenlerde oranın %3-13 arasında olduğunu ve DEHB’nin erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Motavalli Mukaddes,2015). Son yıllarda yapılan araştırma analizinde ise DEHB’nin tüm dünyadaki sıklığının %5,29-7,1 arasında değiştiği bildirilmiştir (Polanczyk at al.,2015).

DEHB’de eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ise; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve öğrenme bozuklukları sık görülmektedir. Diğer ek tanılar ise okb veya tik bozukluğudur (Hechtman,1999). Erken erişkinlik dönemin de ise duygudurum bozuklukları, davranım bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları görülebilmektedir, bu durum intihar giriş riskini artırmaktadır (American Psychiatric Association,2013).

DSM-V’teki ‘‘DEHB’’ DSM-IV-TR’deki ile oldukça benzer yönleri vardır. DSM-V’te bozukluğun tanı ölçütleri biraz daha net duruma getirmiştir ve biraz daha sağlamlaştırılarak daha güvenilir hale getirilmiştir. DSM-V’teki bozukluklar farklı kültürdeki görünümünün farklı olabileceğine ilişkin vurgulama daha yoğun yapılmıştır. Bozukluğa ilişkin bir diğer farklılıklar ise;

1. DSM-V’teki tanı ölçütlerinde ayrıca bozukluğa ilişkin bazı belirtilerin ortaya çıkması için belirlenen yaş 7’den 12’ye yükselmiştir.
2. DSM-V’te bozukluğu alt başlıkları için ‘‘tip(type)’’teriminin yerine ‘‘görünüm (presentation)’’ terimi ile değiştirildi.
3. DSM-V’te DEHB’nin Otistik Spektrum bozukluğu ile komorbid olamayacağı belirtilmiştir.
4. DSM-V’te 17 yaş ve küçükler için tanı kriterleri ile 17 yaşından büyükler için 5 tanı kriteri, 17 yaşından küçükler için ise 6 tanı kriteri uygun görülmüştür.

#### **1.5.4. Dürtüsellik ve DEHB Arasındaki İlişkisi**

DEHB problemi olan bireylerde isteklerinin anında olması, söz keserek konuşma veya telaşlı davranma, sırada bekleyememe şeklinde dürtü davranışları göstermektedir (Ercan ve Aydın, 2014). Bireylerin yaşlarına göre sosyal iletişim eksiklikleriyle birlikte birde DEHB olması bu bireylerde görülen dikkatini odaklama, sürdürülebilme, hiperaktif, dürtü davranış problemlerinden kaynaklı sosyal ilişkilerinde, okul akademik başarısında ve yaşamlarında duygusal anlarda zorluk yaşamaktadırlar (Özdoğan, Ak ve Soytürk,2005).

### 1.5.5. Yeme Bozuklukları ve DEHB İlişkisi

YB ve DEHB arasındaki ilişki, dürtüselliğin ön plana çıktığı bozukluklar olsa da uzun süre dikkati çekmemiştir. 1983'te metilamfetamin ve amfetamin analogu fenfluraminin, BN hastalarında tıknırcasına yeme ataklarını azaltmada etkisi olabileceği plasebo kontrollü çalışmalarda görülmekle birlikte DEHB ile bir bağlantı kurulamamıştır (Ong, Checkley and Russell, 1983).

Bu iki bozukluk arasındaki bağlantının olabileceği literatürde ilk defa vaka bildirimlerinde dikkati çekmeye başlamıştır. 1997'de bir vaka bildiriminde, 25 yaşında DEHB tanılı bir kadın hastanın 13 yaşından itibaren devam eden tıknırcasına yeme atakları ve kendisini kusturma davranışının, metilfenidat tedavisine başlanması ve sonrasında gerilediğine dikkat çekilmiştir. Bu duruma DEHB olan kişilerin, dikkat veya organizasyon konusundaki zorluklarına bağlı olarak yaşadıkları frustrasyon ve anksiyeteyi kontrol etmek için impulsif bir davranış olan tıknırcasına yemeyi kullanıyor olabilecekleri şekilde açıklanmıştır (Schweickert, Strober ve Moskowitz, 1997). 1999'da yayımlanan bir vaka bildiriminde B kümesi kişilik bozukluğu ve BN olan, antidepresan ve psikoterapi tedavisinden fayda görmeyen iki hastada, DEHB olmaksızın kullanılan metilfenidat tedavisinin tıknırcasına yeme ile kusma davranışını azalttığı gösterilmiştir. Bunun sonucunda tedaviye yanıtı zayıf olan BN hastalarının, genellikle B kümesi kişilik bozukluğuna sahip hastalar olması ve B kümesi kişilik bozukluğu ile DEHB arasında, dürtüsellik düzeyinin yüksek olması gibi ortak noktalar bulunmasıyla, DEHB'de kullanılan metilfenidattan fayda görebileceğiyle yorumlanmıştır (Sokol at al., 1999). 2001'deki bir vaka bildiriminde ise, başlangıçta AN tıknırcasına yeme çıkartma tipi, daha sonra ise AN kısıtlayıcı tip tanısıyla takip sürecinde olan hastanın geçmiş öyküsü ve ailesinden alınan bilgilere dayalı dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip DEHB tanısı konmasıyla başlanan metilfenidat tedavisi sonucu semptomlarının gerilemesi, mesleki ve sosyal işlevselliğinin artması gösterilmiştir. Bu durum, DEHB'ye bağlı olarak gelişen dikkat ve organizasyon sorunları gibi kognitif eksiklerle baş edebilmek için çocukluk çağlarından itibaren geliştirilen aşırı disiplin gibi çevreye uyum göstermeyen davranışların bozulmuş yeme bozukluğu gelişiminde rol oynuyor şeklinde yorumlanarak bozulmuş yeme davranışı olan hastalarda, dikkat ve öğrenme güçlüklerinin erken dönemde değerlendirmesinin önemine dikkat çekmiştir (Lema at al., 2001). 2007'de ise

DEHB'li 70 erişkin hasta ve bunlarla yaşca eşleştirilmiş 70 sağlıklı kontrolle yapılan çalışmada, DEHB'li grupta YB oranı %11,4 saptanırken kontrol grubunda ise %1,4 olarak bulunmuştur (Sobanski at al.,2007). Kontrolsüz yeme davranışları olan olgularla ve DEHB olgularını dürtüsellik ile duygudurum açısından değerlendiren bir çalışmada, kontrolsüz yeme davranışı gösteren olguların DEHB grubundakilere göre daha fazla depresif duygudurum ve dürtüsellik gösterdikleri belirlenmiştir.



## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, alkol kullanım bozukluğu olan ve olmayan katılımcıların yer aldığı kesitsel çalışma olarak yürütülmüştür. Çalışma için, anket çalışmasına katılmayı kabul eden 118 kişinin verileri değerlendirilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcılara NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM servisinde ulaşılmış ve anket çalışması orada yürütülmüştür (N=58). Kişilerden bilgilendirilmiş onam formu imzalayıp rızası alınmış olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üstü bireyler,
- Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler

Sağlıklı Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üstü bireyler,
- Alkol kullanmayan bireyler olarak belirlenmiştir.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB belirtilerinin incelenmesinde aşağıda belirtilen özbildirim formları ve anketler kullanılmıştır:

- Sosyodemografik Bilgi Formu
- Yeme Tutum Testi
- Barratt Dürtüsellik Ölçeği
- DEHB Erişkin Formu

##### 3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi gibi bireysel değişkenlerinin yanı sıra, alkol kullanım bozukluğuna ilişkin soruların yer aldığı özbildirim formudur.

### 3.2.2. Yeme Tutum Testi

Garner ve Garfinkel (1979), Yeme Tutum Testi'ni anoreksiya nervoza semptomlarını ölçmek için geliştirmişlerdir. 40 maddelik test; altılı likert tipi olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin cevap aralığı “daima” ve “asla” olmak üzere, daima “1”, asla “6” olarak kaydedilmektedir. Ölçeğin; 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 maddeleri ters maddelerdir ve bu maddeler için kullanılan, asla cevabı 3 puan, diğer cevaplar sırasıyla “2” ve “1” puan değerindedir. Ölçekteki diğer puan skalasında ise; “daima” cevabı 3 puan, diğer cevaplar sırasıyla “2” ve “1” puan değerindedir. Ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Yeme tutum ölçeğinden, 30 ve 32 arasındaki puan alan bireyler, teşhis edilmiş yeme bozukluğu semptomları olmayan fakat yeme tutumu açısından genel popülasyondan farklı bir kesimi ifade etmektedir. 33 puan ve üstünde alan kişiler ise, patolojik yeme semptomları sergilemektedir (Garner & Garfinkel, 1979).

Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçeye uyarlanan yeme tutum ölçeği testinin geçerlilik çalışmasında iki anorektik ve iki kontrol grubundan oluşan toplam dört grupta bir deney durumu kullanılmış ve katılımcıların EAT-40 puanlarının toplamları ile kriterler karşılayan gruplar arasında anlamlı ve yüksek oranlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir:  $r=,87$ ,  $p<,001$  (Garner & Garfinkel, 1979).

### 3.2.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Dürtüsellik değerlendirilmesinde bireyin doldurduğu bir ölçektir. 30 maddeden oluşmaktadır ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirildiğinde 4 farklı alt puan elde edilmektedir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanlarıdır. Toplam BIS 11 puanı ne kadar yüksekse bireyin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Güleç ve arkadaşları tarafından BIS-11'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve bu ölçeğin değerlendirme aşamasında Patton ile arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır.

