



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLILARINDA ÜSTBİLİŞ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK, STRESLE BAŞA ÇIKMA, ÖFKE VE
AGRESYONLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. NESLİHAN KARA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DÜZCE-2020



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLILARINDA ÜSTBİLİŞ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK, STRESLE BAŞA ÇIKMA, ÖFKE VE
AGRESYONLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. NESLİHAN KARA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. AHMET ATAÖĞLU

Tez Danışmanı

DÜZCE-2020

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşıp, her zaman destek ve güvenlerini hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Ataoğlu, Prof. Dr. Adnan Özçetin, Prof. Dr. Numan Konuk, Yard. Doç. Dr. Celalettin İçmeli'ye, tezimin planlama ve istatistiksel analiz aşamasında verdiği destekler için Yard. Doç. Dr. Mehmet Ali Sungur'a, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Nöroloji rotasyonumda bilgi ve tecrübelerini aktarmaktan çekinmeyen hocalarıma,

Asistanlık hayatım boyunca iş arkadaşı olmanın yanında birlikte vakit geçirmekten keyif aldığım ve tecrübelerimizi paylaştığımız asistan arkadaşlarım Dr. Safiye Bahar Ölmez, Dr. Zehra Başar Kocagöz, Dr. Merve Çavdar Toraman, Dr. Furkan Gökçe, Dr. Ayşe Gökçe, Dr. Serap Yaman, Dr. Erkin Kerim, Dr. Begüm Yaman, Dr. Elif Kaplan Karakaya, Dr. Merve Yazıcı, Dr. Enes Sarıgedik, Dr. Nurdan Kasar'a,

Çalışma hayatımı çalışkanlığı ve pratikliğiyle kolaylaştırmanın yanında, arkadaşlığı ve yardımseverliğiyle de güzelleştiren anabilim dalı sekreterimiz Burcu Durna ve Betül Çakır'a, beş yıl süresince çoğu zaman ailemden daha fazla zamanı bir arada geçirdiğim, destekleri olmadan yarım kalacağımıza inandığım psikiyatri servisinin tüm hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Her daim desteklerini ve ilgilerini yanımda hissettiğim, insana değer vermeyi sadece öğretmek değil aynı zamanda yaşamlarında uygulayarak da bana gösteren canım ailem babam İsmail Yazar, annem Hatice Yazar, ablam Tuğba Yazar ve kardeşim Buse Nur Yazar' a,

İlk tanıştığım andan itibaren güvenini ve sıcaklığını hissettiğim, ilgisini ve sevgisini hiç eksik etmeyen, her daim yanımda olan ve beni destekleyen en yakın arkadaşım canım eşim Ali Can Kara ve gülüşüyle dünyamızı ısıtan canım kızım Elif Duru Kara' ya

Sonsuz teşekkürlerimle...

Alkol bağımlılarında üstbiliş ve bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyonla ilişkisinin incelenmesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada alkol bağımlılığı olan hastalarda üstbiliş işlevleri, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyonlarının araştırılması ayrıca üstbilişin diğer ölçeklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya DSM-5'e göre Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) tanısı almış hasta grubu (n=72) ile herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan kontrol grubu (n=71) dahil edilmiştir. Çalışmada sosyodemografik veri formu, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu (SDBÇE-21), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ) ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: AKB grubunda ÜBÖ-30, SDBÇE-21 ölçeği duygusal ve kaçınmacı başa çıkma, SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke, öfke dışı ve öfke içte ve AÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,018$, $p<0,001$, $p=0,001$ ve $p=0,001$, $p<0,001$). Kontrol grubunda bilinçli farkındalık ve çözüme dönük başa çıkma anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,047$). Gruplar arasında ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılmasında AKB grubunda ÜBÖ ile çözüme dönük başa çıkma, sürekli öfke ve fiziksel agresyon arasında farklılık saptanmıştır (sırasıyla $z=-2,391$; $p=0,017$, $z=2,035$; $p=0,042$ ve $z=2,120$; $p=0,034$).

Sonuç: AKB'da uyum bozucu üstbilişlerinin, öfke ve agresyonlarının yüksek olduğu, farkındalıklarının düşük olduğu ve stresle başa çıkmalarının uyumsuz olduğu görülmüştür. Ayrıca üstbiliş ile çözüme dönük başa çıkma, sürekli öfke ve fiziksel agresyon ilişkisinin AKB grubuna özgü olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: alkol bağımlılığı, üstbiliş, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke, agresyon

The investigation of metacognition in patient with alcohol dependence and relationship with mindfulness, coping with stress, anger and aggression

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to investigate metacognitive functions, mindfulness, coping with stress, anger and aggression and the relationship between metacognition and other scales in patients with alcohol dependence.

Materials and Methods: The patient group diagnosed with Alcohol Use Disorder (AUD) according to DSM-5 ($n = 72$) and the control group without any psychiatric diagnosis ($n = 71$) were included in the study. Sociodemographic data form, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Metacognition Questionnaire (MCQ-30), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Coping Inventory for Stressful Situations - Short Form (CISS-21), Trait Anger and Anger Expression Scale (TA-AES) and Buss-Perry's Aggression Questionnaire (AQ) were used.

Results: In the AUD group, the MCQ-30, CISS-21 scale emotional and avoidant coping, TA-AES trait anger, anger out and anger in, and AQ scores were found to be significantly higher than the control group ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,018$, $p < 0,001$, $p = 0,001$ ve $p = 0,001$, $p < 0,001$, respectively). In the control group mindfulness and task-oriented coping were found to be significantly higher ($p = 0,002$, $p = 0,047$, respectively). When comparing the correlation coefficients of MCQ-30 and other scales between the groups, a difference was found between the AUD group task-oriented coping, trait anger and physical aggression ($z = -2,391$; $p = 0,017$, $z = 2,035$; $p = 0,042$ ve $z = 2,120$; $p = 0,034$, respectively).

Conclusions: It was observed that incompatible metacognitions, anger and aggression were high, their awareness was low, and their coping with stress was incompatible in the AUD. Additionally it was thought that the relationship between metacognition and task-oriented coping, trait anger and physical aggression might be specific to the AUD group.

Key words: alcohol dependence, metacognition, mindfulness, coping with stress, anger, aggression

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

Önsöz.....	i
Özet.....	ii
İngilizce Özet (Abstract).....	iii
İçindekiler.....	iv
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	viii
Ekler Dizini.....	ix
1.Giriş ve Amaç.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	2
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1.Alkol.....	3
2.1.1. Alkol Kullanımının Tarihçesi.....	3
2.1.2. Alkol Metabolizması.....	3
2.1.3. Alkolün Merkezi Sinir Sistemine Etkileri.....	4
2.1.4. Alkolün Fiziksel Ve Ruhsal Etkileri.....	5
2.1.5. Alkol Kullanımının Biyokimyasal Belirteçleri.....	5
2.1.6. Alkol Kullanım Düzeyinin Saptanması.....	6
2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu.....	6
2.2.1. Alkol Kullanım Bozukluğunda Tanı.....	6
2.2.2. Alkol Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı Ve Eş Tanılar.....	10
2.2.3. Alkol Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	13
2.2.3.1. Ruhsal davranışsal faktörler.....	13
2.2.3.2. Biyokimyasal faktörler.....	15
2.2.3.3. Kalıtsal faktörler.....	16
2.2.3.4. Çevresel faktörler.....	16
2.2.4. Alkol Kullanım Bozukluğunda Görülen Klinik Tablolar ve Tedavisi.....	17
2.2.4.1. Alkol intoksikasyonu.....	17

2.2.4.2. Alkol yoksunluğu sendromu.....	18
2.2.4.3. Deliryum tremens.....	19
2.2.4.4. Alkol Kullanım Bozukluğu Tedavisi.....	20
2.3.Üstbiliş.....	21
2.3.1. Üstbilişlerin Sınıflandırılması.....	22
2.3.2. Üstbilişlerin Fonksiyonları.....	23
2.3.3. Uyum Bozucu Üstbilişlerin Sınıflandırılması.....	23
2.3.4. Üstbilişin Psikiyatrik Hastalıklardaki Rolü İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	24
2.4. Bilinçli Farkındalık.....	27
2.5. Stres ve Stresle Başa Çıkma.....	27
2.6. Öfke.....	29
2.7. Agresyon.....	29
3. Gereç ve Yöntem.....	31
3.1. Örneklem Seçimi.....	31
3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	31
3.1.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	31
3.2. Uygulama.....	31
3.3. Gereçler.....	32
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	32
3.3.2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)	32
3.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)	33
3.3.4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)	34
3.3.5. Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu (SDBÇE-21)	35
3.3.6. Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ).....	35
3.3.7. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ).....	36
3.3.8. İstatistiksel Analiz.....	37
4. Bulgular.....	38
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	38
4.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	45

4.3. AKB Grubunda AKBTT Puanı İle Diğer Ölçeklerin Korelasyonu.....	48
4.4. Üstbiliş Ölçeği İle Diğer Ölçeklerin Korelasyonu.....	49
4.4.1. Gruplardaki ÜBÖ-30 İle Diğer Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarının Karşılaştırılması.....	54
5. Tartışma.....	56
5.1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	56
5.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
5.2.1. Grupların ÜBÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
5.2.2. Grupların BİFÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
5.2.3. Grupların SDBÇE-21 Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
5.2.4. Grupların SÖ-ÖİTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
5.2.5. Gruplarının AÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
5.3. Gruplardaki ÜBÖ-30 İle Diğer Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarının Karşılaştırılması.....	65
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	69
6. Sonuçlar.....	70
7. Kaynaklar.....	71
8. Ekler.....	86

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADH: Alkol Dehidrogenaz

AKB: Alkol Kullanım Bozukluğu

AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

ALDH: Aldehit Dehidrogenaz

ALT: Alanin Aminotransferaz

AST: Aspartat Aminotransferaz

AÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği

BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

CDT: Karbonhidrattan Fakir Transferrin

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GABA: Gama-Amino-Bütirik Asit

GGT: Gama Glutamil Transferaz

ICD: Dünya Sağlık Örgütünün Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması

im: intramusküler

iv: intravenöz

MCV: Ortalama Eritrosit Hacmi

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NMDA: N-Metil D-aspartat

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SDBÇE-21: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu

SÖ-ÖİTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı

Tablo 2. Kan alkol düzeyi ile ortaya çıkan belirtiler

Tablo 3. AKBTT puanlarına göre risk düzeyi ve müdahale yöntemleri

Tablo 4. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması

Tablo 5. Alkol kullanımının klinik özellikleri

Tablo 6. Grupların sigara ve madde kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 7. Madde kullanımı olan katılımcıların madde türüne göre dağılımı

Tablo 8. Grupların intihar girişimi özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 9. İntihar girişimi olan katılımcıların intihar girişim yöntemlerine göre karşılaştırılması

Tablo 10. Grupların psikiyatrik ek tanı, psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısının karşılaştırılması

Tablo 11. Psikiyatrik ek tanı olan katılımcıların tanı türüne göre dağılımı

Tablo 12. Grupların adli sorun özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 13. Grupların ailelerinde alkol ve madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 14. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 15. AKBTT puanı ile diğer ölçeklerin korelasyonu

Tablo 16. AKB grubunda ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

Tablo 17. Kontrol grubunda ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

Tablo 18. Gruplardaki ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılması

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

Ek 3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

Ek 4. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Ek 5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Ek 6. Stresli Durumlarla Başa ıkma Envanteri Kısa Formu (SDBE-21)

Ek 7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ)

Ek 8. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ)

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Alkol kullanım sorunları insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte sıklığı gittikçe artan, işlevsellikte düşmeye neden olan kronik seyirli ve ölümlere neden olabilen bir hastalıktır (1, 2). Alkol Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) Gama-Amino-Bütirik Asit (GABA) ile anksiyolitik ve sedatif etkilere neden olurken, dopamin ve endorfinler ile bağımlılık yapıcı etkilerini oluşturmakta ve bütün sistemler üzerine etkisi bulunmaktadır (3). Alkol bağımlılığı tanısı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci ve son versiyonuna (DSM-5) veya Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Sürümüne (ICD-10) göre konulmakta olup, DSM-5 alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı ayrımını kaldırmış, Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) başlığı altında toplamıştır (4, 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2014 yılında AKB görülme oranı dünya genelinde %4,1, Avrupada %7,5 ve ülkemizde %2,7'dir (6). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerinde ise alkol kullanım oranı %12,2 (erkeklerde 19,3 ve kadınlarda 5,3) olarak bildirilmiştir (7). Alkol kullanmaya başlama yaşının 12-14 yaşa kadar indiği, alkolle ilgili sorunların 18-25 yaş arasında çıkmaya başladığı ve tedavi için başvuruların 40 yaşlarında olduğu görülmüştür (2). AKB'de komorbid hastalıklar sık görülmekle birlikte, en sık görülen eş tanılar Madde Kullanım Bozukluğu, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Kişilik Bozukluklarıdır (8). Alkol kullanımının etiyolojisinde psikodinamik kuram, bilişsel davranışçı kuram, kişilik özellikleri, biyokimyasal faktörler, genetik ve çevresel faktörler gibi çok sayıda faktörün etkili olduğu bilinmektedir (8). AKB tedavisi uzun süren ve alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu, deliryum tremens tablolarının görülebildiği ve tedavisinin dikkatli şekilde planlanması gereken bir hastalıktır (2, 8, 9).