### 3.2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği

Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, beşli (5'li) likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmış ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri**

Araştırmada alkol kullanım bozukluğu olan katılımcılarla sağlıklı kontrol grubu yeme tutumları, dürtüsellik ve DEHB belirtileri açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmada, her bir araştırma değişkenini ölçen veri ölçüm araçlarının psikometrik özellikleri kapsamındaki alt boyutlarının puan ortalamaları alkol kullanım durumuna göre karşılaştırılacaktır. Bunun için “Bağımsız Örneklem t Testi” uygulanacaktır. Ayrıca, sağlıklı kontrol grubu ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek için her bir gruba yönelik Pearson Korelasyonu yapılacaktır.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde, araştırma değişkenleri olan yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB belirtilerinin alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişiler ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

**Tablo 1. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almış ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Demografik Değişkenlerinin İlişkisi**

<i>Demografik Değişkenler (N=118)</i>		<i>Sağlıklı Kontrol Grubu (N=60)</i>		<i>Klinik Grup (N=58)</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	40	66,7	39	67,2
	Kadın	20	33,3	19	32,8
	Toplam	60	100,0	58	100,0
<b>Medeni Durum</b>	Bekâr	35	58,3	31	62,4
	Evli	22	36,7	23	32,1
	Boşanmış/Ayrı	3	5,0	4	5,0
	Toplam	60	100,0	58	100,0
<b>Eğitim</b>	Okur Yazar	0	0	1	1,7
	İlkokul	0	0	3	5,2
	Ortaokul	0	0	6	10,3
	Lise	5	8,5	19	32,8
	Üniversite	37	62,7	23	39,7
	Yüksek Lisans	14	23,7	6	10,3
	Doktora	3	5,1	0	0
	Toplam	60	100,0	58	100,0
<b>Yaşadığı Şehir</b>	Köy/Kasaba	2	3,3	1	1,7
	Küçük İl /İlçe	15	25,0	12	20,7
	Metropol	43	68,3	1	1,7
	Yurtdışı	2	3,3	42	72,4
	Toplam	60	100,0	58	100,0
<b>Baba Eğitim</b>	Okur yazar değil	3	5,0	1	1,7
	Okur yazar /ilkokul	20	33,3	21	36,2
	Ortaokul	6	10,0	10	17,2
	Lise	11	18,3	12	20,7
	Üniversite	20	33,3	11	19,9
	Toplam	60	100,0	58	100,0
<b>Anne Eğitim</b>	Okur yazar değil	5	8,3	5	8,6
	Okur yazar /ilkokul	29	48,3	24	41,4
	Ortaokul	5	8,3	10	17,2
	Lise	9	15,0	13	22,4
	Üniversite	12	20,0	5	8,6
	Toplam	60	100,0	58	0,5
<b>Çalışma Durumu</b>	Öğrenci	15	25,0	3	5,2
	Çalışmıyor	7	11,7	12	20,7
	Düzensiz Çalışıyor	3	5,0	11	19,0
	Düzenli Çalışıyor	35	58,3	32	55,2
	Toplam	60	100,0	58	100,0

Tablo 1’de demografik değişkenlerin frekans dağılımı incelendiğinde

Sağlıklı grupta (N=60)

Katılımcıların %66,7’ü erkek ve %33,3’ü kadındır. Medeni durum değişkenine göre %58,3 oranında bekar, %36,7 oranında evli, %5 oranında boşanmış ya da ayrı katılımcı bulunmaktadır. Eğitim düzeyine göre %8,5 lise, %62,7 üniversite, %23,7 yüksek lisans ve %5,1’ü doktora mezunudur. Yaşadığı şehir değişkenine göre %3,3 oranında köy/kasaba, %25 oranında küçük il/ilçe, %68,3 oranında metropol ve %3,3 oranında yurtdışı şeklinde belirtilmiştir. Baba eğitim düzeyine göre %5 okur yazar değil, %33,3 okur yazar/ilkokul, %10 ortaokul, %18,3 lise, %33,3 üniversite mezunudur. Anne eğitim değişkenine göre %8,3 okur yazar değil, %48,3 okur yazar /ilkokul, %8,3 ortaokul, %15 lise ve %20’si üniversite mezunudur. Çalışma durumu değişkenine göre %25 öğrenci, %11,7 çalışmıyor, %5 düzensiz çalışıyor %58,3 düzenli çalışıyor olarak belirtilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 30,5 (SS=9,12)’dir.

Klinik grupta (N=58),

Katılımcıların %67,2’ü erkek ve %32,8’si kadındır. Medeni durum değişkenine göre %62,4 oranında bekar, %32,1 oranında evli, %5,0 oranında boşanmış ya da ayrı katılımcı bulunmaktadır. Eğitim düzeyine göre %1,7 okuryazar, %5,2 ilkokul, %10,3 ortaokul, %32,8 lise, %39,7 üniversite, %10,3 yüksek lisans mezunudur. Yaşadığı şehir değişkenine göre %1,7 oranında köy/kasaba, %20,7 oranında küçük il/ilçe, %1,7 oranında metropol ve %72,4 oranında yurtdışı şeklinde belirtilmiştir. Baba eğitim düzeyine göre %1,7 okuryazar değil, %36,2 okur yazar/ilkokul, %17,2 ortaokul, %20,7 lise, %19,9 üniversite mezunudur. Anne eğitim değişkenine göre %8,6 okuryazar değil, %41,4 okur yazar /ilkokul, %17,2 ortaokul, %22,4 lise ve %8,6’sı üniversite mezunudur. Çalışma durumu değişkenine göre %5,2 öğrenci, %20,7 çalışmıyor, %19 düzensiz çalışıyor %55,2 düzenli çalışıyor olarak belirtilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 30,8 (S=8,18)’dir.

#### 4.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almış Katılımcıların Klinik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcıların “Sosyo-demografik Bilgi Formu”na vermiş oldukları yanıtların oluşturduğu klinik değişkenlerin frekans dağılımları Tablo 2’de verilmiştir:

**Tablo 2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Katılımcıların Klinik Değişkenlerinin İlişkisi**

<i>Klinik Değişkenler (N=58)</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Halen Kullanılan Madde</b>	Alkol	54	93,1
	Yanıt Verilmemiş	4	6,9
	Toplam	58	100,0
<b>Ailede Alkol Kullanan Var mı?</b>	Var	27	46,6
	Yok	31	53,4
	Toplam	58	100,0
<b>AMATEM Polikliniğine Geldiniz mi?</b>	Hiç Gelmedim	31	53,4
	Düzenli Gelmedim	15	25,9
	Düzenli Geldim	12	20,7
	Toplam	58	100,0
<b>Poliklinik kontrollerine düzenli gelmediyseniz sebebi neydi?</b>	Şehir dışında ikamet etmek	7	12,1
	Ekonomik nedenler	3	5,2
	Tekrar Alkol kullanmaya başlamak	10	17,2
	Diğer	30	51,7
	Yanıt verilmemiş	8	13,8
	Toplam	58	100,0
<b>Hastaneden Çıktıktan Sosyal Ortamı Değiştirdiniz mi?</b>	Yanıt verilmemiş	9	15,5
	Evet	21	36,2
	Hayır	28	48,3
	Toplam	58	100,0
<b>Hastaneden çıktıktan sonra alkol kullanan arkadaşlarla görüşme</b>	Yanıt verilmemiş	10	17,2
	Evet	16	27,6
	Hayır	32	55,2
	Toplam	58	100,0
<b>Hastaneden çıkınca yeniden alkol kullanımı</b>	Yanıt verilmemiş	11	19,0
	Evet	12	20,7
	Hayır	35	60,3
	Toplam	58	100,0
<b>Ne zaman yeniden alkol tekrar kullanmaya başladınız?</b>	Çıkar çıkmaz	4	6,9
	0-1 ay	7	12,1
	1-3 ay	7	12,1
	3-6 ay	4	6,9
	Diğer	24	41,4
	Yanıt verilmemiş	12	20,7
	Toplam	58	100,0

**Tablo 3. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Katılımcıların Klinik Değişkenlerinin İlişkisi**

**Tablo 2. Devamı**

<i>Klinik Değişkenler (N=58)</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Yeniden alkol kullanmaya başlama sebebi</b>	Arkadaş ortamı	13	22,4
	Aile Sorunları	5	8,6
	İş Sorunları	4	6,9
	Kutlama	2	3,4
	Uyku Sorunları	3	5,2
	Diğer	18	31,0
	Yanıt verilmemiş	9	15,5
	Toplam	58	100,0
<b>Tekrar Alkol kullandıysanız kendi kendinize bırakma girişiminiz oldu mu?</b>	Hayır	21	36,2
	Evet	31	53,4
	Yanıt verilmemiş	6	10,3
	Toplam	58	100,0
<b>Alkol kullanım sıklığı</b>	Yanıt verilmemiş	6	10,3
	Ayda bir gün	3	5,2
	Haftada 1 gün	3	5,2
	Haftada birkaç gün	13	22,4
	Her gün	26	44,8
	Diğer	7	12,1
	Toplam	58	100,0
<b>Alkol kullanımından dolayı yasal sorun</b>	Yanıt verilmemiş	9	15,5
	Hayır	28	48,3
	Evet	21	36,2
	Toplam	58	100,0
<b>Hastaneden çıktıktan sonra ilaç kullandınız mı?</b>	Hayır	39	67,2
	İlaç önerildiği halde kullanmadım	19	32,8

Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış katılımcıların klinik değişkenleri incelendiğinde, halen kullanılan madde %93,1 alkol, %6,9'u yanıt vermemiştir. Ailede alkol kullanan %46,6 ve kullanmayan %53,4 oranındadır. AMATEM polikliniğe hiç gelmeyenler %53,4, düzenli gelmeyenler %25,9 ve düzenli gelenler %20,7 oranındadır. Poliklinik kontrollere düzenli gelmeyenler %12,1 farklı şehirde ikamet ettikleri için, %5,2 ekonomik nedenler, %17,2 tekrar alkol kullanımına başlamak ve %51,7 diğer gerekçeler bildirmiş ve %13,8'i yanıt vermemiştir. Hastaneden çıktıktan sonra sosyal ortamını değiştiren %36,2, değiştirmeyen %48,3 oranındadır ve %15,5'si yanıt vermemiştir. Hastaneden çıktıktan sonra yeniden alkol kullanan %20,7, kullanmayan %60,3 ve yanıt vermeyenler %19 oranındadır. Hastaneden çıktıktan sonra alkol kullanan arkadaşlarıyla görüşenler %27,6, görüşmeyenler %55,2 ve yanıt vermeyenler %17,2 oranındadır. Yeniden alkol kullananlar %6,9 hastaneden çıkar çıkmaz, %12,1 0-1 ay içinde, %12,1 1-3 ay içinde, %6,9 3-6 ay içinde, %41,4 diğer sürede kullanmaya yeniden başlamış ve %20,7 yanıt vermemiştir. Yeniden alkol kullanmaya başlama sebebi %22,4 arkadaş ortamı, %8,6 aile sorunları, %6,9 iş sorunları %3,4 kutlama, %5,2 uyku sorunları, %31 diğer olarak gösterilmiş ve %15,5 yanıt vermemiştir. Tekrar alkol kullanımı sonrası kendi kendine bırakma girişimi olan %53,4, girişimi olmayan %36,2 ve %10,3 yanıt vermemiştir. Alkol kullanım sıklığı %5,2 ayda bir, %5,2 haftada bir, %22,4 haftada birkaç gün, %44,8 her gün, %12,1 diğer olarak belirtmiş ve %10,3 yanıt vermemiştir. Alkol kullanımından dolayı yasal sorun yaşayan %36,2, yaşamayan %48,3 olarak bildirilmiş ve %15,5 yanıt vermemiştir. Hastaneden çıktıktan sonra ilaç kullanmayan %67,2 ve ilaç önerildiği halde kullanmayan %32,8 katılımcı bulunmaktadır.

#### **4.3. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısına Göre Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan sağlıklı kontrol grubunun yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB düzeyleri bakımından karşılaştırılması için her bir değişkeni ölçen veri ölçüm araçlarının puan ortalamalarının “Bağımsız Örneklem t Testi” analizi yapılmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,05 olarak alınmıştır. Analize ilişkin Bulgular Tablo 3'te verilmiştir:

**Tablo 4. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Grupların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Araştırma Değişkenleri	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Yeme Tutumu	Kontrol	60	52,72	17,754	-34,498	,000*
	Klinik	58	175,50	20,833		
Dikkatsel Dürtüsellik	Kontrol	60	7,85	3,394	-4,254	,000*
	Klinik	58	10,45	3,235		
Motor Dürtüsellik	Kontrol	60	7,13	4,359	-5,545	,000*
	Klinik	58	11,90	4,962		
Plansız Dürtüsellik	Kontrol	60	12,65	5,943	-5,199	,000*
	Klinik	58	17,60	4,234		
DEHB Dikkat Eksikliği	Kontrol	60	10,90	7,588	,518	,605
	Klinik	58	10,21	6,905	,	
DEHB Hiperaktivite/Dürtüsellik	Kontrol	60	9,10	6,501	-1,543	,126
	Klinik	58	10,91	6,261		
DEHB İlişkili Faktörler	Kontrol	60	29,65	14,882	-1,788	,076
	Klinik	58	35,14	18,339		

\*p<0,05

Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan grupların yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında yeme tutumu ( $t=-34,498$ ;  $p<0,05$ ) puanları gruplara göre anlamlı düzeyde farklıdır. Yeme tutumunun klinik grupta anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Dürtüsellik alt boyutları olan dikkatsel dürtüsellik ( $t=-4,254$ ;  $p<0,05$ ), motor dürtüsellik ( $t=-5,545$ ;  $p<0,05$ ) ve plansız dürtüsellik ( $t=-5,199$ ;  $p<0,05$ ) gruplara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Sonuçlara göre motor dürtüsellik, plansız dürtüsellik ve dikkatsel dürtüsellik alt boyutları klinik grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 5. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Grupların Cinsiyete Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

Değişkenler (N=118)	Grup	Cinsiyet	$\bar{X}$	Ss	N
Yeme tutumu	Kontrol Grubu	Erkek	50,52	16,003	40
		Kadın	57,10	20,560	20
		Toplam	52,72	17,754	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	176,13	23,379	39
		Kadın	174,21	14,759	19
		Toplam	175,50	20,833	58
	Toplam	Erkek	112,53	66,244	79
		Kadın	114,15	61,897	39
		Toplam	113,07	64,579	118
Dikkatsel dürtüsellik	Kontrol Grubu	Erkek	8,13	3,283	40
		Kadın	7,30	3,629	20
		Toplam	7,85	3,394	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	10,31	2,957	39
		Kadın	10,74	3,813	19
		Toplam	10,45	3,235	58
	Toplam	Erkek	9,20	3,295	79
		Kadın	8,97	4,062	39
		Toplam	9,13	3,551	118
Motor dürtüsellik	Kontrol Grubu	Erkek	8,00	4,690	40
		Kadın	5,40	3,016	20
		Toplam	7,13	4,359	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	12,13	5,126	39
		Kadın	11,42	4,706	19
		Toplam	11,90	4,962	58
	Toplam	Erkek	10,04	5,302	79
		Kadın	8,33	4,933	39
		Toplam	9,47	5,224	118
Plansız dürtüsellik	Kontrol Grubu	Erkek	13,17	5,935	40
		Kadın	11,60	5,968	20
		Toplam	12,65	5,943	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	18,23	3,808	39
		Kadın	16,32	4,854	19
		Toplam	17,60	4,234	58
	Toplam	Erkek	15,67	5,581	79
		Kadın	13,90	5,888	39
		Toplam	15,08	5,721	118
DEHB Dikkat eksikliği	Kontrol Grubu	Erkek	10,75	7,121	40
		Kadın	11,20	8,637	20
		Toplam	10,90	7,588	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	8,49	5,286	39
		Kadın	13,74	8,510	19
		Toplam	10,21	6,905	58
	Toplam	Erkek	9,63	6,345	79
		Kadın	12,44	8,559	39
		Toplam	10,56	7,238	118

**Tablo 6. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Grupların Cinsiyete Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

**Tablo 4. Devamı**

DEHB Hiperaktivite	Kontrol Grubu	Erkek	10,35	6,735	40
		Kadın	6,60	5,315	20
		Toplam	9,10	6,501	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	9,90	5,562	39
		Kadın	13,00	7,211	19
		Toplam	10,91	6,261	58
	Toplam	Erkek	10,13	6,149	79
		Kadın	9,72	7,019	39
		Toplam	9,99	6,422	118
DEHB ilişkili özellikler	Kontrol Grubu	Erkek	31,58	14,742	40
		Kadın	25,80	14,774	20
		Toplam	29,65	14,882	60
	Tanı Alan Klinik Grup	Erkek	32,67	16,197	39
		Kadın	40,21	21,699	19
		Toplam	35,14	18,339	58
	Toplam	Erkek	32,11	15,387	79
		Kadın	32,82	19,632	39
		Toplam	32,35	16,827	118

\*p<0,05

Tablo 4'te cinsiyet ve alkol kullanım bozukluğu tanısına göre katılımcıların yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB boyutları puan ortalamaları verilmiştir. Puan ortalamalarının cinsiyet ve tanı değişkenlerine göre farklılaşma düzeylerini incelemek amacıyla yapılan MANOVA analizi bulguları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 7. Cinsiyet ve Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Değişkenlerine göre Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutlarının MANOVA Sonuçları**

Kaynak	Bağımlı Değişkenler	KT	sd	KO	F	P
Grup *	Yeme tutumu	470,571	1	470,571	1,256	,265
Cinsiyet	Dikkat dürtüsellik	10,262	1	10,262	,925	,338
	Motor dürtüsellik	23,376	1	23,376	1,098	,297
	Plansız dürtüsellik	,754	1	,754	,028	,866
	DEHB Dikkat eksikliği	150,299	1	150,299	2,975	,087
	DEHB Hiperaktivite	306,367	1	306,367	7,906	<b>,006*</b>
	DEHB ilişkili özellikler	1157,363	1	1157,363	4,247	,042

\*p<0,05

Tablo 5'te cinsiyet ve alkol kullanım bozukluğu tanısına göre DEHB Hiperaktivite (F=7,906; p<0,05) hem tanı hem de cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kadınların hiperaktivite puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

#### 4.4.Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Tablo 8. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alanların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyonu**

Tanı alanlar (N=58)		1	2	3	4	5	6	7
1. Yeme tutumu	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
	N	58						
2. Dikkatsel dürtüsellik	Pearson Correlation	,057	1					
	Sig. (2-tailed)	,669						
	N	58	58					
3. Motor dürtüsellik	Pearson Correlation	-,259*	,564**	1				
	Sig. (2-tailed)	,050	,000					
	N	58	58	58				
4. Plansız dürtüsellik	Pearson Correlation	,070	-,594**	-,537**	1			
	Sig. (2-tailed)	,600	,000	,000				
	N	58	58	58	58			
5. DEHB Dikkateksikliği	Pearson Correlation	,161	-,003	,023	-,251	1		
	Sig. (2-tailed)	,227	,984	,866	,057			
	N	58	58	58	58	58		
6. DEHB Hiperaktivite	Pearson Correlation	,095	-,053	-,106	,006	,694**	1	
	Sig. (2-tailed)	,479	,695	,426	,965	,000		
	N	58	58	58	58	58	58	
7. DEHB ilişkili özellikler	Pearson Correlation	,095	-,150	-,236	,045	,645**	,654**	1
	Sig. (2-tailed)	,480	,260	,074	,736	,000	,000	
	N	58	58	58	58	58	58	58

\*. p<0,05\*\*. p<0,01

**Tablo 9. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Almayanların Yeme Tutumu, Dürtüsellik ve DEHB Boyutları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyonu**

Tanı Almayanlar (N=60)		1	2	3	4	5	6	7
1. Yeme tutumu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  60						
2. Dikkatsel dürtüsellik	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,074 ,577 60	1  60					
3. Motor dürtüsellik	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,091 ,487 60	,563** ,000 60	1  60				
4. Plansız dürtüsellik	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,239 ,065 60	,337** ,008 60	,433** ,001 60	1  60			
5. DEHB Dikkateksikliği	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,045 ,735 60	,452** ,000 60	,269* ,038 60	,359** ,005 60	1  60		
6. DEHB Hiperaktivite	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,110 ,405 60	,429** ,001 60	,236 ,070 60	,224 ,086 60	,223 ,087 60	1  60	
7. DEHB ilişkili özellikler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,033 ,804 60	,412** ,001 60	,387** ,002 60	,475** ,000 60	,366** ,004 60	,507** ,000 60	1  60

\*.  $p < 0,05$ \*\*.  $p < 0,01$

Tablo 6’da alkol kullanım bozukluğu tanısı almış katılımcıların yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde

Yeme tutumu ile motor dürtüsellik ( $r=-,259$ ;  $p<0,05$ ) negatif yönlü anlamlı ilişkilidir.

Klinik grupta yeme tutumları ile DEHB boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Dikkatsel dürtüsellik ile motor dürtüsellik ( $r=,563$ ;  $p<0,05$ ) ve plansız dürtüsellik ( $r=,337$ ;  $p<0,05$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir. Dikkatsel dürtüsellik ile DEHB Dikkat eksikliği alt boyutu ( $r=,452$ ;  $p<0,01$ ), DEHB Hiperaktivite alt boyutu ( $r=,429$ ;  $p<0,01$ ) ve DEHB ilişkili özellikler alt boyutu ( $r=,412$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Motor dürtüsellik ile plansız dürtüsellik ( $r=,433$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

DEHB Dikkat eksikliği alt boyutu ile Hiperaktivite ( $r=,694$ ;  $p<0,01$ ) ve DEHB ilişkili özellikler ( $r=,366$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü anlamlı ilişkilidir.