Üstbiliş; kişinin kendi bilişsel ve emosyonel durumu hakkındaki bilgisi ve bu durumları bilinçli olarak izleme ve düzenleme yeteneğidir (10). Üstbilişlerin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini inceleyen çalışmalar son dönemde gittikçe

artmaktadır. Alkol kullanımı ile ilgili yapılan çalışmada üstbilişin pozitif inançlar, negatif inançlar (kontrol edilemezlik ve tehlike), bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinin alkol kullanımı ve problemli içme ile ilişkili ve anlamlı bulunduğu saptanmıştır. Alkol kullanımının özellikle kontrol altına alınamayan duygu ve düşünceler için geliştirilmiş davranışsal strateji olabileceği ve farkındalık temelli çalışmaların üstbiliş işlevlerine olumlu etki yaptığı düşünülmüştür (11).

Bağımlı olan kişilerde ani tepkiler, saldırgan ve asi davranışlar, kolay heyecanlanma, içe dönük yaşama, çeşitli davranış problemleri olduğu, farkındalıkla alkol sorunları arasında negatif ilişkinin olduğu, kaçınmacı başa çıkmanın yüksek olduğu, öfke ile baş edememelerinin relapslara neden olabileceği ve agresyonun bağımlılığı olan popülasyonda daha yüksek olmasının bağımlılık için eğilim yaratabileceğini gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur(12-16). Kişide yaşanan bu olumsuz durumların önüne geçilmesi için bilinçli farkındalık uygulamalarının yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Alkol bağımlılığı olan hastalarda üstbiliş işlevleri, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyonlarının araştırılması, üstbilişsel inançlarının bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastalık gelişimi, şiddeti ve tedavisinde bu ilişkiden faydanılması ve sonuçlarla başka çalışmalara rehber olunması hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol

2.1.1. Alkol kullanımının tarihçesi

Alkol kullanım sorunlarının insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. Yazılı belgelerden edindiğimiz bilgiye göre bilinen ilk madde alkoldür. Alkol sözcüğü Arapça cevher, esans, öz anlamındaki alkühl kelimesinden gelmektedir. İnsanlar alkolün gerginliği azaltıcı ve anksiyete giderici etkisini farkederek alkole kutsal bir anlam da yüklemiştir. Eski yunan içki tanrısı Dionysos için düzenlenen törenlerde şarap içildiği bilinmektedir. Milattan önce 2000 yıllarında Hammurabi yasalarında alkol alımı ve satımı için kurallara yer verilmiştir. Hristiyanlıkta şarap İsa'nın kanını temsil eden kutsal içkiyken, islamiyette zararlı olması nedeniyle yasaklanmıştır. Tarihte birçok hekim alkolün insan sağlığına zararını bildirmiş fakat alkol kullanımı ile oluşan bağımlılığın bir hastalık kategorisine alınması son 150 yıla dayanmaktadır (1, 2).

2.1.2. Alkol metabolizması

Alkol alındıktan sonra hemen hemen hepsi duodenumdan difüzyonla emilir. Emiliminde alkollü içeceklerin alkol konsantrasyonu, miktarı, tipi, içme hızı, alkolle alınan yiyecekler, gastrik metabolizma ve hepatik ilk geçiş metabolizması gibi faktörler rol oynar (17).

Karaciğerde alkol metabolizmasıyla ilgili 3 yolak vardır. Bunlar Alkol Dehidrogenaz (ADH) yolağı, mikrozomal etanol okside edici sistem ve katalaz yolağıdır.

Alkol Dehidrogenaz Yolağı: Hepatosit sitozolünde bulunur. Alkol metabolizmasındaki en etkili yolaktır. Alkol ADH enzimi ile asetaldehit dönüştürülür. Asetaldehit ise aldehit dehidrogenaz (ALDH) ile asetata dönüştürülür. Asetat karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarında kullanılır. Karaciğere toksik

etki gösteren madde asetaldehittir. Vücutta asetaldehit birikimi yüzde flushing, çarpıntı, baş ağrısı, kusma, terleme gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Kadınların ADH düzeyinin erkeklere göre daha düşük olması nedeniyle kadınlar aynı miktardaki alkolden daha çok etkilenebilmektedir (8).

Mikrozomal Etanol Okside Edici Sistem: Bu yolak ADH yolağı kadar etkili olmasa da etanol metabolizmasında önemlidir. Bu yolağın ilaçları metabolize eden sitokrom p450 gibi enzimlerle birçok ortak özelliği olması nedeniyle etanol-ilaç etkileşimlerine neden olur. Mikrozomal etanol okside edici sistemin etanole afinitesinin ADH enzimine göre düşük olması sebebiyle az miktarda alınan etanolün metabolizmasında bu sistemin rolü yoktur. Akut olarak alınan ve fazla miktarlardaki etanol, beraberinde alınan ilaçlar varlığında mikrozomal sistemde metabolize olmak için yarışacaklar ve hem ilacın hem alkolün metabolizması yavaşlayacak ve kan düzeyleri artacaktır. Kronik alkol kullanımında ise mikrozomal enzimlerin aktivitelerinde artışa yol açarak ilaç metabolizmasını artırarak, ilaç kan düzeyini azaltacaktır.

Katalaz Yolağı: Bu yolağın alkol metabolizmasında çok önemli rolü olmadığı düşünülmektedir ve katalaz enzim sistemine sahip olmayan insanlarda bile alkol alımı sonrası semptom oluşmadığı görülmektedir (18).

2.1.3. Alkolün merkezi sinir sistemi etkileri

Alkol MSS'ndeki etkilerini başlıca iki sistem aracılığıyla oluşturur. Bunlar GABA ve Glutamattır (19). Alkol, GABA reseptör duyarlılığını artırarak inhibitör etkiye sebep olurken, N-metil-D-aspartik asit (NMDA) reseptör yanıtını değiştirerek eksitator yanıtın azalmasına neden olur (20). İnhibitör etki GABA-A üzerinden olur ve alkolün anksiyolitik, sedatif etkilerine aracılık eder. Eksitasyondaki azalma ise temel olarak AKB olanlarda yoksunluk döneminde ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olur. Ayrıca Beta endorfin salınımını artırarak, özellikle mezolimbik dopamin sistemini aktifleştirerek, beynin ödül sistemini aktive eder. Ayrıca Ventral Tegmental Alandaki direkt etkisiyle de dopamin salınımını artırır. Bu mekanizmalar alkolün bağımlılık yapıcı etkisinden sorumludur (3).

2.1.4. Alkolün fiziksel ve ruhsal etkileri

Sindirim sistemi etkileri: Özefajit, özefagus varisleri, larinks ve özefagus kanserleri, kolorektal kanser, peptik ülser, gastrit, reflü, kronik diyare ve emilim bozukluğu (folat, vitamim B12, niasin, tiamin, kalsiyum, magnezyum eksikliği), hepatit, hepatosellüler karsinoma, siroz

Kalp damar sistemi etkileri: Kardiyak aritmiler, hipertansiyon, kardiyomiyopati, iskemik kalp hastalığı, hemorajik inme

Kas iskelet sistemi etkileri: Kaslarda güçsüzlük, kronik miyopati, osteoporoz ve kemik kırıkları

Hematolojik sistem etkileri: Demir eksikliği anemisi, koagülasyon bozuklukları, lökopeni, trombositopeni, eritrositlerde morfolojik değişiklikler ve ortalama eritrosit hacminde (MCV) yükselme

Endokrin sistem etkileri: Hipoglisemi ve Diabetes Mellitus, testis atrofisi, jinekomasti, libido azalması, orgazm bozuklukları, ereksiyon bozuklukları, adet düzensizlikleri, infertilite

Dermatolojik etkileri: Yüzde telenjektaziler, palmar eritem, rosea, spider anjioma, pletorik yüz, seboreik dermatit, ekstremitte uçlarında tüy dökülmesi, yara ve ezikler

İmmün sistem etkileri: Tüberküloz, pnömoni, apse, bronşektazi

Nöropsikolojik sistem: Periferik nöropati, serebellar dejenerasyon, bellek bozuklukları, alkolik demans (kronik kullanımlarda belirgin kortikal gri madde hacim kaybı, sulkuslarda ve ventriküllerde genişleme, medial frontal girusta kan akımında azalma görülür, ayrıca B1 vitamin eksikliği de bilişsel kayba neden olur), Santral Pontin Miyelinozis, Wernicke Ensefalopatisi, Korsakoff Psikozu, kronik alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluklar (alkolik halüsinozis, alkol paranoyası), depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol bağımlılığı, alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu, deliryum tremens görülebilir (2, 17)

2.1.5. Alkol kullanımının biyokimyasal belirteçleri

Laboratuvar tetkikleri de alkol kullanımından etkilenebilir. Yoğun alkol kullananların yaklaşık olarak %80'inde Gama Glutamil Transferaz (GGT), %60'ında

da MCV normal değerlerin üzerinde tespit edilmekte olup kadınlarda bu durum daha sıktır (21).

GGT'nin kadınlarda 30, erkeklerde ise 35'in üstünde olması durumunda alkol kullanımının araştırılması gerekir. Karbonhidrattan fakir transferrin (CDT) düzeyinin 20'nin üzerinde olması da alkol kullanımını düşündürür. GGT ve CDT alkol kesilmesinden 2 hafta sonra normal düzeye dönmektedir. MCV'nin 91' den büyük olması da kronik alkol kullanımına göstermektedir (22). Bunların yanında serum etanol düzeyi, etanol metabolitleri, Aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) düzeyleri de vücutta değişir ve bunlar alkol kullanım bozukluğu tanısında ve tedavi izleminde yardımcı biyobelirteçler olarak önem kazanır (23).

2.1.6. Alkol kullanım düzeyinin saptanması

Alkollü içecekler farklı oranlarda etanol içerdiğinden tüketilen alkol miktarını hesaplayabilmek için "standart içki" kavramı kullanılır. Ülkeler arasında değişebilmekle birlikte ülkemizde bir standart içki 12-14 gr etanol içerir. Bir küçük şişe bira, bir kadeh şarap, bir tek rakı, bir tek votka/cin bir standart içki olarak kabul edilir.

Günde dört standart içkiden fazla ve haftada 14 standart içkiden fazla içen erkekler, günde üç standart içkiden fazla ve haftada yedi standart içkiden fazla içen kadınların ve 65 yaş üstü erkeklerin alkolle ilişkili sorun yaşama riski artmıştır; bu kişiler 'çok içiyor' ya da 'riskli alkol kullanıyorlardır' (24).

2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu

2.2.1. Alkol kullanım bozukluğunda tanı

Dr. Benjamin Rush 1700'lerde aşırı alkol kullanımını hastalık olarak tanımlayarak tedavisini alkolden uzak kalmak olarak belirtmiştir. 1849'da İsveç'li doktor Magnuss Huss alkolizm terimini ilk kez kullanmıştır. 20. yüzyılda psikanalitik

görüşlerin etkisiyle alkolizm altta yatan psikopatolojinin semptomu olarak düşünülmüştür (25). Jellinek 1952’de alkolizmi bir hastalık olarak tanımlayarak alkol kullanımının üç şeklinin olduğunu öne sürmüştür. Buna göre kişinin sosyal ortamlarda az miktarda alkol almasını sosyal içicilik, bağımlılık olmadan aile ve iş yaşantısını olumsuz etkileyecek miktarda alkol almasını kötüye kullanım, kötüye kullanımın yanında içme davranışını kontrol edememe durumunu bağımlılık olarak tanımlamıştır (26).

Amerikan Tıp Birliği de 1956’da alkolizmi bir hastalık olarak kabul ederek sınıflandırma sisteminde tanımlamıştır (27, 28). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952’de ilk baskısı yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-I) alkol kullanım sorunları, sosyopatik kişilik bozuklukları başlığı altında “alkolizm (bağımlılık)” tanımıyla yer almıştır (29). 1968’deki ikinci baskıda kişilik bozuklukları ve psikotik olmayan diğer bozukluklar başlığı altında “alkolizm” tanımıyla dört grup yer almıştır. Bunlar; epizodik aşırı içme, alışılmış aşırı içme, alkol bağımlılığı, tanımlanmamış alkol kullanımıdır (30, 31). DSM-III’de alkolizm tanısı alan bireylerin çeşitliliği göz önüne alınarak alkol kullanım bozuklukları, “alkol bağımlılığı” ve “alkol kötüye kullanımı” alt başlıklarına ayrılmıştır. DSM-III’de fiziksel bağımlılık tanımlanarak alkol bağımlılığı tanısı için fiziksel bağımlılığın gelişmiş olması şartı getirilmiştir (32). DSM-III’ün gözden geçirilmiş baskısı olan DSM-III-R’de fizyolojik bağımlılığa yapılan vurgu azaltılmıştır. Tolerans ve kesilme belirtileri, psikoaktif madde bağımlılığını tanımlayan dokuz ölçütün yalnız birer maddesi haline getirilmiştir. Davranışa ilişkin bağımlılık özellikleri ise daha ayrıntılı olarak yedi maddede tanımlanmıştır. DSM-III-R’de bağımlılık tanısı koymak için fizyolojik bağımlılık gelişmiş olması koşulu da kaldırılmıştır (33).

DSM-IV alkol kullanımıyla ilişkili bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayırmıştır. Alkol kullanım bozukluklarının alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı olarak ayrımı sürdürülmüş ve kötüye kullanım, bağımlılıktan bir önceki dönem olarak tanımlanarak hiyerarşik yaklaşım getirilmiştir (34). 4. baskı 2000 yılında revize edilmiş olup (DSM-IV-TR), alkol kullanım sorunlarına yaklaşımı benzerdir (35).

2013 yılındaki son baskı DSM-5 ile alkol ile ilişkili bozukluklar, kullanım bozukluğu ve bağımlılık şeklinde iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkartılarak, AKB çatısı altında toplanmıştır. DSM-IV'ten farklı olarak; 'yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar' ölçütü terk edilmiş, onun yerine daha önce olmayan "aşırma, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. DSM-IV'te tanı koymak için gerekli olan ölçüt sayısı üç iken, bu sayı DSM-5'te ikiye düşürülmüştür (4, 36, 37). DSM-5'de 11 ölçütten karşılanan ölçüt sayısına göre bozukluk hafif, orta ve ağır şeklinde şiddetlendirilmiştir.

AKB'nin DSM-5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir;

"A. On iki 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 kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.

2) Alkol kullanmayı bırakmak ya da 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 zorlanmış hissetme.

5) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7) Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme, dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9) Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

10) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a) Esrikliği ya da 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) Alkole özgü yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz

Erken Yatışma Evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında) 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli Yatışma ile Giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında) 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.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması” (38).

ICD-10’ a göre alkol bağımlılığının tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

“F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu:

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanti

- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)*
- c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu; Maddenin tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma*
- d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılardır).*
- e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması*
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğu ve bilip bilmediği araştırılmalıdır” (5).*

2.2.2. Alkol kullanım bozukluğunun yaygınlığı ve eştanılar

Ulusal Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Enstitüsü'nün yaptığı Ulusal Alkol ve İlişkili Durumların Epidemiyolojik Araştırması'ne göre (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - NESARC) 2001-2002 ve 2012-2013 yılları arasında yüksek riskli kullanımın %9.7'den %12.6'ya , DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı kriterlerini karşılayanların %8.5'tan %12.7'ye yükseldiği saptanmıştır. Tüm bu sonuçlarda artışlar, kadınlar, yaşlı yetişkinler, ırksal / etnik azınlıklar ve eğitim düzeyi düşük olan bireyler arasında en yüksektir. Aynı zamanda kadın ve erkeklerin kullanım oranları arasındaki farkın azaldığı, bu azalmanın kadınların eğitim ve iş olanakları açısından eskiye nazaran daha iyi şartlarda olmasından kaynaklandığının düşünülmüştür (39).

2012 yılında, 3,3 milyon ölüm yani tüm küresel ölümlerin % 5,9'u (erkekler için % 7,6 ve kadınlar için % 4,1) alkol tüketimine bağlıydı. 2014 yılında DSÖ alkolün 200'den fazla hastalığa ve yaralanmayla sonuçlanan durumlara, özellikle de DSM-IV

alkol bağımlılığına, karaciğer sirozu, kanser ve yaralanmalara etkisinin olduğunu bildirmiştir. 2012 yılında, dünya genelindeki hastalık ve yaralanma yükünün % 5,1'i alkol tüketiminden kaynaklandığı bildirilmiştir (40). DSÖ verilerine göre 2014 yılında AKB görülme oranı dünya genelinde %4,1, Avrupa'da %7,5, ülkemizde %2,7'dir. Cinsiyetlere göre sıklık ise dünya genelinde erkeklerin %54'ünün ve kadınların %27'sinin alkol kullandığı, erkeklerin %7,2'sinde ve kadınların %1,3'ünde AKB geliştiği bildirilmiştir. Avrupa'da erkeklerin %12,6'sında ve kadınların %2,9'unda, ülkemizde ise erkeklerin %4,4'ünde ve kadınların %0,9'unda AKB olduğu bildirilmiştir (6).

Türkiye'de 18 yaş üstü nüfusta ağır ve zararlı içme yaygınlığı %1,1 (erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %0,5); dönemsel ağır içme davranışı (bir kerede 5 ya da daha fazla standart içki tüketimi) ise %0,9 (erkeklerde %2,1 ve kadınlarda %0,1) olarak bildirilmiştir (41).

Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verilerine göre alkol kullanma oranı %12,6 (erkeklerde %21,1 ve kadınlarda %4,4) iken 2016 verilerinde ise alkol kullanım oranı %12,2 (erkeklerde 19,3 ve kadınlarda 5,3) olarak bildirilmiştir (7). 2010 ile 2016 yılları arasında cinsiyet ve yaşa göre alkol kullanma dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı

	2010			2012			2014			2016		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Kullanan	12,6	21,1	4,4	10,4	17,2	3,8	14,9	24,3	5,8	12,2	19,3	5,3
15-24	8,6	14,7	2,8	7,4	11,7	3,2	13,3	20,9	5,8	9,3	13,1	5,4
25-34	17,0	26,4	7,5	14,0	21,7	6,2	20,5	31,0	10,0	16,5	24,1	8,7
35-44	15,6	25,5	5,7	13,1	21,2	5,0	17,1	27,4	6,7	15,9	25,2	6,4
45-54	13,7	23,6	3,8	11,9	20,3	3,5	15,2	25,6	4,7	11,5	19,2	3,7
55-64	11,6	20,9	2,8	8,4	15,2	1,9	12,6	22,6	2,9	11,6	19,7	3,8
65-74	5,0	9,8	1,5	4,0	8,2	0,6	5,8	11,2	1,3	5,9	11,5	1,0
75+	3,3	6,5	0,8	1,3	3,0	0,1	2,0	4,4	0,5	2,5	5,5	0,6

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda alkol kullanımına bağı sorunlar yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında 18. sırada bulunmuştur (42)

Sağık Bakanlığı tarafından yürütölen daha yakın tarihli bir araştırmada ise riskli alkol kullanımı oranı tüm nüfusta % 7 olarak saptanırken, erkeklerin %23'ünün, kadınların ise % 4'ünün alkol kullandığı bildirilmiştir.

Çalışmalarda alkol kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğı ve diğör ölkelerde olduğı gibi Türkiye'de de alkol kullanan kadınların son zamanlarda gittikçe arttığı belirtilmiştir. Alkol kullanımına karşı beklentilerin, cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği, erkeklerin alkol kullanım sebepleri girişken olma ve kaygılarını azaltma iken kadınların ise sosyal açıdan çekici olma ve sosyal kaygılarını azaltma şeklinde belirtilmiştir. Alkol kullananların alkol alma nedenleri olarak başlıca eğlence amaçlı, stresle başa çıkmak, sosyal içicilik, arkadaş çevresinde tek kalmamak, özentisi olduğı gösterilmiştir (43).

Alkol kullanmaya başlama yaşının 12-14 yaşa kadar indiğı, alkole başlamanın en çok 15-22 yaş arasında olduğı, alkolle ilgili sorunların 18-25 yaş arasında çıkmaya başladığı ve tedavi için başvuruların 40 yaşlarında olduğı görölmüştür (2).

Bir kişide alkol bağımlılığı bulunması diğör psikiyatrik hastalıkların bulunması için bir risk faktörüdür. Aynı zamanda birçok psikiyatrik hastalık AKB ile birlikte bulunabilir. AKB olan bireylerin %37'si herhangi başka bir ruhsal bozukluk için eştanı almaktadır (44). En sık karşılaşılan eştanılar; başka bir Madde Kullanım Bozukluğu, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Kişilik Bozukluklarıdır, ayrıca bu kişilerde daha yüksek intihar oranları görölmektedir (8). Alkol bağımlılığında yaşam boyu bir majör depresif epizodun eşlik etme oranı % 30-40 iken, alkol bağımlısı hastaların % 80'i depresif belirtilerden yakınmaktadır (45). Yine alkol bağımlılarında herhangi bir Anksiyete Bozukluğu için tanı alma olasılığı % 25-50 oranında tespit edilmiştir (8).

Ölkemizde yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında herhangi bir 1. eksen ruhsal bozukluk bulunma oranı % 65 olarak saptanmış ve bu gruptaki en sık tanının Duygudurum Bozuklukları (% 45) olduğı belirtilmiştir. Duygudurum Bozuklukları içinde Majör Depresif Bozukluk en sık tanıdır. Alkol kullanımına sekonder olarak depresyon oluşabileceğı gibi, alkol kullanımının yol açtığı sağık sorunları da depresif belirtilere neden olabilir. Alkol tarafından indüklenen depresif belirtiler arındırmadan

(detoksifikasyondan) 2-30 gün sonra ortaya çıkabilir, belirtiler devamlı ise depresyona yönelik tedavi başlanabilir. Komorbid Duygudurumu Bozukluğu varsa prognoz kötüleşebilir ve suisid riski artar (2). Aynı çalışmada Panik Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu için yaşam boyu görülme sıklığı ise her iki tanı için de % 10 olarak saptanmıştır (46).

2.2.3. Alkol kullanım bozukluğunun etiyolojisi

Alkol bağımlılığı çok faktörlü, etiyolojisinde birçok genin rol oynadığı, karmaşık bir psikiyatrik hastalıktır. Nedenleri henüz tam açıklanamamış olmakla birlikte genetik nedenlerin önemli olduğu, çevresel etkenlerin hastalığın ortaya çıkmasında ve gidişinde rol oynadığı bilinmektedir (8).