DEHB Hiperaktivite alt boyutu ile DEHB ilişkili özellikler ( $r=,507$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü anlamlı ilişkilidir.

Tablo 7’de tanı almayan grubun yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde,

Dikkatsel dürtüsellik ile motor dürtüsellik ( $r=,484$ ;  $p<0,05$ ) ve plansız dürtüsellik ( $r=,291$ ;  $p<0,05$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir. Dikkatsel dürtüsellik ile DEHB Dikkat eksikliği alt boyutu ( $r=,487$ ;  $p<0,01$ ), DEHB Hiperaktivite alt boyutu ( $r=,433$ ;  $p<0,01$ ) ve DEHB ilişkili özellikler alt boyutu ( $r=,337$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Motor dürtüsellik ile plansız dürtüsellik ( $r=,378$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir. Motor dürtüsellik ile DEHB Dikkat eksikliği alt boyutu ( $r=,293$ ;  $p<0,05$ ), DEHB Hiperaktivite alt boyutu ( $r=,261$ ;  $p<0,05$ ) ve DEHB ilişkili özellikler alt boyutu ( $r=,343$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Motor dürtüsellik ile DEHB Dikkat eksikliği alt boyutu ( $r=,370$ ;  $p<0,05$ ), DEHB ve DEHB ilişkili özellikler alt boyutu ( $r=,360$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Bu çalışmada, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler ve tanı almamış sağlıklı bireylerin yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın ilk adımında katılımcıların iki ayrı grup olarak demografik değişkenlerinin frekans dağılımları verilmiştir. Ayrıca, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin klinik değişkenlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Klinik grupta yer alan katılımcıların demografik formda yer alan ve alkol kullanım bozukluğuna ilişkin soruların hepsini yanıtlamadığı görülmüştür. Bulgular doğrultusunda, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış 58 katılımcı ve 60 sağlıklı tanı almamış kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırmada, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış katılımcılar arasında erkek katılımcı sayısı daha yüksektir. Cinsiyet dağılımının, alkol kullanım ve bağımlılık bozuklukları alanında klinik gruplarla yürütülen çalışmalarda erkek sayısının daha fazla olması bakımından tutarlı olduğu görülmektedir (Becker & Hu, 2007). Gruplara göre yaş ortalaması klinik grupta 30,8 ve sağlıklı grupta 30,8 olarak bulunmuştur. Çalışmanın erken erişkinlerle yapıldığı görülmektedir. Bu durum, bağımlılık bozukluklarının başlangıcı olabilecek yaşlara denk geliyor olması bakımından tutarlıdır.

Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin çoğunlukla kullandıkları maddelerin alkol ve esrar olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, uçucu maddeler ve sentetikler de katılımcıların belirttiği uyuşturucu maddeler arasındadır. Alkol kullanımına yeniden başlamanın gerekçesi olarak katılımcılar arkadaş faktörünü öne sürmüşlerdir. Alkol kullanım bozukluklarında sosyal çevrenin tetikleyici olmasına ilişkin bir detay sunan bu bulgu genel olarak alkol kullanımında önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Özellikle ergenlik döneminden itibaren başlayabilen riskli ve problemli davranışların erişkinlik döneminde psikopatolojik bir seyir alması sosyal faktörlerin neticesinde ortaya çıkan bir olarak belirtilmiştir (Santrock, 2010). Bu doğrultuda, kişilerin alkol kullandıkları dönemde görüştükları kişilerle görüşmesinin eski alışkanlıklarına yeniden başlamalarına yol açabilmektedir. Bu çalışmaya katılan alkol kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin tedavi sonrasında arkadaşlarıyla yeniden görüşmeye başlaması ve tekrar alkol kullanımının başlaması söz konusu olmuştur. Bununla birlikte, durumdan kendini koruyabilmek adına bazı katılımcıların alkol kullanmayı bıraktıktan sonra eski arkadaş çevresiyle görüşmediği bu çalışmada verilen yanıtlar arasındadır; fakat arkadaş çevresini değiştirmeyenlerin sayısı daha fazladır. Bu durumla tutarlı olarak tedavi sonrasında alkol kullanmaya yeniden başlayanların sayısı başlamayanlara göre daha fazladır. Bağımlılık bozukluklarında tedavi sürecine olumsuz etkisi bulunan en önemli unsurlardan bir

tanisinin nüks olduğu bilinmektedir. Araştırma yapılan klinik grupta katılımcıların eski davranışlarının nüksü söz konusu olmuştur. Dahası, katılımcıların tedavi sonrasında çıkar çıkmaz ya da bir aydan az bir sürede yeniden alkol kullanımına devam ettiği belirtilmiştir.

Araştırma değişkenleri olan yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB boyutlarının klinik ve kontrol grupta karşılaştırmaları yapıldığında, yeme tutumu ve dürtüsellik boyutlarının alkol kullanım bozukluğu tanısı almış katılımcılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yeme tutumu puanlarının yüksek olması, yeme davranışlarının psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde, dürtüsellik boyutlarında yüksek puan bildirenlerin dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcıların, yeme tutumlarının ve dürtüsellik düzeylerinin maladaptif düzeyde seyrettiği görülmüştür. Öte yandan, DEHB boyutlarından yalnızca dikkat eksikliği alt boyutunun kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğu tanısına göre karşılaştırılan araştırma değişkenleri ve ilgili alt boyutları, daha sonrasında cinsiyet ve tanı kriterleri birlikte karşılaştırılmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda ise, yeme tutumu ve alkol ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi kadın örneklem grupları ile yapıldığı görülmektedir (Killeen ve ark, 2015; Root ve ark, 2009; Root, 2010). Bu çalışmalardan birinde Root ve meslektaşları (2010) özellikle anoreksiya ve bulimiya nervoza vakalarında alkol kullanım oranının oldukça fazla olduğu ve alkol kullanımının yediklerini çıkartmak için kullandıklarını öne sürmüştür. Bununla birlikte, bulimiya nervoza vakalarında sentetikler, kokain, amfetamin, sakinleştirici ve esrar kullanımının yaygın olduğunu öne sürmektedirler.

Kadınlara yapılan çalışmalardan farklı olarak, Elmquist ve meslektaşları (2016) alkol veya madde kullanım bozukluğu tedavisi gören erkeklerde yeme bozukluğu ve tedavi reddi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya yataklı tedavi gören 68 erkek dahil edilmiştir. Bu katılımcıların aynı zamanda yeme bozukluğu semptomları bulunmaktadır. Yapılan açıklayıcı analizler sonucunda, yeme bozukluğu semptomlarının diğer değişkenler (alkol veya madde kullanımı, depresyon ve psikolojik sıkıntı olmak üzere) kontrol altına alındığında tedavi reddiyle ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Gruplarda yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubunun yeme tutumu puanlarıyla dikkate ilişkin dürtüsellik, DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite boyutlarının arasındaki ilişkinin anlamlı ve pozitif olduğu görülmüştür. Tanı alan klinik grupta ise yeme tutumu ile motor dürtüsellik ile plansız dürtüsellik arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grupta, dürtüsellik ve dikkat eksikliği boyutları arasındaki ilişki katsayılarının ve saptanan korelasyonların katsayısının tanı alan klinik gruptaki katılımcılara kıyasla fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan gözden geçirme çalışmasında 18 yaş üzeri ve yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde dürtüsellik kişileri diğerlerinden ayıran önemli bir klinik özellik olduğu çıkarımı

yapılmıştır (Waxman, 2009). Ayrıca, Butler ve Montgomery (2005) anoreksiya nervoza vakalarının ciddi düzeyde dürtü kontrol sorunları olduğunu belirtmişlerdir. DEHB açısından ele alındığında ise, DEHB belirtileri ile yeme psikopatolojisinin ilişkili olduğunu öne süren çalışmaların daha önce yapıldığı görülmüştür. Ziobrowski ve meslektaşları (2018) DEHB ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmada, hayat boyu DEHB prevalansı ile hayat boyu bulimiya nervoza ve tıknırcasına aşırı yeme prevalansı arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada DEHB ve anoreksiya nervoza arasında ilişki saptanmamıştır.

Araştırmada, klinik grubun dürtüsellik ve yeme tutumları puanları fazla olsa sağlıklı grubun yeme tutumu ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Dawe ve Loxton (2004) dürtüsellik çok boyutlu bir kavram olduğu ve aynı anda hem alkol kullanım bozuklukları hem de yeme bozukluklarını açıklayabilecek bir unsur olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun, kişilerdeki ödül hassasiyetinden kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir. Ödül hassasiyeti, kişilerin ödüle yönelik performans dürtüsünün fazla olması şeklinde tanımlanabilir (Dawe & Loxton, 2004). Bu çalışmada ise, dürtüsellik düzeylerinin sağlıklı grupta yeme tutumlarıyla ilişkili olması, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış gruptaki bireylerin ödül hassasiyetinin olduğu maddeden daha farklı olmasından ileri geldiği düşünülebilir.

## **5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, klinik ve kontrol gruplarında yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB düzeylerinin farklı düzeylerde ilişki olduğu saptanmıştır. Öte yandan, araştırmanın yöntem ve örneklem bakımından sınırlılıkları olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, araştırmadaki sağlıklı kontrol grubun katılımcı sayısının evreni temsil edebilirliği bakımından sınırlılık oluşturabileceği ve araştırmada örneklem sayısının evreni temsil edebilirliği açısından sınırlılık olduğu düşünülmektedir. İkinci olarak, katılımcıların yanıtlaması beklenen anketlerin uzun olması sonucunda bazı sorulara yanıt vermedikleri görülmüştür. Bu durum aynı zamanda, katılımcıların vermiş oldukları yanıtların yanlış olmasına ya da anket çalışmasını bırakmasına yol açabilmektedir. Çalışmaya verileri geçerli olan 118 katılımcı dâhil edilmiş ve anketi yarıda bırakan katılımcılar araştırma dışı kalmıştır. Belirtilen sınırlılıklar daha geniş örnekleme yapılacak diğer çalışmalarla bertaraf edilebileceği düşünülebilir.