2.2.3.1. Ruhsal davranışsal faktörler (kuramsal faktörler)

A) Psikodinamik Kuram: Alkol bağımlılığının psikodinamik sebebini açıklamaya yönelik kuramlar, aşırı katı ve baskıcı üstbenlik ve ruhsal-cinsel gelişimin oral dönemindeki saplanmalar üzerine odaklaşmıştır. Psikanalitik kurama göre aşırı baskıcı üstbenlikleri olan kişiler alkolü bilinçdışı gerginliklerini gidermek için içerler. Psikanalitik görüşe göre katı üstbenlik alkol ile erir. Freud oral döneme saplanmış kişilerin anksiyetelerini alkol gibi maddeleri ağız yoluyla alarak azalttıklarını, oral doyum yaşadıklarını ve kişinin kendilik değerini yükseltmek, bunaltısını yatıştırmak, sakin ve bütünleşmiş hissetmek, yalnızlık yerine birilerinin eşlik ettiğini hissetmek, boşluk yerine dolu hissetmek, güvenli hissetmek için tümüyle güçlü anne ile birleşme yaşadığını belirtir. Psikodinamik kuramlar alkol bağımlılarının kişilik özelliklerini araştırdıklarında bağımlılığa özgü bir yapıyı tam olarak saptamamışlardır. Ancak genellikle bağımlı, utangaç, yalnızlığa eğilimli, kaygılı, ürkek, gergin, eyleme vuruk, engellenmeye dayanma gücü düşük, aşırı duyarlı ve cinsel dürtülerini bastırmış kişiler olarak belirtirler. Ayrıca alkol bağımlılarında antisosyal kişilik özelliklerinin daha sık olduğu bilinmektedir (47)

B) Bilişsel Davranışçı Kuram: Davranışsal nedenler arasında öğrenmenin üzerinde durulmaktadır. Başta sosyal ortamlarda aralıklı olarak ve az miktarda alkol alan kişiler, alkolün sedasyon yapıcı ve stres azaltıcı pozitif duygularını yaşarlar. Bu

duyumlar aynı zamanda, sosyal bir ortama dahil olma, inhibisyonun azalması ve öforiyle birlikte. Alkolün tekrar tekrar alınmasıyla, pozitif duyular sonucunda bireylerde edimsel koşullanma oluşur. Böylece nötr bir davranış olan alkol alımı pozitif duyuların hedeflendiği bir koşullanmış davranışa dönüşür. Bu davranış örüntüsü AKB geliştirmek için önemli bir basamaktır (48). Alkolün haz verici ve pozitif duyularla ilişkili bu etkileri alkol alımının devam etmesinde pozitif pekiştirici rolü üstlenir, bağımlılığın gelişmesi ve alkol alınmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ise alkol alımının devam etmesine aracılık eder ve negatif pekiştirici rolü üstlenir. Başka bir teoriye göre, dopamin, ödül motivasyonu ile ilişkili olarak, bir maddeyi istemeye aracılık etmektedir. Tekrarlayan madde alımlarıyla mezolimbik dopamin devreleri daha duyarlı hale gelir ve bu da daha fazla madde alımıyla sonuçlanır. Bağımlılığın bu “özendirici duyarlılaşma” modeli, patolojik motivasyona ve işlevsel olmayan beyin döngülerinin, Pavlovyan koşullanmış özendirici motivasyonel süreçlere aracılık ettiğine dikkat çeker (49, 50). Davranışçı ve öğrenme modelleri işlevsel olmayan ödül işleme sürecinin, azalmış pekiştirme öğrenmenin, alkolle ilişkili uyarılara artmış alkol arama ve tüketme dürtüsünü etkilediğini öne sürmektedir (51)

C) Kişilik Özellikleri

Mizaç gibi kişilik özellikleri alkol kullanmaya başlamada, devam ettirmede, kötüye kullanmada ve bağımlılık geliştirmede etkili olabilir. Cloninger ve arkadaşları (52) alkol bağımlılığı olanları ortak mizaç özellikleri, klinik görünüm gibi birçok özelliğe göre sınıflandırarak Tip 1 ve Tip 2 alkol bağımlılığından söz etmiştir. Buna göre Tip 1 alkol bağımlılarında; sorunlu alkol kullanımı geç başlar (>25 yaş), ailede alkol bağımlılığı öyküsü negatiftir, bağımlılık hafif şiddette seyreder, alkolle ilişkili ek sağlık problemleri azdır ve alkol kullandıkları için suçluluk ve utanç duyarlar. Tip 2 bağımlılar ise; sorunlu alkol kullanımı erken başlar (yaş<25), ailede alkol bağımlılığı öyküsü pozitifdir ve hastalık ağır seyreder. Alkolle ilişkili ek sağlık problemleri daha fazladır ve alkol kullandıkları için suçluluk ya da utanç duymazlar.

Tip 1 alkol bağımlılarının tedaviye yanıtı iyi olan, pasif, kaygılı, içe dönük kişiler olduğu; tip 2 alkol bağımlılarının ise tedaviye kötü yanıt verdikleri, antisosyal kişilik ve dürtüsel özelliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (53). Dürtüsellik, risk

alma, yenilik arayışı ve antisosyal kişilik özellikleri gibi bazı kişilik özelliklerinin de alkol bağımlılığı gelişimi için risk faktörü olduğu üzerine çalışmalar vardır (54, 55).

2.2.3.2. Biyokimyasal faktörler

Alkol tıpkı bağımlılık yapan diğer maddeler gibi bağımlılık yapıcı etkisini MSS'ndeki ödül sistemini hedef alarak yapar (56). Bunun yanında glutamat, GABA ve strese cevap sistemlerindeki değişiklikler de etkilidir (57).

Beyinde ödül sistemini oluşturan önemli yapılar amigdala, mezolimbik dopaminerjik yolak, Ventral Tegmental Alan, Ventral Striatum, Nükleus Akkumbens ve prefrontal korteks olarak kabul edilip, bu sistemin en önemli nörotransmitteri dopamindir (58, 59). Akut alkol alımı ile Substantia Nigra ve Ventral Tegmental Alandan limbik sisteme uzanan nöronlardan dopamin transmisyonu artar (60). Kronik kullanımda ise beyinde hipodopaminerjik bir durum gelişmektedir. Bunun nedenleri olarak ise; D1 hem D2 reseptörlerinde down regülasyon, Nükleus Akkumbensten dopamin salınımında azalma ve dopamin salınımından sorumlu nöronlarda kayıp görülmektedir (61-63). AKB olan kişi bu hipodopaminerjik durumu aşmak için giderek daha fazla miktarda alkol almaya zorlanmakta, bunun sonucunda bir kısır döngü oluşmaktadır. Bu kısır döngü beyin nöromediyatör sisteminde bir dizi değişikliklere neden olmakta ve bunun sonucunda beyinde yapısal ve işlevsel değişiklikler ortaya çıkmaktadır (64).

GABA-A reseptörlerinin pozitif allosterik modülatörü olan etanolün, akut etki ile serebellum ve mezolimbik yolaktan GABA transmisyonunu arttırdığı düşünülmektedir (65, 66). Kronik kullanımda ise reseptör down regülasyonu ya da reseptör duyarlılığındaki değişme sonucu GABA işlevinin azalmasından söz edilmektedir (20, 67, 68).

Alkol akut kullanımı sonrası NMDA reseptörlerinde inhibisyona neden olurken, kronik kullanımda NMDA reseptör duyarlılığında ve glutamat salıverilmesinde artışa neden olarak hiperglutaminerjik bir duruma neden olur (69).

2.2.3.3. Kalıtsal faktörler

Genetik faktörlerin AKB gelişimindeki rolü %40-60 olarak değişmektedir (53). AKB tanısı alanların üçte birinin ebeveynlerinden en az birisinde AKB saptanırken, ebeveynlerden birisinde AKB varsa çocuklarda bozukluğun görülme riski % 25'tir. Eğer ebeveynlerin her ikisinde de AKB varsa bu risk iki katına çıkmaktadır (70). Evlat edinme çalışmalarına bakıldığında, AKB ebeveyni olmayan ailede yetişen; biyolojik olarak AKB ebeveyni olan çocukların akranlarına kıyasla daha fazla alkol kullandığı görülmüştür. Görüldüğü üzere AKB tanısı için en önemli yordayıcı faktör pozitif aile öyküsüdür (71).

Etiyolojiyi aydınlatmaya yönelik yapılan gen çalışmalarında alkol metabolizmasıyla ilişkili genlere yoğunluk verilmiştir. Bazı gen hasarı olan bireyler toplumda 'alkole dayanıksız' diye tanımlanan alkol aldıklarında hızlıca kızarma, bulantı, taşikardi gibi belirtiler gösteren kişilerdir. Bunlardan en bilineni ALDH2 gen hasarı olup bu genin alkol bağımlılığından koruyucu olduğu varsayılır (72). ALDH4 ve ALDH1B genlerindeki hasar ise aksine, alkole dayanıklılıkla ilişkilidir ve alkol bağımlılığına yatkınlık yarattığı kabul edilir (73). GABA-A reseptörü $\alpha 2$ alt ünitesini kodlayan gen ve Dopamin reseptörü tip 2 genleri erişkinlikte AKB geliştirmeye yatkınlıkla ilişki bulunmuştur (74, 75). Cadherin 11, Cadherin13, GATA bağlı protein 4 ve kalsiyum-aktive edilmiş potasyum kanalı alt ünite alfa 1'in ve GABA düzenleyici gen olarak tanımlanan nörofibromatozis geninin bağımlılıkla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (71, 76, 77).

2.2.3.4. Çevresel faktörler

Çevresel nedenlerin AKB gelişimindeki rolü %40 oranındadır. Çocukluk ve ergenlikte ailede alkol kullanan bireylerin rol model olarak alınması alkol kullanımına başlamada önemli olmaktadır (78). Çocuklukta olumsuz aile tutumları, erken yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları ve sosyal stres AKB gelişimi riskini arttırmaktadır (79, 80). Ergenlikte alkol kullanan akran grubunda bulunmak, alkol etkilerine olan algıyı ve alkole duyarlılığı etkileyerek erişkinlikte AKB için risk oluşturabilir (81, 82). Ergenlik ve genç erişkinlikte çevresel etkenler, erişkinlikte ise genetik etkenler AKB riski açısından daha önemlidir (83).

2.2.4. Alkol kullanım bozukluğunda görülen klinik tablolar ve tedavisi

2.2.4.1. Alkol intoksikasyonu

Alkol intoksikasyonunda disinhibisyonla ölüme kadar ilerleyen klinik tablolar görülebilmektedir. Bulgular kan alkol düzeyi ile doğrudan ilişkilidir ve kan alkol düzeyi ile ortaya çıkan belirtiler Tablo 2’ de verilmiştir (9).

Tablo 2: Kan alkol düzeyi ile ortaya çıkan belirtiler

Kan alkol düzeyi	Ortaya çıkan belirtiler
20-30 mg/dl	Motor beceri yavaşlar, düşünme yargılama yeteneği bozulur
30-80 mg/dl	Motor ve bilişsel sorunlar artar
80-200 mg/dl	Koordinasyon ve yargılama bozuklukları, duygudurum değişiklikleri, bilişsel işlevlerde bozulma
200-300 mg/dl	Nistagmus,dizartri, bellek bozuklukları
300-400 mg/dl	Konfüzyon, stupor
400-500 mg/dl	Koma
>500 mg/dl	Solunum ve dolaşım merkezlerinin etkilenmesi, ölüm

Alkol intoksikasyonu şüphesi olan olguda ilk bakılması gereken kan etanol düzeyidir. Hemogram, kan elektrolit düzeyleri, glikoz, kan üre azotu, kreatinin, keton, aseton, lipaz, karaciğer enzimleri, amonyak, serum laktat ve idrar keton düzeyleri ayırıcı tanı ve prognoz açısından önemlidir. Ayırıcı tanıda; alkol intoksikasyon belirtileri ile benzer klinik tablolar gözlenebilen Subdural Hematom, Wernicke Korsakoff Sendromu, deliryum tremens, ensefalit, menenjit, sepsis ve metabolik tablolar dikkate alınmalıdır (9).

“DSM-5 tanı ölçütleri:

- A. Yakın zamanda alkol alınmış olması
- B. Alkol alımı sırasında veya hemen sonrasında gelişen, klinik açıdan belirgin olarak uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (örneğin uygun

düşmeyen cinsel ya da saldırgan davranış, duygudurum değişikliği, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma)

C. Alkol kullanımı sırasında ya da hemen sonra gelişen aşağıdaki bulgulardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1. Sözü ağızda gevelercesine konuşma (dizartri)*
- 2. Koordinasyon bozukluğu*
- 3. Sendeleyerek yürüme*
- 4. Nistagmus*
- 5. Dikkat ve bellek bozukluğu*
- 6. Stupor ya da koma*

D. Bu belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz” (38).

Acil servise alkol intoksikasyon şüphesi ile gelen hastada yapılacak ilk müdahale vital bulgularının değerlendirilmesi, solunum desteği ve dolaşım desteğinin sağlanması ile bilinç takibidir. Sedasyon gerekli ise hastalara haloperidol uygulanmalıdır. Sedatif etkili ilaçlarla etkileşim ve solunum depresyonu ve hipotansiyon açısından önlemler alınmalıdır. Sıvı desteği için ilk seçenek hipoglisemi riski sebebiyle intravenöz (iv) dekstroz solüsyonları olmalıdır. Elektrolit değerleri düzenlenmelidir. Kronik alkol kullanan hastalarda 100 mg tiamin ve 1 mg folat tedaviye eklenmelidir. Kan alkol düzeyi 500 mg/dl nin üzerinde, tedaviye rağmen solunum depresyonu, koma ve konvülsiyon geçiren hastalarda hemodiyaliz uygulanmalıdır. İntoksikasyonla başvuran kronik alkol kullanan hastalar klinik bulgular düzelse bile alkol çekilme belirtileri riski açısından 72 saat gözlemde kalmalıdır (9).

2.2.4.2. Alkol yoksunluğu sendromu

AKB olan kişiler alkol alımını azalttıklarında veya tamamen kestiklerinde bir grup belirti ile gözlenen yoksunluk tablosu görülür. Bu belirtilerinin hepsi her hastada bulunmayabilir. AKB olan kişilerin % 95’inde şiddetli kesilme belirtileri gözlenmez. Belirtiler birkaç saat (12 saatten daha kısa zamanda) içinde başlar, 2-3. günlerde en yüksek düzeye ulaşır ve 4-5. günlerde hafifler. Terleme, halsizlik, taşikardi, takipne,

kan basıncı değışiklikleri, bulantı ve kusma, ağız kuruluğu, iştahsızlık gibi otonomik belirtiler, dizatri, derin tendon reflekslerinde artış, el-dil ve göz kapaklarında tremorlar, myoklonik kasılmalar, baş ağrısı, yoksunluk nöbetleri (grand mal epileptik nöbetler), alt ve üst ekstremitelerde spazmodik kasılmalar gibi nörolojik belirtiler sıkıntı, huzursuzluk, uyku bozukluğu, kabuslar, illüzyonlar ve kısa süreli halüsinasyonlar şeklinde ruhsal belirtiler görölebilir.

Alkol yoksunluk bulgularını kontrol altına almaktaki temel ilaçlar benzodiazepinlerdir. Hızlı etki başlangıçlı ve uzun etkili olması nedeniyle en çok tercih edilen diazepamdır. Günlük doz hastanın durumuna göre 40-50 mg kadar verilebilir. Eğer karaciğer yetmezliği varsa kısa etkili benzodiazepinler (Ör. lorezapam) günlük doz 4-6 mg olarak yeterlidir. Hastanın belirtileri düzeldikten sonra bir hafta içinde ilaç dozu azaltılarak kesilmelidir.

Sıvı elektrolit dengesizliği görölürse tedavi edilmeli, bulantı kusma yoksa sıvı oral yoldan verilmelidir. Sıvı tedavisi iv yapılacaksa ilk seçenek %5 dekstrozdur. Tiamin ve folik asit içeren polivitamin desteği oral yolla verilirse birkaç haftada vitamin eksikliği nedeniyle oluşan durumlar da tedavi edilir. Tiamin 100mg 3x1 iv veya intramusküler (ım) uygulanabilir. Tiamin dekstrozdaki önce verilmelidir, çünkü dekstrozu hücre içine girerken tiamin kullanır ve alkol bağımlılarındaki tiamin azlığı nedeni ile Wernicke Ensefalopati riski artar (2, 8, 9).

2.2.4.3. Deliryum tremens

Alkol bağımlılığında alkolün bırakılması veya kesilmesi ile oluşan akut organik beyin sendromudur. Bu tablonun % 0,1-1 oranında göröldüğü bildirilmektedir. Alkol yoksunluğundaki otonom belirtiler deliryumda çok şiddetli biçimde ortaya çıkar. Bunlara ek olarak yer, kişi, zamana yönelimde bozukluk, ajitasyon, varsanı, sanrı, duygudurumda aşırı değışkenlik ve uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluklar görölebilir. Deliryum tremens genellikle yoksunluk belirtilerinin görölmesinden 3 gün sonra başlar ve 1-8 gün sürebilir. Tedavisinde hasta uyaranların olmadığı veya az olduğu sakin ve sessiz odaya alınır yanında sürekli kalabilecek mümkün ise tanıdığı bir kişi bulunmalıdır. Sıvı ve elektrolit dengesi kontrol edilir ve tedavisi düzenlenir. Alkol bağımlılarında hipoglisemi riski için % 5 dekstrozu solüsyonu verilmesi ayrıca gerekirse hipertonic solüsyona geçmek uygundur. Günlük 3500-4000 ml sıvı verilir

ve aldığı çıkardığı sıvı tayini yapılır. Wernicke Ensefalopatisinden korumak için tiamin 100 mg iv 3x1 şeklinde üç gün boyunca verilir. Deliryumda en önemli tedavi yerine koyma amaçlı verilen benzodiazepinlerdir. Bu ilaçlar ilk aşamada oral verilir, hasta ağızdan alamıyorsa iv uygulanır. Diazepam günde 80-100 mg'a kadar, karaciğer yetmezliği varsa lorezapam 2-4 mg her dört- altı saatte bir tekrarlanabilir. Hastanın belirtileri kontrol altına alındıktan sonra doz azaltılarak 7-10 gün içinde yavaş yavaş kesilir. Antipsikotikler (haloperidol) ajitasyon durumunda ve psikotik belirtiler ortaya çıktığında verilebilir (2, 9).

2.2.4.4. AKB tedavisi

AKB tedavisi üç başlık altında incelenebilir: Tedavi isteğini artırma, arındırma ve rehabilitasyon.

1) Tedavi isteğini Artırma ve Tedaviye Uyumu Sağlama

AKB hastaları için sorunun kabulü ile tedaviye başvurusu zor ve aşılması gereken bir evredir. Çoğunlukla yakınlarının zorlaması ile tedaviye gelirler. Bu aşamada tedavi isteğini artıran görüşme tekniklerinin ve yaklaşımların kullanılması önemlidir. Görüşmeci empatik, destekleyici ve cesaretlendirici olmalıdır. Yüzleştirici, yargılayıcı, suçlayıcı tavırlardan uzak durulmalıdır.

2) Arındırma

Bu dönemde alkol yoksunluğunun şiddetli bedensel ve ruhsal belirtilerinin etkili tedavisi ile hastanın günlük hayat streslerinden uzak kalması uzun dönem tedavi ve rehabilitasyonun ilk ve önemli aşamasıdır. Hastanın fiziksel bulguları takip edilmeli, sıvı elektrolit dengesizliği varsa tedavi edilmelidir. Tiamin, folik asit desteği verilmelidir. Yerine koyma tedavisi hastanın durumuna göre verilmelidir. Hastanın belirtileri geriledikten sonra yaklaşık bir hafta içinde ilaç dozu yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir.

3) Rehabilitasyon ve Yinelemeyi Önleme

Bu dönemde hasta alkol yoksunluğundan kurtulmuştur. Alkolsüz yaşama uyum açısından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılması için terapötik girişimlerden yararlanır. Hasta genellikle kendisini kısa bir sürede alkol kullanım ortamında bulur, alkolü reddetmeye yönelik başarılı tutum gösteremez, bağımlılık süreci yeniden başlar. Bu sebeple döngünün tanınması ile yinelemeyle baş etme becerilerinin öğrenilmesi

önem kazanır. Relapsı önlemede ilk adım, tekrar alkol alımına sebep olabilecek yüksek riskli durumların bilinmesi ve belirlenmesi olmalıdır. Tedavi sürecinde alkol isteğinin olabileceği bu kişilere öğretilmelidir. Başa çıkma becerileri edinmesi öğretilmelidir. Nüks önleme tedavisinde ilaçlar da kullanılmaktadır ve en sık kullanılan ilaçlar disulfiram, akomprosot ve naltreksondur (2, 8).

2.3. Üstbiliş

Flavell, çocukların ileri bellek yetenekleri ile ilgili 1976 yılında yaptığı bir çalışmada ilk kez üstbellek (metamemory) sözcüğünü kullanmış ve kavramı literatüre kazandırmıştır (84). 1979'da çalışmalarını geliştiren Flavell'e göre üstbiliş, bireyin bilişsel işlemleri ve çıktıları veya onlarla ilgili bir şey hakkında bilgi sahibi olmasıdır. En kısa tanımıyla, kişinin düşünme süreçlerinin farkında olması ile bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamını taşır (85, 86). Reeve ve Brown'a göre bireyin kendi bilişsel süreçlerini kontrol edebilme ve yönlendirebilme yeterliliği; Sternberg'e göre, bireyin problem çözmesinde planlama, izleme ve değerlendirmenin kullanıldığı yüksek düzeyde bir yönetsel süreç; Shanahan'a göre, bilişsel aktivitenin anlaşılması ve kontrol edilmesi; Butterfield, Albertson ve Johnston'a göre ise, bilişi etkileyen faktörlerin anlaşılması ve küçük modeller eşliğinde bilişin izlenip kontrol edilmesi olarak tanımlanmaktadır (87-90). Özetle üstbiliş; kişinin kendi bilişsel ve emosyonel durumu hakkındaki bilgisi ve bu durumları bilinçli olarak izleme ve düzenleme yeteneğidir (10).

Metakognitif teori olarak da bilinen üstbilişsel teori psikolojik bozuklukların etiyojisi ve sürdürümünde bilgi işleme özelliklerinin rol oynadığını öne sürer. Bilişsel teorinin aksine kişinin düşünce içeriğindeki hatalar ve şemalara odaklanmaz; bunun yerine bireyin uyum bozucu bilişsel stratejilerinin ve düşünce kontrolünün duygu ve davranışlar üzerine olan ilişkisini inceler (91).

Biliş ile üstbiliş arasındaki fark; bilişin algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içermesi; üstbilişin ise insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini içermesidir(91) .

2.3.1. Üstbilişlerin sınıflandırılması

Üstbilis tanımı Flavell tarafından; kişinin girdileri bilinçli şekilde yapılandırma ve belleğe alma, bellekte bulunan bilgileri tarama ve bu bilgilerden gerekli olanı bulup çıkarma, bellekteki bilgileri izleme ve depolanmış bilgilerin farkında olma işlemi olarak açıklanmıştır. Flavell, üstbiliş ve biliş kontrolünü dördü bir sınıflama ile modellemiştir. Bunlar: Üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim, hedefler/görevler ve işlemler/stratejilerdir (85). Literatür incelendiğinde, bu konuda farklı modellemelerin ve sınıflandırmaların olduğu görülmektedir. Ancak bu alandaki son araştırmalarda daha net bir modele ulaşılmıştır. Modern çalışmalarda üstbilişin daha çok iki ana başlıkta ele alındığı gözlenmektedir: Üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel kontrol/düzenleme (92).

1.Üstbilişsel Bilgi: Bir durumda kişinin kendi zihinsel kaynaklarında mevcut olan bilgi ve inançlara, ne yapabileceğinin farkında olmasına işaret etmektedir. Üstbilişsel bilgi, kişinin kendi bilişsel yetenekleri (örneğin belleğinin kötü olduğunu söyleyebilmesi); bilişsel stratejileri (telefon numaralarını daha kolay anımsamak için kişisel yöntemler geliştirmesi gibi) ve hangi durumda ne yapacağını bilme (sınıflandırılmış bilgilerin daha kolay anımsayabileceğini bilmesi gibi) şeklinde bilgilere sahip olmasıdır. Böyle bir bilgi, eski deneyimlerden etkilenecek, kişinin davranışlarında önemli etkiye sahip olacaktır (93). Ancak üstbiliş, bireyin bu bilgileri etkili şekilde kullanmasını da gerektirir. Üstbilişsel bilgileri kullanabilme yeteneği üstbilişsel kontrol olarak isimlendirilir.