## 5.2. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler ve sağlıklı kontrol grubunun yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB düzeylerinin farklılıklarının anlamlı olduğu görülmüştür. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda farklı ölçüm araçları ile genişletilmesi sağlanabilir ve yapılacak çalışmalarda kadın ve erkek katılımcı sayısının eşitlenmesinin karşılaştırma yapılabilmesi adına daha uygun olacağı düşünülmektedir. Yapılan son çalışmalarda, yeme bağımlılığının diğer bağımlılık bozuklukları ile ilişkisi ele alınmaktadır. Bu doğrultuda, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yeme bağımlılığı semptomlarının incelenebileceği düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin dürtüsellik ve psikopatolojik yeme tutumlarının daha fazla olduğu görülmüş ve bu doğrultuda tedavi sürecinin yapılandırılabilirliği düşünülmektedir.

## BÖLÜM VI

### SONUÇ

Araştırmanın sonuçlarına göre,

- Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış 60 katılımcı ve 58 sağlıklı tanı almamış kişi araştırmaya katılmıştır.
- Araştırmada, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış katılımcılar arasında erkek katılımcı sayısı daha yüksektir. Sağlıklı grupta ise kadınların sayısının daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Her iki grupta da ağırlıklı olarak bekâr bireyler yer almaktadır.
- Gruplara göre yaş ortalaması klinik grupta 30,8 ve sağlıklı grupta 30,8 olarak bulunmuştur.
- Alkole yeniden başlama gerekçesi olarak katılımcılar arkadaş çevresini sebep göstermiştir.
- Tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcıların tedaviye devam etmeme sebebi de çoğunlukla tekrar kullanıma başlamak olarak belirtilmiştir.
- Tedavi gören katılımcılar arasında hastaneden çıktıktan sonra sosyal ortamını değiştirmeyenlerin sayısı daha fazladır.
- Tedavi sonrasında, katılımcılar arasında alkol kullanan arkadaşlarıyla görüşmelerin sayısı daha fazladır.
- Tedavi sonrasında alkol kullananların sayısı kullanmayanlara göre daha fazladır.
- Tedavi sonrasında alkol kullanmaya başlama süresi olarak katılımcılar en çok çıkar çıkmaz ve 0-1 ay arası yeniden başladığını belirtmiştir.
- Tekrar alkol başlama sebebi olarak çoğunlukla arkadaş ortamı sebep gösterilmiştir.
- Tekrar alkol kullanımına başlayan kişilerin büyük bir oranı kendi çabalarıyla bırakma girişiminde bulunmuşlardır.
- Katılımcıların alkol kullanım sıklığı çoğunlukla her gün olarak belirtilmiştir.
- Alkol kullanımından dolayı yasaları ihlal eden yaklaşık %35 katılımcı bulunmaktadır.
- Tedavi sonrasında katılımcıların ilaç kullanmadıkları ve ilaç önerildiği halde kullanmak istemedikleri belirtilmiştir.

- Alkol kullanım bozukluğu tanısına göre grupların klinik ve sağlıklı grup olarak karşılaştırılması sonucunda yeme tutumu, dürtüsellik alt boyutları ve DEHB alt boyutları bakımından puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür.
- Psikopatolojik yeme tutumu alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde daha yüksek bulunmuştur.
- Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerde dikkate ilişkin dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansız dürtüsellik alt boyut puanları tanı almayan gruba göre daha yüksektir.
- DEHB boyutlarının puanları, tanı almayan sağlıklı grupta daha yüksek bulunmuştur. Dikkat eksikliği alt boyutu dışında aşırı hareketlilik ve ilişkili faktörler bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
- DEHB Hiperaktivite alt boyutu hem cinsiyet hem de alkol kullanım bozukluğu tanısı bakımından anlamlı düzeyde farklıdır. Kadın ve alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcıların Hiperaktivite puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Gruplarda yeme tutumu, dürtüsellik ve DEHB düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, tanı almayan kontrol grubunun yeme tutumu puanlarıyla dikkate ilişkin dürtüsellik, DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite boyutlarının anlamlı olduğu görülmüştür.
- Tanı alan grupta ise yeme tutumu ile motor dürtüsellik ile plansız dürtüsellik arasında pozitif ilişki saptanmıştır.
- Tanı almayan grupta, dürtüsellik ve dikkat eksikliği boyutları arasındaki ilişki katsayılarının ve saptanan korelasyonların sayısının tanı alan gruptaki katılımcılara kıyasla fazla olduğu bulunmuştur.
- Çalışmada elde edilen sonuçlara göre alkol kullanım bozukluğu tanısı alanlar ve sağlıklı kontrol grubunda yeme tutumu, dürtüsellik boyutları ve DEHB dikkat eksikliği boyutu farklılıkları istatistiksel olarak farklıdır. Yeme tutumu ve dürtüsellik boyutları klinik grupta daha yüksek bulunmuştur.

## KAYNAKÇA

- Açar, M. (2016). Alkol ve Kannabis Bağımlıları ile Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull*; 82: 463–496.
- Akşit, B.T. (1997). Türkiye'de Madde İstismarı ve Godot Beklentisi. *3P Dergisi*. 5,46-50.
- Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., Akgül, A. (2009). Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 7(2) :87-94.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı*. (Çeviri Editörü: E. Köroğlu). Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Highlights of Changes From DSM-4-TR to DSM-5*. American Psychiatric Publication.
- Arcelus, J., Witcomb, G.L., Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*; 22(2): 92-101.
- Arıkan, Z., Coşar, B., Işık, A. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz dergisi*, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, Alkol Madde Bağımlılığı:4(2): 93-100.
- Arıkan, Z. (2008). Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar: Işık, E., Taner, E., Işık, U. (Editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara:317-335.

Aslan, K., (2015). DSM-IV-TR ile DSM-V Arasındaki Önemli Farklılıklar, İstanbul Arel Üniversitesi Klinik Doktora Programı: Doç. Dr. (Md) Mazlum Çöpür, İleri Psikopatoloji Final Çalışması. [www.psikopatoloji.info/?p=9](http://www.psikopatoloji.info/?p=9)

Aşçıoğlu, F. (2009). Trafikte Güvenli Sürüş Açısından Alkol. Beta Yayını. İstanbul.

Atbaşoğlu, C., Doğan, Y.B. (1996). Alkol Bağımlılığında Detoksifikasyonun Önemi ve Detoks Birimlerinin İşlevleri. *Kriz Dergisi*, 4:71-75.

Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı, 2010-2012:5.

Barkley, R.A., Murphy, K.R., Fischer, M. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1st Ed., Newyork, London, The Guilford Press.1-467.

Baroni, A., Castellanos, F.X. (2014). Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder in the era of 'high definition' neuroimaging. *Curr Opin Neurobiol*;30:1-8.

Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hinds, A., Anderson, S.W., Nathan, P.E. (2001). Decisionmaking deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*; 39:376-389.

Beray, M.D., Lacey, J.H., Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *Br J Addict*. 81:685-689.

Brady, K.T., Myrick, H., McElroy, S.L. (1998). The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *Am J Addiction*;7: 221–230.

Brady, K.T., Cathleen, T., Killeen Terese, K., Brewerton Tim, Lucerini Sylvia, (2000): Comorbidity of psychiatric disorders and PTSD; *J Clinical Psychiatry*, 2000-61, suppl 7: 22–32.

Beşkoç, C. (2009). Alveoller Alkol Seviyeleri ile Kan Alkol Seviyelerinin Klinik Muayene Bulguları ile Birlikte Değerlendirilmesi ve Standart Alkol Muayene Formunun Oluşturulması. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Becker, J. B., & Hu, M. (2007). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in neuroendocrinology*, 29(1), 36-47.

Bruch, H. (1974). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. Basic Books.

Bozkurt, M. (2012). Alkol ve Eroin Bağımlılığı Olan İki Ayrı Grupta Dürtüsellik ve Agresyonun Kişilik Özellikleri ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Boettiger, C., Mitchell, J., Tavares, V., Robertson, M., Joslyn, G., D'Esposito, M., Fields, H. (2007). Immediate reward bias in humans: fronto-parietal networks and a role for the catechol-O-methyltransferase 158(Val/Val) genotype. *J Neurosci.* 27:14383-14391.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., Joyce, P.R. (1997). Life time comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addict Behav.* 22 (4): 437-446.

Butcher, J. N., Gass, C. S., Cumella, E., Kally, Z., Williams, C. L. (2008). Potential for Bias in MMPI-2 Assessment Using the Fake Bad Scale (FBS). *Psychol. Inj and. Law.* 1-19.

Canat, S. Yeme Bozukluklarına Genel Bakış. Çelikkol, A. (1999). Yeme Bozuklukları. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları. İzmir. 4(2): I 33-136.

Catterson, M.L., Pryor, T.L., Burke, M.J., Morgan, C.D. (1997). Death due to Alcoholic Complications in a Young Woman with a Severe Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 21:303-305.

Chamberlain, S.R., et al., (2015). Obesity and dissociable forms of impulsivity in young adults. *CNS spectrums.* 20(05): p. 500-507.

Cinemre, B. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. Çelikkol, A. (1999). Yeme Bozuklukları. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları. İzmir. 4(2):137-154.

Crisp, A.H. (1983). Anorexia Nervosa. *Br Med J.* 287:855-858.

Crews, F., Boettiger, C. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 93:237-247.

Çakmak, D., Evren, C. (2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Özgül matbaacılık, İstanbul. s.80-81.

Çalışkan, N. (2015). Denetimli Serbestlik Tedbiri ile Tedavi Kararı Verilen Kannabis Kullanıcılarında Dürtüsellik ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Takip Sonuçları ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Ankara.

Çelik, S., Yoldaşcan, E.B., Okyay, R.A., Özenli, Y. (2016). Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğunun Yaygınlığı ve Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 17:42-50.

Çetin, Y. (2013). Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Yalova.

Çınar, Ö.G. (2010). Erkek Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmasının Öfke, Agresyon ve Dürtüsellikle İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Çörekçioğlu, S. (2016). Bipolar Bozuklukta Anksiyete Duyarlılığı, Dürtüsellik ve İlişkili Etmenler. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Davidson, C. (1720-1725). Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism. Schweiz Rundsch Med Prax.1999; 14;88(42).