2. Üstbilişsel Kontrol: Üstbilişsel stratejiler olarak da isimlendirilen üstbilişsel kontrol, üstbiliş süreçlerinde önemli zihinsel işlemlerden oluşur ve üstbilişsel bilgiyi bilişsel amaçlara ulaştırabilmek için stratejik biçimde kullanabilme yeteneği şeklinde açıklanabilir. Bu nedenle üstbiliş ile ilgili yapılan birçok araştırma, bu stratejiler üzerine yoğunlaşmıştır. Çünkü bilişi düzenleme ve kontrol edebilme yeteneği, öğrencilerin bilgiyi esnek ve gerektiğinde durumlara uygun biçimde kullanabilmelerine imkan sağlar. Literatür, dört üstbiliş becerisi üzerine yoğunlaşmaktadır. Bunlar; tahmin, planlama, izleme ve değerlendirmedir (94-97).

2.3.2. Üstbilişlerin fonksiyonları

1. Farkındalık: Kişinin kendi güçlü ve zayıf noktaları hakkında bilgi kazanması, stratejileri hakkında bilgi kazanması ve durumlara bakış açıları ile ilgili bilgi kazanması ile ilgilidir.

2. Değerlendirme: Görevin zorluğunu saptama, durumun karışıklığını değerlendirme, problemleri önceden saptama ve sonuçları değerlendirme ile ilgilidir.

3. Tahmin etme: Eylem ya da yanıtların potansiyel sonuçları hakkında tahminler üretme, verilen kararlar doğrultusunda sonuçları planlama, sınırlılıkları öngörme ile ilgilidir.

4. Beklenti: Eylem ya da yanıtın muhtemel sonuçları için geleceğe bakma, belirli stratejiler kullanımında ortaya çıkacak olası sonuçları tanıma ile ilgilidir.

5. Özkontrol: Kendini izlem sonuçlarına dayanarak dışsal davranış ve yanıtları düzenleme, işlemde öğrenilenleri kullanma, gerekli halde yanıtları değiştirme ve geribildirim kullanma ile ilgilidir (98).

2.3.3. Uyum bozucu üstbilişlerin sınıflandırılması

Üstbilişlerin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumsuz üstbilişsel inançları ve bunlara ait beş boyut ele alınmıştır (99).

1. Pozitif İnançlar

Düşüncelerin tekrarlanması bir sorunun veya ikilemin çözülmesinde faydalı olabileceği inanışıdır. Kişi bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görür, normal veya iyi olarak değerlendirir. Bu inanışlar ruminasyona neden olur ve böylece konu ile ilgili hoş gitmeyen duygulanımda artış meydana gelir. Ruminasyonlar kısır döngü şeklindeki düşünce paternlerine sebep olur.

“Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir”

2. Negatif İnançlar (Kontrol Edilemezlik ve Tehlike)

Bireylerin negatif düşünce ve endişelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna inanmalarıdır. “Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir”

3. Bilişsel Güven

Bireyin kendi dikkat ve hafızasına olan güvenidir. Güven azaldıkça kişiler dikkatlerini aşırı derecede kendilerine yöneltirler (kendine odaklı dikkat).

“Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi üstbilişsel inanışlardan oluşur.

4.Düşünceleri Kontrol İhtiyacı

Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu üstlenmesi ile ilişkilidir. Bu bireyler bütün negatif düşünce veya duygularını bastırmaya, inhibe etmeye veya bunlardan kaçmaya çalışırlar ancak bu çabaları hoşla gitmeyen bilişlerinin artmasına yol açar. Kişiler bilişleri geçici olarak bastırır ancak çoğunlukla daha yoğun bir şekilde bilişler geri döner. “Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılıyorum”

5.Bilişsel Farkındalık

Bazı bireyler düşüncelerini devamlı izlemeleri gerektiğine inanırlar ve dikkatleri kendilerine yönelir. Bu şekildeki dikkat artışı birtakım problemleri de beraberinde getirir. Dikkat artışı ile birlikte kişiler endişelere daha duyarlı hale gelirler ve hafif anksiyeteden ciddi panik durumlarına kadar değişen tablolar ile karşı karşıya kalabilirler. “Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm”

2.3.4. Üstbilişin psikiyatrik hastalıklardaki rolü ile ilgili yapılan çalışmalar

Uyum bozucu üstbilişler veya inanışlar bazı durumlarda kişilerin uyumsuz başa çıkma stratejileri oluşturmalarına ve psikolojik iyilik halinin bozulmasına neden olabilir. Bu üstbilişler ruminasyon gibi saplantılı düşünme, tehditlere karşı seçici dikkat, düşünceleri bastırmaya çalışma ve düşüncelerden kaçma gibi uyum bozucu kontrol yöntemlerinin kullanılmasına dolayısı ile başa çıkma becerisinin kaybına ve olumsuz kendilik algısının oluşmasını sağlayarak psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir (100).

Üstbilişsel kuram, bilişsel modelin öne sürdüğü olumsuz düşüncelerin üstbilişsel inançlardan dolayı ortaya çıktığını savunur. Birçok kişinin olumsuz

düşüncesi olabilir ancak kişiler üstbilişsel inançlarına göre düşüncelere tepki gösterirler. Duygusal bozukluklar, olumsuz düşüncelere yönelik esnek olmayan ve tekrarlayıcı düşünce biçimlerine yol açan üstbilişler ve üstbilişsel düzenleme süreçleri sonucunda ortaya çıkmaktadır (91). Nelson ve arkadaşlarına göre (101) üstbilişler nesne ile meta düzeyleri arasındaki dinamik bilgi akışını temsil etmektedir. Kontrol ve izleme süreçlerindeki bozulmaların psikolojik bozukluklara neden olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Alkol kullanımı ile ilgili yapılan çalışmada üstbilişin pozitif inançlar, negatif inançlar (kontrol edilemezlik ve tehlike), bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinin alkol kullanımı ve problemli içme ile ilişkili ve anlamlı bulunduğu saptanmıştır. Bu kişilerde anksiyete ve depresyon da yüksek saptanmıştır. Ayrıca kaygı ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacının alkol kullanımının öngörücüleri olduğu düşünülmüştür. Alkol kullanımının özellikle kontrol altına alınamayan duygu ve düşünceler için geliştirilmiş davranışsal strateji olabileceği düşünülmüştür (11).

Bağımlı olan ve olmayan grubun farkındalık açısından karşılaştırıldığı çalışmada bağımlı olan grupla olmayan grubun üstbilişin bilişsel farkındalık alt ölçeğinde fark saptanmazken, diğer altölçeklerinde fark saptanmıştır ve farkındalık temelli çalışmaların üstbiliş işlevlerine olumlu etki yaptığı düşünülmüştür (102). İçme problemi olanlarda üstbilişsel modelin incelendiği çalışmada negatif duygulanım ve alkol kullanımı ile ilgili pozitif üstbilişsel inançların duygulanım düzenlenmesi için alkol kullanımına yol açtığı ve alkol kullanımıyla ilgili pozitif inançların daha fazla alkol kullanımına katkıda bulunan üstbilişsel izlemedeki azalmayla da ilişkili olduğu bulunmuştur (103).

Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada üstbilişin önemli olduğu, üstbilişsel çarpıtmaların opiyat kullanım bozukluğunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, dürtüselliğin tüm alanlarının bilişsel güven ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ile pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (100). Eroin kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada ise üstbiliş ve stresle başa çıkma açısından kontrol grubuna göre anlamlı fark saptanmazken, üstbilişin eğitim ve yaş değişkeninden etkilendiği görülmüştür. Eğitim süresinin, stresle başa çıkma ve üstbiliş ile arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, eroin kullanımına başlama yaşı ve eğitim

süresinin, işlevsel başa çıkma tarzları geliştirmek ve farkındalık açısından etkili olduğu saptanmıştır (104).

Sigara bağımlılılarıyla yapılan çalışmada üstbilişin olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güven alt ölçeklerinin sigara bağımlılığı ile pozitif ve anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (105).

Majör Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk hasta gruplarında yapılan çalışmada üstbiliş total skorları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş, hem Majör Depresif Bozukluk hem de Panik Bozukluk hastalarında tüm alt boyutların puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olmakla birlikte Depresif Bozukluk için kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel güven, Panik Bozukluk için ise kontrol edilemezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanmıştır (106).

Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) üstbilişle ilgili yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. OKB hastalarında düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği ile düşünce hakkındaki olumsuz inançların belirgin olarak farklı oldukları ayrıca OKB ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu hastalarının bilişsel farkındalık alt ölçeği puanlamasında farklılaştığı ve OKB hastalarının bilişsel farkındalık alt ölçeğinde yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Kişinin bilişsel süreçleri ile ilgili aşırı şekilde düşünme eğiliminin girici düşüncelerini olumsuz değerlendirme olasılığını arttırabileceğini, düşüncelerle ilgili inançlarına aşırı önem vermesine teşvik edebileceğini ve OKB geliştirme ihtimalini arttırabileceğini belirtmişlerdir. OKB alt tipleriyle üstbilişsel farklılıkların olmadığı bulunmuş ve üstbilişsel inançların OKB belirtilerinin önemli yordayıcısı olduğu bulunmuştur (107)

OKB ve Sanrılı Bozukluk hastalarında yapılan üstbiliş incelenmesi çalışmasında; OKB ve Sanrılı Bozukluk hastalarının üstbiliş toplam puanları kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmış fakat istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar sadece OKB hastalarında saptanmıştır. OKB hastalarında; üstbiliş kontrol edilemezlik tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutları, Sanrılı Bozukluk hastalarında ise; bilişsel güven alt boyutu kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (108). Şizofreni hastalarında yapılan çalışmada bu hastaların zihin teorisiyle ilgili problemlerinin olduğunu, bu hastaların tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapiye ilaveten üstbilişsel eğitim de uygulanabileceği düşünülmüştür (109).

2.4. Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık kökenini Doğu meditasyon geleneğinden alan dikkat yönlendirme yoludur (110). Kişinin dikkatini şu anda olanda meydana gelmekte olanlara yargılamadan ayrıca kabullenici şekilde odaklaması olarak tanımlanır (111, 112). Ayrıca duygu regülasyonuna katkı sağlayan, güçlü bir takım duygular uyandığında da bu duyguları dengeye getiren zihinsel süreçlerle ilgili farkındalığı artıran ve şu anda neler olup bittiğini fark edebilmeyi ve dikkatin eğitilmesini sağlayan önemli bir içgörü tekniğidir (113). Bu nedenle bilinçli farkındalığı yüksek olan insanlar, olumlu yanlarını pekiştirmeye çalışırken kendilerini rahatsız eden olumsuz özelliklerini kontrol altında tutabilirler. Duygularının farkında olan kişi, günlük hayatta daha sağlıklı ilişkiler kurarak mutlu ve üretken bir kişi hâline gelecek ve yaşamını daha anlamlı hâle getirebilecektir (114). Duygulara dikkatini vererek bunları tanımlamak, duygusal tepkileri azaltabilirken duygusal dengeyi ve netliği arttırabilir. Bilinçli farkındalık uygulamaları madde kullanımı, şiddet gibi eylemleme davranışlarına veya depresif durumlara neden olabilecek rahatsızlık verici duygulanımlarla yüzleşip bu durumlara tahammül edebilme becerisini geliştirme imkanı sunar (115)

Bilinçli farkındalık uygulamaları anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada kullanılmakla birlikte madde bağımlılığı tedavisinde de kullanılmaktadır (111, 116). Madde kullanımı olan bireylerde ani tepki verme, saldırgan ve asi davranışlar, kolay heyecanlanma, içe dönük yaşama, çeşitli davranış problemleri gözlenmektedir. Kişide yaşanan bu olumsuz değişimlerin önüne geçilmesi için bilinçli farkındalık uygulamalarının yapılmasının büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir (12).