Deborah, S.H., Cheryl, L.B. (2009). Dimensionality of lifetime alcohol abuse, dependence and binge drinking. Drug Alcohol Depend 101:53-61.

De With H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use; a review of underlying processes. Addict Biol. 14:22-31.

Dawe, S., Gullo, M., Loxton, N. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. Addict Behav, 29:1389-1405.

Demir, M.N. (2017). Alkollü Araç Kullanımına Bağlı Ehliyetlerine El Konulan Sürücülerde Alkol İçme Davranışının Devamının Öfke, Dürtüsellik ve Mizaç Özellikleri ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Diagnosis and Treatment. (1999). 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1-345.

Dom, G., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2006). Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. Addict Behav, 31:298-308.

DSÖ. (1992). ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü.

Ekuklu, G., Deveci, S., Eskiocak, M., Berberoglu, U., Saltik, A. (2004). Alcoholism prevalence and some related factors in Edirne. Turkey. Yonsei Med J.;45:207-214.

Elmqvist, J., Shorey, R. C., Anderson, S. E., Temple, J. R., & Stuart, G. L. (2016). The Relationship Between Eating Disorder Symptoms and Treatment Rejection among Young Adult Men in

Residential Substance Use Treatment. Substance abuse: research and treatment. 10, 39-44. doi: 10.4137/ SART. S. 33396.

Ertaş Sinirlioğlu, H. (2006). Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri. Ed. Seval Akbıyk, Timaş Yayınları, İstanbul.

Erçalışkan, S.Z. (2017). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Gece Yeme Bozukluğu ve Dütüsellik İlişkisinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul.

Ercan, E.S., Aydın, C. (2014). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Pupa Yayınları.

Evren, C., (2004). Alkol Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri. 7:111-119.

Farren CK, Tipton KF. (1999). Trait markers for alcoholism: clinical utility. Alcohol Alcohol. 34: 649-65.

Fassion S., Daga, G.A., Piero, A., Leombruni, P. ve Rovera, G.G. (2001). Anger and personaliyn eating disorders. Journal of Psychosomatic Research, 51 (6), 757-764.

Filstead, W.J., Parrella, D.P., Ebbitt J. (1988). High Risk Situation in Substance Abuse and Binge Eating Behaviors. Journal of Studies on Alcohol 49(2):136-141.

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

Galeri A, Bora T. (2005). Özel Güvenlik Temel Eğitim Kitabı- I, Birinci Baskı.

Genç S.A. (2017). Yeme Bozukluğu Hastalarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Görüşme ve Özbildirim Ölçekleriyle Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.

Greydanus, D.E., Pratt, H.D., Patel, D.R. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. The Child, Adolescent and Adult Dis Mon. 53:70-131.

Goldbloom, D.S., Naranjo, C.A., Bremner, K.E., Hicks, L.K. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. Br J Addict. 87: 913-920.

Goldbloom, D.S., (1993). Invited review. Alcohol misuse and eating disorders: Aspects of an association. Alcohol Alcohol. 28,4: 375-381.

- Gunn, R., Finn, P. (2013). Impulsivity partially mediates the association between reduced working memory capacity and alcohol problems. *Alcohol*. 47:3-8.
- Güleç, G. (2012). Alkol Madde Kullanım Bozukluklarında Etiyoloji, Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. 1. baskı, Tuna Matbaacılık, Eylül, 2-17.
- Güleç, G., Köşger F., Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, (4):448-460.
- Gürsoy Ç. (2018). Genç Erişkinlerde Bağlanma Stilleri ve Dürtüsellik Düzeyleri ile Yeme Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Hantaş, Y., Maner, F., Erkıran, M., Turan, F., Gökalp, P., (2003). Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1): 24-27.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., (1991). Comorbidity of Psychiatric Diagnosis in Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*.47:712-718.
- Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., Rubia, K., (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry*. 70(2): 185-198.
- Hasin, D.S., O'Brein, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A. et al. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170:834-851.
- Hasin, D., Stinson, F., Ogburn, E., Grant, B. (2007). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 64:830-842.
- Haver, B., (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *Eur Addict Res*; 9: 39-44.
- Hatsukami, D., Mitchell, J.E., Eckert, E.D., Pyle, R. (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder and bulimia with substance abuse problems. *Addict Behav*; 11: 399-406.

- Hebebrand, J., Blum, W. F., Barth, N., Coners, H., Englaro, P., Juul, A., Ziegler, A., Warnke, A., Rascher, W., Remschmidt, H. (1997). Leptin levels in patients with anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration. *Mol Psychiatry*, 2 (4) 330-334.
- Hechtman, L., (1999). Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am*; 46:1039-1052.
- Helen, C.F., Keri, L.B., Peihua, G., Rajita, S., (2010). Interactive effects of cumulative stress and impulsivity on alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res*. 34:1376-1385.
- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., Marmor, A.K.,(1996). Comorbidity and Outcome in Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*; 19:843-859.
- Hester, R., Garavan, H., (2004). Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. *J Neurosci*. 24:11017-11022.
- Hoek, H.W., (2016). Review of the Worldwide Epidemiology of Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry*.29(6):336-339.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry*.19:389-394.
- Hollander, E., Evers, M., (2001). New developments in impulsivity. *Lancet*, 358:949 -950 (Commentary).
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. Jr, Kessler, R.C., (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*; 61: 348-358.
- Hyman, S. (2005). Addiction: a disease of learning and memory. *Am J Psychiatry*. 162:1414-1422.
- İlhan, İ.Ö., Demirbaş, H., Koçak, O.M., Doğan, Y.B. (2004). Alkol Bağımlısı Erkeklerde Dikkat ve Bellek İşlevlerinin alkol Kullanım Öyküsü ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 5 (1): 3-8.
- Jaffe, J.H., Anthony, J.C., (2005) Substance-related disorders: introduction and overview. In Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock):1137-1167. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Wnorowska, A., Mika, K., Bugaj, M., Podgorska, A., Barry, K., Blow, F., Brower, K., Wojnar, M. (2013). Impulsivity, risky behaviors and accidents in alcohol-dependent patients. *Accid Anal Prev*. 51:150-155.

- Kale, E.M., (2006). A quantitative review of the relations between the 'Big 3' higher order personality dimensions and antisocial behaviour. *J Res Pers.* 40:250-284.
- Kaplan, H.I., Sadock. B.J., Substance Related Disorders, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, Cancro R., (1997), 7 th Edition, vol.2 pp,1724-1725.
- 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.
- Kaye, W., (2008). Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Physiol Behav;* 22:121-135.
- Keski-Rahkonen, A., Mustelin, L., (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 29(6):340-345.
- Keel, P.K., Klump, K.L., (2003) Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull.* 129:747-769.
- Killeen, T., Brewerton, T. D., Campbell, A., Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2015). Exploring the relationship between eating disorder symptoms and substance use severity in women with comorbid PTSD and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 41(6), 547-52.
- Knott, D. H. (1986). *Alcohol Problems, Diagnosis and Treatment.* Pergamon Press. New York.
- Kocakaya, G. (2016). Yeme Bozukluğu ile İlişkili Olabilecek Değişkenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Koob, G.F., (1996). Drug addiction: the yin and the yang of hedonic homeostasis. *Neuron.* 16: 893–896.
- Köknel, Ö., (1998). Bağımlılık, Alkol ve Madde Bağımlılığı. Altın Kitaplar Yayınevi. Akdeniz Yayıncılık A.Ş. İstanbul.
- Köksal, B. (2016). Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Koroğlu, E. (1994). Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. s. 215-336.
- Koroğlu, E. (2013). DSM-5 Tani Ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Koroğlu, E. (2014). Türk Psikiyatri Dergisinden Yayımlanan DSM-5 Türkçe Çevirisi Üzerine" Adlı Mektuba Yanıt. *Türk Psikiyatri Dergisi.*

Kurupınar, A. (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Madde Bağımlılığı Alışkanlığı Ve Yaygınlığı (Bartın İli Örneği), Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi Ana Bilim Dalı Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Lacey, H.J.: Self-Damaging and Addictive Behavior in Bulimia.

Lacey, J.H., Moureli, E., (1986). Bulimic Alcoholics: Some features of a clinical sub-group. *Br J Addict*; 81: 389-393.

Leehr, E.J., et al., (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49: p. 125-134.

Lena, S.M., Chidambaram, U., Panarella, C., Sambasivan, K., (2001). Cognitive Factors in Anorexia Nervosa: A Case History. *Int J Eat Disord*; 30(3):354-358.

Lesieur, H.R., Blume, S.B., (1994). Pathological gambling, eating disorders and the psychoactive substance use disorders. *The American Society of Addiction Medicine*; 1-6.

Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L., Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. 31:881-890.

Maayan, L.A, Woolston, J.L., (2005). Eating disorders. Cheng K, Myers KM(Ed). *Child and adolescent psychiatry: the essentials*. Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia, USA. 1st ed., pp 248-250.

Madden, G.J., Petry, N.M., Badger, G.J., Bickel, W.K., (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Clin Psychopharmacol*. 5:256-262.

Maner, F., Yeme Bozuklukları. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Mathes, W.F., Brownley, K.A., Mo, X., Bulik, C.M., (2009). The Biology of Binge Eating. *Appetite*. 52(3):545-553.

Miller, L. (1991). Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *Am J Subst Abuse Treat*. 8:277-291.

Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 158:1783-1793.

- Moeller, F.G., Dougherty, D.M., Barratt, E.S., Schmitz, J.M., Swann, A.C., Grabowski. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 21:193–198.
- Mole, T.B., et al., (2015). Impulsivity in disorders of food and drug misuse. *Psychological medicine.* 45(04): p. 771-782.
- Motavalli Mukaddes, N., (2015). Genel Bilgiler. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Türkiye. 1. baskı. pp 1-13.
- Muhtar, N., (2003). Alkol bağımlılarında bağlanma. Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Murphy, P., Schachar, R., (2000). Use of self-ratings in the assessment of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adults. *Am J Psychiatry;* 157:1156–1159.
- Nervosa. *British Journal of Psychiatry* 163:190-194. (1993). Welh, S.L., Fairburn, C.G. (1996):. Impulsivity or Comorbidity in Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry* 169:451-458.
- Noel, X., Brevers, D., Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Curr Opin Neurobiol,* 23:632-638.
- NIH (2015) Fact sheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- O'Flynn, N. (2011). Harmful drinking and alcohol dependence: advice from recent NICE guidelines. *Br J Gen Pract,* 61:754-756.
- Ong, Y.L., Checkley, S.A., Russell, G.F. (1983). Suppression of Bulimic Symptoms with Methylamphetamine. *Br J Psychiatry;* 143:288-93.
- Oral, N., Şahin, N.H. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi.* 23(62), 37-48.
- Öner, Ö., Arsev, A.S. (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Arsev AS, Taner YI, (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda.* İstanbul, Golden Print. 397-421.
- Ögel, K., (2001). İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gerekçeler. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2015). Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

- Öyekçin, D.G., Şahin, E.M., (2011).Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım. *Turkish Family Physician*. 2;4.
- Özdemir, G.P., Selvi, Y., Aydın, A., (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3):293-314.
- Özdoğan, B., Ak, A., Soytürk, M., (2005). Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olan Çocukların Eğitiminde Öğretmen El Kitabı Devlet Kitapları Müdürlüğü Basımevi Ankara,:158.
- Öztürk, O., (2001). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, 8. Basım, Ankara: 519- 551.
- Öztürk, M.O., (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s.520
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt II*. Ankara: Tuna Matbaacılık.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A., (2015). Ruhsal Etkenlerle Bağlantılı Fizyolojik İşlev Bozuklukları-Yeme Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Türkiye. 13. baskı: pp 465-475.
- Öztürk, O. (2014). DSM-5 Türkçe Çevirisi Üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Öztürk, O. (2014). DSM-5 Köroğlu Yanıtı Üzerine Yanıt. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Perry, J.L., Carroll, M.E., (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology (Berl)*. 200:1-26.
- Peveler, R., Fairburn, C., (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *Br J Addict*; 85: 1633-1638.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A., (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*; 56(3):345-365.
- Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Cambridge, MA: Harvard University Pres.
- Rehm, J., Shield, K., Gmel, G., Rehm M, Frick U (2013) Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23:89-97.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locks, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, Results from epidemiologic catchment area (ECA) Study. *JAMA*.264:2511-2518.

Root, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2009). Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological medicine*, 40(1), 105-15.

Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., ... Bulik, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 43(1), 14-21.

Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. (2015). Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia. p. 1 online resource (xvi, 1472 pages).

Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (çeviri editörleri) 8.Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi. 1137-1167.

Sayın, E., Karşlıoğlu, Z., (2004). Alkol Bağımlısı Bir Grup Hastada Kişilik Özellikleri, Bağımlılık Dergisi. 5:1;13-19.

Schag, K., et al., (2013). Impulsivity in binge eating disorder: food cues elicit increased reward responses and disinhibition. *PLoS One*, 8(10): p. e76542.

Schag, K., et al., (2013). Food- related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity Reviews*, 14(6): p. 477-495.

Schneider, M., Retz, W., Coogan, A., Thome, J., Rösler, M., (2006). Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) – A neurological view. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 256:32–34.

Schuckit, A.M., Tipp, E.J., Anthenelli, M.R., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.V., Nürnbergger, I.J. (1996). Anorexia Nevoza and Bulimia Nervosa in Alcohol-Dependent Men and Women and their Relatives. *American Journal of Psychiatr* 153( I ):74-82.

Schuckit, M.A., (2007). Alkole Bağlı Bozukluklar, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, Çeviri (Ed) Dr. Aydın H. ve Dr. Bozkurt A. 8. Baskı, II. cilt, 1168-1188.

Schweickert, L.A., Strober, M., Moskowitz, A., (1997). Efficacy of Methylphenidate in Bulimia Nervosa Comorbid with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder:A Case Report. *Int J Eat Disord*; 21(3):299-301.

- Sevinç, E., Şengül, C., Çakaloz, H., Herken, H. (2010). Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Hastalarda Eştanı. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 47: 139-143.
- Shorter, E., (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. 1st Ed., New York, Oxford University Press.:32-34.
- Sinha, R., O'Malley, S.S., (2000). Alcohol and eating disorders. Implications for alcohol treatment and health servicesresearch. *alcoholism: Clinical and Experimental Research*; 24 (8): 1312-1319.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert T ve ark. (2007). Psychiatric Comorbidity and Functional İmpairment in a Clinically Referred Sample of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 257(7):371-377.
- Sokol, M.S., Gray, N.S., Goldstein, A., Kae, W.H., (1999). Methylphenidate Treatment for Bulimia Nervosa Associated with A Cluster B Personality Disorder. *Int J Eat Disord*; 25(2):233-237.
- Spencer, T.J., Biederman, J., Mick, E., (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol*; 32:631–642.
- Steiger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., Seguin, J.R., Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: relationship to binge eating. *J Consult Clin Psychol*. 67:765-775.
- Sutin, A.R., et al., (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 101(3): p. 579.
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Mizutani, Y., Kono, H., (1993). Young female alcoholics with and without eating disorders: A Comparative Study in Japan. *Journal of Studies on Alcohol*; 150: 1053-1058.
- Şahin, M., (2007). *Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Tezler Üzerine Değerlendirme*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi. Ankara.
- Tiihonen, J., Keski-Rahkonen, A., Löppönen, M., Muhonen, M., Kajander, J., (2004). Brain serotonin 1A receptor binding in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*; 55(8):871-873.
- Thome, J., Jacobs, K.A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children’s book. *Eur Psychiatry*; 19:303–306.

- Thomas J.J., Lee S, Becker A.E. (2016). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry* 29(6):354-362.
- Tong J, Miao S, Wang J, Yang F, Lai H, Zhang C ve ark. (2014). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 49(3):499-505.
- Tosun, M. (2000). *Alkol ve Diğer Maddeler İle İlişkili Bozukluklar*. İstanbul: Dilek Ofset Matbaacılık.
- Tuğlu, C., Şahin, Ö.Ö., (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1):75-116.
- Türkcan, A., (1999). Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*.10(4):310-318.
- Türkiye Ulusal Raporu, Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede. 2007 Yılı Türkiye Raporu. Ankara.
- Uzday, İ.T.(2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5:5-15.
- UNODC(United Nations Office On Drugs And Crime). *World Drug Report*. 2009 United Nations. New York, 2009.
- Van Hoeken D., Burns J.K, Hoek H.W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Curr Opin Psychiatry*. 29(6):372-377.
- Vuchinich, R.E., Tucker, J.A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol-abuse. *J Ab Psychology*. 97: 181–195.
- Yancar, C. (2005). *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- Yazıcı, K., Yazıcı, A.E., (2010). Dürtüsellüğün Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:254-280.
- Yeşilbursa, D. *Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış*. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, Ed. Dilbaz, N. Ankara, s. 1-8.

Yeşilova, E., (2017). Üsküdar Üniversitesi Lisans ve Yüksek Lisans Öğrencilerinde Sigara Bağımlılarında Dürtüsellik ve Benlik Saygısı İlişkisinin İncelemesi. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Yiğit, Ş., Khorshid, L. (2006). Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve Bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi 7:24-30.

Yılmaz, A., (2013). Erkek Alkol ve Eroin Bağımlılarında Dürtüsellik ve Agresyonun Depreşme Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Yüncü, Z., Aydın, C., (2012). Alkol Madde Kullanım Bozukluklarında Etiyoloji. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. 1.baskı, Ankara: 20-33.

Weiss, M., Hetchman, L.T., Weis, G., ADHD in Adults. A Guide to Current Theory.

Welch, S.L., Fairburn, C.G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. Br J Psychiatry; 169: 451-458.

Westermayer, J., (2005). Historical and Social Context of Psychoactive Substance Use Disorders: In Frances RJ, Miller SI, Mack AH (editors). Clinical Textbook of Addictive Disorders. Third Ed. New York: The Guilford Press, 16-32.

World Health Organization. The ICD Clasification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.

## EKLER

### Ek-1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:

2. Yaş:

3. Cinsiyet:

1) Erkek ( )

2) Kadın ( )

4. Medeni Durumu:

1) Bekar ( )

2) Evli ( )

3) Boşanmış / Ayrı Yaşıyor ( )

4) Dul ( )

5. Çocuğunuz Var mı?

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

6. Eğitim Durumu:

1) Okuryazar ( )

2) İlköğretim ( )

3) Ortaöğretim ( )

4) Lise ( )

5) Üniversite ( )

6) Yüksek Lisans ( )

7) Doktora ( )

7. Çalışma Durumu – Mesleği: ..... (yazınız)

1) Öğrenci ( )

2) Çalışmıyor ( )

3) Düzensiz Çalışıyor ( )

4) Düzenli Çalışıyor ( )

8. Yaşadığı Şehir / Halen Bulunduğu Yer :

1) Köy/ Kasaba ( )

2) Küçük İl / İlçe Merkezi ( )

3) Metropol ( )

4) Yurtdışı ( )

**Alkol kullanım öyküsü:**

**9. Alkol kullanmaya ilk kaç yaşında başladınız yazınız?**

.....

**10. Halen kullanmakta olduğunuz maddeler nelerdir?**

1) alkol ( ) 2) esrar ( ) 3) eroin ( ) 4) uçucu maddeler ( ) 5) Kokain ( )

6) ekstazi ( ) 7) Amfetamin ( ) 8) Bonzai ( ) 9) Diğer ..... (yazınız)

**11. Ailede başkasında alkol kullanan var mı?**

1) Var 2) Yok

**12. 11.Soruya cevabınız evet ise kim? Yakınlık dereceniz ve kullandığı madde nedir?**

.....( yazınız)

1) Alkol ( ) 2) Madde (..... ) (yazınız)

**13. AMATEM'e poliklinik kontrollerine hiç geldiniz mi?**

1) Hiç gelmedim 2) Düzenli gelmedim 3) Düzenli geldim

**14. Poliklinik kontrollerine düzenli gelmediyseniz sebebi neydi?**

1) Şehir dışında ikamet etmek 2) Ekonomik nedenler

3) Tekrar alkol kullanmaya başlamak 4) Diğer..... (yazınız)

**15. Hastaneden çıktıktan sonra sosyal ortamınızı değiştirdiniz mi?**

1) Evet 2) Hayır

**16. Hastaneden çıktıktan sonra alkol kullanan arkadaşlarınızla görüşmeye devam ettiniz mi?**

1) Hayır 2) Evet

**17. Hastaneden çıktıktan sonra tekrar alkol kullandınız mı?**

1) Hayır 2) Evet

**18. Alkol kullandıysanız taburculuktan ne kadar zaman sonra kullandınız?**

- 1) Çıkar çıkmaz      2) 0 -1 ay      3) 1-3 ay      4) 3-6 ay      5) Diğer .....(yazınız)