2.5. Stres ve Stresle Başa Çıkma

Stres, kişinin çevreyle etkileşimindeki yaşam olayları sonrasında sınırlı veya ciddi biçimde uyarılarak psikolojik ve fizyolojik tepkilerin geliştirmesi durumudur (117). Başka bir tanıma göre stres, çevre birey etkileşiminde bireyin zarar görebileceği,

kayıp yaşayabileceği, tehdit altında olduğunu hissettiği veya karşı koyması gereken bir engelin varlığına ilişkin değerlendirmelerin neden olduğu gerilimdir (118). Stres durumlarına verilen fizyolojik tepkiler; nefes darlığı, çarpıntı, bulantı iken, psikolojik tepkiler ise değersizlik hissi, karar vermede güçlük, alışılmış davranış biçimlerinde değişiklik, öfke, kaygı, güvensizlik şeklinde kendini gösterir. Uzun dönemde bu tepkilerin kronikleşmesi ise uyku bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, alkol/madde kötüye kullanımı ve ölüm/intihar düşüncelerinin sıklıkla tekrarlanması gibi sonuçlara neden olmaktadır. (119, 120).

Stres kişide uyarılmaya hatta gerginliğe sebep olan yaşantılar olarak tanımlanmasına rağmen, stresin aynı zamanda yaşanan durumlara uyum sağlayabilmek için harekete geçirici yönünün de olduğu, özellikle performans gösterilmesinin gerektiği durumlarda yaşanan ortalama düzeydeki stresin kişiyi bir yere kadar güdüleyici olduğu belirtilmektedir (121).

Stresin yıkıcı etkilerinden korunmak ve organizmanın düzenin devamlılığını sağlamak için bireylerin kaçma ya da savaşma tepkileri aslında birer “stresle başa çıkma” yaklaşımıdır. Folkman ve Lazarus (1986) başa çıkmayı, bireyin stresli olarak algıladığı ve bireysel kaynaklarını zorlayan belli içsel ve dışsal gereklilikleri ile bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlar. Stresle başa çıkma yöntemlerini duygusal odaklı ve problem çözme odaklı şeklinde iki grupta incelemiştir. Duygusal odaklı başa çıkmada görece pasif ve oluşan olumsuz duyguları ortadan kaldırmaya yönelik yollar izlenirken, problem çözme odaklı başa çıkmada daha aktif planlı, eyleme giden bir mantık analizi söz konusudur. Bireylerin, yalnızca bir grup başa çıkma tarzını kullanmadıkları ve her iki başa çıkma yoluna da değişik zaman ve oranlarda başvurdukları bilinmektedir (122). Konuya ilişkin yapılan çeşitli araştırmalarda, çalışmacılar tarafından başa çıkma stratejilerinin genel olarak iki veya üç temel başlıkta toplanabileceği yönünde öneriler yer almaktadır. Örneğin Endler ve Parker stresli durumlarla başa çıkma envanterinde, kişilerin stresli durumlar karşısında sergiledikleri davranış stratejilerini önerilen teorik alt yapıyla uyumlu bir şekilde çözüme dönük başa çıkma, duygusal başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma olarak üç başlıkta sınıflandırmıştır (123).

2.6. Öfke

Öfke, isteklerin doyurulmaması, sonuçların istenmemesi ve beklentilerin karşılanmamasına verilen, son derece doğal, insani ve evrensel bir duygusal tepkidir. Diğer duygular gibi öfke sağlıklı olarak ifade edilirse kişiler arası iletişimi düzeltici ve yapıcı bir duygudur. Diğer taraftan, belki de en zarar verici olabilen duygumuzdur. Öfkenin kontrol edilememesi hem birey hem de toplumu önemli ölçüde etkiler (124).

Öfkeyi Spielberger hafif huzursuzluktan şiddete kadar değişen duygusal durum olarak ifade etmektedir. Öfke duygusunu süreklilik ve durumsallık olarak ayırmıştır. Durumsal öfke amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık algılaması karşısında ne şiddette gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi objektif duyguların yaşandığını yansıtan duygu durumudur. Sürekli öfke ise durumsal öfkenin genelde ne sıklıkla yaşandığını yansıtan bir kavramdır. Sürekli öfkesi yüksek olan bireylerin yaşamı ve yaşam olaylarını sıkıcı, rahatsız edici ve hayal kırıklığına uğratabilecek şekilde algılama eğiliminde, duygusal uyarılmaya hazır ve daha kuvvetli öfke tepkileri verme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Bu özellikler, sürekli öfkesi yüksek olan bireylerin öfkesini daha az yapıcı ve fonksiyonel şekilde ifade etmelerini engellemekte ve öfkenin bastırılmasına ya da saldırgan davranışla ile dışa vurulmasına neden olmaktadır. Öfke ifadesini de bireysel farklılığa göre öfkenin içe atılması, dışa vurulması veya kontrol edilmesi şeklinde olduğu belirtilir (125).

2.7. Agresyon

Agresyon, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır (126). Agresyon bir kişinin başkasına, kendine, hayvana ya da cansız nesneye kazara veya niyetli bir biçimde fiziksel ya da psikolojik zarar vermeye sebep olabilecek herhangi bir davranış olarak tanımlanabilir (127). Agresyonun ortaya çıkmasında, genetik faktörler, fetal dönem, obstetrik komplikasyonlar, yetiştirilme çevresi, biyolojik faktörler ile madde bağımlılığı, psikoz, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar önemli yatıklaştırıcı faktörlerdir. Biyolojik faktörlerle ilgili yürütülen araştırmalar, serotonerjik sistemin davranışsal bir inhibitör sistemi olduğunu, dürtüsellik ve agresyon gelişiminde ciddi etkileri olduğunu ortaya koymuştur (128).

Buss ve Perry agresyonu fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 boyutta incelemiştir. Fiziksel agresyon ve sözel agresyon motor davranışı yansıtır, başkalarını yaralama ve başkalarına zarar vermeyi içerir. Öfke fizyolojik yanıtı ve agresyona hazırlanmayı içerir ve davranışın emosyonel ya da afektif yönüyle ilişkilidir. Düşmanlık davranışın kognitif yönüyle ilişkilidir ve kötü niyet ve adaletsizlik duygularını içerir (129).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran hastalardan ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran hastalardan görüşme sonrası DSM-5 tanı kriterlerine göre AKB tanısı almış olan hasta grubu ile herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan ve hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından benzer olan kontrol grubu dahil edilecektir.

3.1.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri

- DSM-5 e göre Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okur yazar olmak
- Araştırmaya dahil olmak için gönüllü olmak

3.1.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Alkol yoksunluğu/entoksikasyonu ve deliryum tremens tablosunun bulunması
- Alkol veya ilacın etkisinde olması
- Madde kullanım bozukluğu tanısı bulunması
- Mental retardasyon, demans ya da psikoz bulunması

3.2. Uygulama

Çalışma için 04.02.2019 tarihinde 2019/16 karar no ile Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Bireyler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup çalışma içeriğinde isminin kullanılmayacağı, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı bireylere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Hasta grubuna;

- Sosyodemografik Veri Formu
- Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

- Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)
- Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)
- Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu (SDBÇE-21)
- Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ)
- Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ)

Kontrol grubuna;

- Sosyodemografik Veri Formu
- Üstbiliş Ölçeği-30
- Bilinçli Farkındalık Ölçeği
- Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu
- Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
- Buss-Perry Agresyon Ölçeği uygulandı.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, meslek, yaşadığı yer, bireyin aylık gelir algısı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim süresi, alkole başlama yaşı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım miktarı, sigara ve madde kullanımı, intihar girişimi öyküsü, ek psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatride yatış öyküsü, adli sorun yaşama öyküsü, ailede alkol ve madde kullanım öyküsü sorgulanmıştır.

3.3.2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

Çalışmaya katılan hasta grubunda alkol kullanım risk düzeylerini saptamak için AKBTT uygulanmıştır. AKBTT, zararlı alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı olan kişileri tanımlamak üzere DSÖ tarafından ‘World Health Organization Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption’ projesi kapsamında geliştirilmiştir (24). Uluslararası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde test edilmiş, beş dakikada doldurulabilen, yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir tarama testidir. On sorudan ilk üçü alkol kullanımının miktar ve sıklığını, sonraki üç soru olası bağımlılık belirtilerini sorgular. Son dört soru alkol kullanımı ile ilişkili o andaki ve yaşam boyu sorunlarla ilgilidir. Her soru beşli Likert

ölçeği (0-4) ile puanlanır. 65 yaşından küçük erkeklerde 8 ve üzeri puan, kadınlarda ve 65 yaş üzerindeki erkeklerde ise 4 ya da daha fazla puan riskli alkol kullanımı olarak değerlendirilmektedir. AKBTT’de yüksek puanlar alkol bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur. DSÖ’nün AKBTT kılavuzunda dört risk düzeyi tanımlanmıştır ve artan risk düzeyleri, artan müdahale düzeylerini yansıtmaktadır (130). AKBTT puanlarına göre risk düzeyi ve müdahale yöntemleri Tablo-3’ te verilmiştir.

AKBTT’ nin Türkçe uyarlaması Saatçioğlu Ö, Evren C. ve Çakmak D. tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı iki farklı görüşmeci için 0.59 ve 0.65 olarak bulunmuştur (131). Riskli alkol kullanan kişileri tanıyabilmesi AKBTT’ nin önemli bir avantajıdır. Bu nedenle erken müdahale olanağı sağlamaktadır (132).

Tablo 3. AKBTT puanlarına göre risk düzeyi ve müdahale yöntemleri

AKBTT puanı	Risk düzeyi	Müdahale
0-7	I	Alkolle ilgili eğitim
8-15	II	Basit öneri
16-19	III	Basit öneri+kısa danışmanlık+sürekli izlem
20-40	IV	Tanısal değerlendirme ve tedavi için uzmana sevk etme

3.3.3. Üstbiliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (MCQ-30) oluşturmuşlardır (99, 133). ÜBÖ-30’daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden hasta tarafından yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. Wells ve Cartwright-Hatton’nın yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30’daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır (99).

1. Olumlu (Pozitif) inançlar; 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerden oluşur ve endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair,

endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir.

2. Negatif inançlar (Kontrol edilemezlik ve tehlike); 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeleri içerir ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri ‘endişenin kontrol edilemeyeceğine’ dair inançtır.

3. Bilişsel güven; 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir.

4. Düşünceleri kontrol ihtiyacı; 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerden oluşur ve batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir.

5. Bilişsel farkındalık; 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. maddelerden oluşur ve kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve Irak tarafından 2008 yılında yapılmıştır (134). ÜBÖ-30’un maddeler arası korelasyon matrisi .3’ün üstündedir ve bu değer maddelerin faktör analizine uygun olduğunu işaret eder. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ölçümü .90’dır ve maddelerin faktör analizine uygunluğunu desteklemektedir. İç tutarlılık için düzeltilmiş madde toplam korelasyonları tüm ölçek için .31 - .68 aralığında, olumlu inançlar .77 - .83, bilişsel güven .72 - .87, kontrol edilemezlik ve tehlike .70 - .82, bilişsel farkındalık .56 - .83 ve kontrol ihtiyacı .30 - .65 aralığındadır. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .93’dür ve faktörler için Alpha değerleri .72 ile .93 aralığındadır. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlı bulunmuştur ve bu korelasyonlar ÜBÖ-30’un uzun versiyonundakilerle tutarlıdır (134).

3.3.4. Bilinçli farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) Brown & Ryan (2003) tarafından geliştirilmiştir (111). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik güvenilirlik çalışması

Özyeşil ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçen Cronbach alfa değeri .80 olan ölçek 15 maddeli ve tek faktörlü bir yapıya sahiptir (135). “(1) Hemen hemen her zaman ile (6) Hemen hemen hiçbir zaman” uçlarına sahip 6’lı likert tipinde bir ölçektir. Ölçekten alınan puanlar ne kadar yüksekse, bilinçli farkındalık da o kadar iyi düzeyde demektir.