**19. Alkol kullandıysanız tekrar başlama sebebiniz neydi?**

- 1) Arkadaş ortamı      2) Aile sorunları      3) İş sorunları  
4) Kutlama      5) Uyku sorunları      6) Diğer (yazınız)

**20. Tekrar Alkol kullandıysanız kendi kendinize bırakma girişiminiz oldu mu?**

- 1) Hayır      2) Evet

**21. Alkol kullanım sıklığınız nedir?**

- 1) Ayda 1 gün      2) Haftada 1 gün      3) Haftada birkaç gün  
4) Her gün      5) Diğer .....(yazınız)

**22. Tekrar alkol kullandıysanız, bundan dolayı tekrar ayaktan tedavi gördünüz mü?**

- 1) Hayır      2) Evet

**23. Alkolden dolayı yasal bir sorun yaşadınız mı?**

- 1) Hayır      2) Evet

**24. Hastaneden çıktıktan sonra ilaç kullandınız mı?**

- 1) Hayır ilaç önerilmedi      3) Düzensiz kullandım  
2) İlaç önerildiği halde hiç kullanmadım      4) Düzenli kullandım  
5) İlk ilaçları kullandım, bir daha polikliniğe gitmediğim için yazdırmadım

## Ek-2. Yeme Tutumu Ölçeği

Açıklama: Kişilerin yemek yeme eylemi üzerine farklı tutumları vardır. Bu test sizin yemek yeme alışkanlıklarınız ve tutumunuzla ilgilidir. Lütfen, her soruyu dikkatlice okuyunuz ve sayfanın sağ tarafında kalan hücrelerde size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yemeğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						

<b>23. Adetlerim düzenlidir.</b>						
<b>24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.</b>						
<b>25.Şişmanlayacağım düşüncesi zihnimi meşgul eder.</b>						
<b>26.Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.</b>						
<b>27.Lokantada yemek yemeyi severim</b>						
<b>35.Kabızlıktan yakınırım.</b>						
<b>36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.</b>						
<b>37. Perhiz yaparım.</b>						
<b>38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.</b>						
<b>39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.</b>						
<b>40. Yemekten sonra içimden kusmak gelir.</b>						

### Ek-3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Açıklamalar: Bireyler çeşitli durumlarda gösterdikleri düşünce ve davranışları neticesinde farklılık gösterirler. Bu test, belirli durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve ne tip davranışlar geliştirdiğinizi ölçmeye yarayan bir testtir. Lütfen her cümleyi dikkatli şekilde okuyarak sayfanın sağ tarafında kalan hücrelerde size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplama esnasında fazla zaman ayırmadan, hızlı ve dürüstçe cevaplar veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman/ Her Zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiç bir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				

<b>27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.</b>				
<b>28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.</b>				
<b>29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim</b>				
<b>30. Geleceğini düşünen birisiyim</b>				



## Ek-4. DEHB Erişkin Formu

DSM-IV' E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (Turgay,1995)

### 1. BÖLÜM

#### Dikkat Eksikliği Bölümü

#### Sorun

#### Sorunun Şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1.bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

## 2.Bölüm

### AŞırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü

#### a) AŞırı hareketlilik Sorun

#### Sorunun Şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuştururup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm 2.bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (AŞırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2.bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı

### 3.BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkez tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlamaya, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

# ÖZGEÇMİŞ

SEMA AKKOYUN

PSİKOLOG

## Kişisel Bilgiler

---

**Ad Soyad** Sema Akkoyun

**Doğum Tarihi** 08.05.1992

**Doğum Yeri** İstanbul

**Medeni Durumu** Bekar

## İletişim Bilgileri

---

**Adres** Esenyurt / İstanbul

**E-Posta** sm.akkoyun@hotmail.com

## Eğitim Bilgileri

---

**2017 - Devam** Üsküdar Üniversitesi  
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans / Tezli

**2011 - 2015** Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi  
Psikoloji Bölümü

**2006 - 2010** Özel Devran Anadolu Lisesi

## İş Deneyimi

---

<b>30 Ekim 2018- Devam</b>	International Blue Crescent (IBC) Uluslararası Mavi Hilal İnsani Yardım ve Kalkınma Vakfı - Psikolog
<b>24 Eylül - 26 Ekim 2018</b>	Fetih 1453 Eğitim Kurumları Müdür ve Psikolog
<b>Ocak 2018 – Devam</b>	Yetim Vakfı Gönüllü Klinik Psikolog
<b>9 Mayıs- 22 Mayıs 2018</b>	NP İstanbul Beyin Hastanesi – Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Stajyer Klinik Psikolog
<b>Eylül 2017 – Ocak 2018</b>	Bayrampaşa Rifat Canayakın Anadolu İmam Hatip Lisesi Yıldız Teknik Üniversitesi- Stajyer Rehber Öğretmen ve Psikolojik Danışman
<b>Mart 2015- Ağustos 2015</b>	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Gönüllü Psikolog
<b>Temmuz 2014 - Eylül 2014</b>	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gönüllü Psikolog
<b>Mart 2014 - Haziran 2014</b>	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Stajyer Psikolog
<b>Şubat 2014 - Mart 2014</b>	Balıklı Rum Hastanesi Stajyer Psikolog
<b>Kasım 2013 - Ocak 2014</b>	Universal Aksaray Vatan Hastanesi Stajyer Psikolog
<b>Ekim 2013 - Ocak 2014</b>	Özel Devran Koleji Stajyer Psikolojik Danışma

## Eğitimler

---

**2011-2012** İngilizce (Intermediate)

**2015** WISC-R

Yrd.Doç.Dr. ASLI BURÇAK TAŞÖREN, Haliç Üniversitesi

**2016** Psikolojik İlk Yardım ve TSSB Eğitimi, Yrd. Doç. Dr. Mert AKCANBAŞ, Kim Psikoloji Dernek Başkanı Ömer AKGÜL

**2016** 6. Ulusal Okul Öncesi Zirvesi: "Montessori" ( Temel Montessori Eğitimi, Montessori Uygulamaları, Çocuk Merkezli, Yaklaşımlar, Okul Öncesi Eğitimi ve İyi Uygulamalar)

**2017** Çocuk Testleri Eğitimi, Uzm. Psk. Ezgi Zeynep KARAGÖZ, Tin Psikolojik Danışmanlık

- Cattell 2A Zeka Testi
- Cattell 3A Zeka Testi
- Frankfurter Dikkat Testi
- D2 Dikkat Testi
- Peabody Resim Kelime Eşleştirme Testi
- Pourteus Labirentler Testi
- Kent E.G.Y Zeka Testi
- Louissa Duss Psikanalitik Hikayeler
- Frostig Görsel Algı Testi
- Kelime Söyeleyiş Testi
- CAT (Çocuk Algı Testi)
- Yale - Brown Çocuk OKB Ölçeği
- Burdon Dikkat Testi
- RAM'a Öğrenci Gönderme Formu
- Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi
- Okula Hazıroluşluk Testi ( OKHT )
- Metropolitan Okul Olgunluğu Testi
- Kinder Angst Korku Testi
- Çocuklar için Anksiyete Ölçeği
- Çocuklar için Depresyon Ölçeği
- Çocuklar için Kaygı Bozukluğu Ölçeği
- Çocuklar için DEHB Ölçeği
- Bier Cümle Tamamlama Testi
- Kimdir Bu ?
- Kime Göre Ben Neyim
- Öğrenme Güçlüğü Belirti Tarama Envanteri
- Sınav Kaygı Ölçeği
- Gessel Gelişim Figürleri Testi
- Tedbir Ülkesi
- Otobiyografi

**2017** Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi  
Yard. Doç. Dr. Ahmet Emre SARGIN

**2017** Aile ve Çift Terapisi  
Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR , Üsküdar Üniversitesi

**2017** Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi  
Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR , Üsküdar Üniveristesi

**2017** MMPI (Minnesota Çoklu Kişilik Envanteri) - Üsküdar Üniversitesi

**2017** Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) , Üsküdar Üniversitesi

**2017** Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Çocuklar İçin (Ç-YBOCS), Üsküdar Üniversitesi

- 2017** Ankara Gelişim Tarama Testi (AGTE) - Üsküdar Üniversitesi
- 2017** Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)- Üsküdar Üniversitesi
- 2017-2018** Yıldız Teknik Üniversitesi Pedagojik Formasyon
- 2018** Bilişsel Davranışçı Terapi Süpervizyon - Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL
- 2019** Travma Eğitim Programı 1.Düzye – Travma Çalışmaları Derneği
- Psikolojik Travmaya Giriş
  - Travmanın Birey ve Toplum Üzerindeki Etkileri ve Travmanın Zihindeki İzdüşümleri
  - Travmanın Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkileri ve Psikososyal Müdahale
  - Türkiye’de Travma: Deneyimler ve Uygulamalar
  - Göç, Mültecilik ve Travma
  - Politik Şiddet, Savaş, Önyargı ve Ayrımcılık
  - LGBTİ Kimlikler ve Travma
  - Çocuk ve Ergenlerde Cinsel İstismar ve İlk Görüşme Teknikleri
  - Kadına Yönelik Şiddet ve Uygulamalar
  - Psikolojik İlk Yardım- Teorik
  - Psikolojik İlk Yardım- Uygulama
  - Sahada Psikososyal Destek Çalışmaları
  - İkincil Travmatizasyon ve Travma Çalışanının Özbakımı
- 2019** Travma Eğitim Programı 2.Düzye – Travma Çalışmaları Derneği
- Travma Psikopatolojisi
  - Travma ve Beden İlişkisi-“Beden Kayıt Tutar”
  - Travmanın Nörobiyolojisi
  - Travmanın Bilişsel Terapilerle Çalışılması
  - Travmanın Davranışçı Terapilerle Çalışılması
  - Çocuk ve Ergenlerle Travma Çalışmak
  - Kayıp ve Yas ile Çalışmak
  - Travmada İnteroseptif yoga Çalışmasının Kullanımı
  - Travmanın Dinamik Psikoterapi ile Çalışılması
  - Travmanın ŞemaTerapi ile Çalışılması
  - Travmanın Deneyimleme ile Çalışılması
  - Travmanın Somatik Deneyimleme ile Çalışılması
  - Travmanın EMDR ile Çalışılması