3.3.5. Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu (SDBÇE-21)

Bireylerin stresli durumlar karşısında başa çıkma amaçlı kullandıkları davranış stratejilerinin ölçümü için pek çok ölçme aracı geliştirilmiştir. Çalışmamızda kullanacağımız stresli durumlarla başa çıkma envanterinin artısı ise literatürde önerilen teorik altyapıyla uyumlu olarak; çözüme dönük başa çıkma, duygusal başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma şeklinde üç başlık altında değerlendirmesidir. Endler ve Parker tarafından 1990 yılında geliştirilen 48 soruluk uzun formundan uygulama kolaylığı hedeflenerek alt boyutlar için geçerliliği en yüksek maddeler seçilerek 21 soruluk kısa bir form daha geliştirilmiştir (136, 137). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Boysan tarafından yapılmıştır (138). Ölçekten alınabilecek puan 21 ile 105 arasında değişmektedir. Alt ölçekler için hesaplanan iç tutarlılık değerleri sırasıyla çözüme dönük başa çıkma için 0.72, duygusal başa çıkma için 0.77, kaçınmacı başa çıkma için 0.74 olarak hesaplanmıştır. 15 günlük test-tekrar test korelasyonları sırasıyla çözüme dönük başa çıkma için 0.79, duygusal başa çıkma için 0.75 ve kaçınmacı başa çıkma için 0.66 olarak bulunmuştur. SDBÇE-21’in Türkçe formu için yüksek geçerlik ve güvenilirlik değerleri elde edilmiştir (138). Duygusal başa çıkma; 3,5,10,12,14,17,20 maddeler ile ,çözüme dönük başa çıkma; 2,6,8,11,13,16,19 maddeler ile kaçınmacı başa çıkma ise 1,4,7,9,15,18,21 maddeler ile ölçülmektedir.

3.3.6. Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ)

Spielberger, Jacobs, Russel ve Crane tarafından (1983) geliştirilen Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin, Türkiye uyarlaması Özer (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir (125, 139).

Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. 34 maddeden oluşan ve 4'lü likert tipinde olan ölçek; öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ve sürekli öfke olmak üzere 4 alt ölçeği kapsamaktadır. Ölçek sürekli öfkeyi ve öfke ifade biçimlerini ayrı değerlendirmektedir. Her madde 1- 4 arası puanlanmaktadır. Ölçekteki ilk 10 maddenin puanlarının toplanmasıyla "Sürekli Öfke" (yüksek puan almak öfke düzeyinin yüksek olduğunu); 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31. maddelerin toplanmasıyla "Öfke İçte" (yüksek puan alınması öfkenin bastırılmış olduğunu); 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33. maddelerin toplanmasıyla "Öfke Dışa" (yüksek puan almak öfkenin kolay ifade edildiğini); 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34. maddelerin toplanmasıyla "Öfke Kontrol" (yüksek puan almak öfkenin kontrol edilebildiğini) alt ölçeklerinin puanları elde edilir. Öfke kontrol boyutu dışında diğer alt boyutlardan yüksek puan almak olumsuz nitelik taşımaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dır. Diğer alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 8 iken en yüksek puan 32'dir. Ölçekten toplam puan elde edilememektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Türkçe formunda Cronbach Alfa değerleri ayrı ayrı hesaplanmış olup "Sürekli Öfke" boyutu için .79, "öfke kontrolü" boyutu için .84, "dışa yönelik öfke" boyutu için .78 ve "içe yönelik öfke" boyutu için ise .62 olarak bulunmuştur (139).

3.3.7. Buss –Perry Agresyon Ölçeği (AÖ)

Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (129). Agresyon ölçeği, fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam 29 maddeden oluşan soruların her biri 5 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe'ye uyarlanan AÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması alkol ve madde bağımlısı hastalar ile yapılmıştır (140). Fiziksel agresyon 1-9, sözel agresyon 10-14, öfke 15-21 ve düşmanlık alt ölçeği ise 22-29. sorularla değerlendirilmiştir. 7 ve 18. Sorular ters puanlanacak maddelerdir ve 7. Soru ölçekten çıkarılmıştır. 28 madde ve 4 faktör çözümlü ölçeğin Türkçe şekli yatarak tedavi gören erkek alkol/madde bağımlılarında orijinal ölçekle uyumlu bulunmuştur. İç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) Faktör 1 "Fiziksel Agresyon" için 0.89, Faktör 2

“Hostilite” için 0.84, Faktör 3 için 0.82, Faktör 4 için 0.59 ve AÖ toplam puanı için 0.93 idi. Her madde için madde-alt ölçek korelasyon değerleri 0.59 ile 0.79 arasında, düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri ise 0.25 ile 0.75 arasındaydı. Test-tekrar test korelasyon değerleri Faktör 1 için 0.80, Faktör 2 için 0.77, Faktör 3 için 0.78, Faktör 4 için 0.54 ve AÖ toplam puanı için 0.84 olarak bulunmuştur (140).

3.3.8. İstatistiksel Analiz

Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov test incelenmiş, grup karşılaştırmaları verilerin dağılım şekline bağlı olarak Independent samples t test veya Mann-Whitney U test ile yapılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Pearson ki-kare veya Fisher-Freeman-Halton test kullanılmış, anlamlı farklılık gösteren alt gruplar Bonferroni düzeltmeli post hoc test ile belirlenmiştir. Sürekli değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler SPSS v.22 paket programı ile yapılmış ve anlamlılık düzeyi $<0,05$ olarak dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada AKB tanısı alan 72 kişilik AKB grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 71 kişilik sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması AKB grubunda $44,06 \pm 9,71$ iken, kontrol grubunda $44,42 \pm 9,57$ 'dir.

AKB grubundaki 72 kişinin 6'sı (%8,3) kadın, 66'sı (%91,7) erkek, kontrol grubundaki 71 kişinin 6'sı (%8,5) kadın, 65'i (%91,5) erkekti.

Eğitim düzeyi AKB grubunda 27 ilkokul, 12 ortaokul, 28 lise, 3 üniversite, 2 yüksek lisans mezunu, kontrol grubunda da benzer şekilde 27 ilkokul, 12 ortaokul, 27 lise, 3 üniversite, 2 yüksek lisans mezunu vardı. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Medeni durum açısından karşılaştırıldığında AKB grubunda hem bekar (%23,6 ile %5,6) hem de ayrılmış olmak (%12,5 ile %4,2) oranlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$). Kontrol grubunda evli olmak alkol grubuna göre (%90,1 ile %63,9) anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$).

Meslek grupları açısından AKB grubunda kontrol grubuna göre esnaf olma (%31,9 ile %12,7), çalışmıyor olma (%19,4 ile %4,2) ve diğer (%9,7 ile %0,0) oranları anlamlı şekilde yüksek iken, kontrol grubunda AKB grubuna göre memur (%19,7 ile %6,9) ve işçi (%46,5 ile %16,7) oranları anlamlı şekilde yüksek görüldü ($p<0,001$). Diğer meslek grubundaki 7 kişinin 3'ü şoför, 3'ü çiftçi, 1'i de rehber olarak çalışmaktaydı. Emekli olma arasında anlamlı fark saptanmadı.

Yaşadığı yer açısından kontrol grubunda AKB grubuna göre il merkezinde yaşamak (%67,6 ile %43,1) anlamlı şekilde yüksek saptanırken, AKB grubunda ilçede yaşamak (%37,5 ile %18,3) anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p=0,01$).

Bireyin aylık gelir algısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Kardeş sayısı kontrol grubunda (medyan 4 ile 3) anlamlı şekilde yüksek saptandı (p=0,38)

Gruplar arasında anne eğitim düzeyi açısından anlamlı fark saptanmazken, AKB grubunda babanın eğitim almış olması (%87,5 ile %67,6) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek saptandı (p=0,015). Anne eğitim süresi AKB grubunda 5,91±2,56 iken kontrol grubunda 6,13±2,91 bulundu. Baba eğitim süresi alkol grubunda 6,63±2,99, kontrol grubunda 6,75±3,03 olarak bulundu. Hem anne eğitim süresi (p=0,984) hem de baba eğitim süresi (p=895) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
Yaş, ort±SS	44,06±9,71	44,42±9,57	0,820
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	6 (8,3)	6 (8,5)	0,980
Erkek	66 (91,7)	65 (91,5)	
Medeni durum, n(%)			
Evli	46 (63,9) ^a	64 (90,1) ^b	0,001
Bekar	17 (23,6) ^a	4 (5,6) ^b	
Ayrılmış	9 (12,5) ^a	3 (4,2) ^b	
Eğitim, n(%)			
İlkokul	27 (37,5)	27 (38,0)	0,949
Ortaokul	12 (16,7)	12 (16,9)	
Lise	28 (38,9)	27 (38,0)	
Üniversite	3 (4,2)	3 (4,2)	
Yüksek lisans	2 (2,8)	2 (2,8)	

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Tablo 4 devam. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
Meslek, n(%)			
Memur	5 (6,9) ^a	14 (19,7) ^b	<0,001
İşçi	12 (16,7) ^a	33 (46,5) ^b	
Esnaf	23 (31,9) ^a	9 (12,7) ^b	
Emekli	11 (15,3) ^a	12 (16,9) ^a	
Çalışmıyor	14 (19,4) ^a	3 (4,2) ^b	
Diğer	7 (9,7) ^a	0 (0,0) ^b	
Yaşadığı yer, n(%)			
İl	31 (43,1) ^a	48 (67,6) ^b	0,010
İlçe	27 (37,5) ^a	13 (18,3) ^b	
Köy	14 (19,4) ^a	10 (14,1) ^a	
Aylık gelir algısı, n(%)			
Kötü	15 (20,8)	6 (8,5)	0,097
Orta	42 (58,3)	45 (63,4)	
İyi	15 (20,8)	20 (28,2)	
Kardeş sayısı, med (min-max)	3 (1-10)	4 (1-12)	0,038
Anne eğitim düzeyi, n(%)			
Okuryazar değil	22 (30,6)	25 (35,2)	0,755
Okuryazar	6 (8,3)	7 (9,9)	
Eğitim almış	44 (61,1)	39 (54,9)	
Anne eğitim süresi (n=44 vs n=39)	5,91±2,56 5 (5-15)	6,13±2,91 5 (4-17)	0,984
Baba eğitim düzeyi, n(%)			
Okuryazar değil	6 (8,3) ^a	17 (23,9) ^b	0,015
Okuryazar	3 (4,2) ^a	6 (8,5) ^a	
Eğitim almış	63 (87,5) ^a	48 (67,6) ^b	
Baba eğitim süresi (n=63 vs n=48)	6,63±2,99 5 (5-17)	6,75±3,03 5 (4-17)	0,895

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Alkole başlama yaş ortalaması $17,86 \pm 5,18$ yaş olarak bulundu. İlk alkol kullanımının 6 yaşındayken olduğunu belirten 1 kişi tespit edildi. Alkol kullanım süresinin ortalama $23,92 \pm 10,25$ yıl olduğu bulundu. Alkol kullanım miktarının haftalık ortalama $57,57 \pm 37,79$ standart içki olduğu görüldü.

Tablo 5. Alkol kullanımının klinik özellikleri

	AKB (n=72) (ort $\pm$ SS) Med (min-max)	Kontrol (n=71)	P
Alkole başlama yaşı	$17,86 \pm 5,18$ 17 (6-35)	---	---
Alkol kullanım süresi (yıl)	$23,92 \pm 10,25$ 25 (4-46)	---	---
Alkol kullanım miktarı (standart içki/hafta)	$57,57 \pm 37,79$ 50 (4-150)	---	---

Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ Standart sapma, med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

AKB grubunda sigara kullanımının (%94,4 ile %40,8) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p < 0,001$). AKB grubundaki sigara kullanan 68 kişinin ortalama sigara kullanım miktarı $36,15 \pm 18,98$ paket/yıl iken, kontrol grubundaki sigara kullanan 29 kişinin ortalama sigara kullanım miktarı $25,00 \pm 14,61$ paket/yıl olarak bulundu ve AKB grubunda sigara kullanım miktarı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p = 0,007$). AKB grubunda madde kullanımının (%9,7 ile %0,0) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p = 0,013$). Alkol grubundaki madde kullanan 7 kişinin ortalama madde kullanım süresi $15,57 \pm 13,09$ ay olarak bulundu.

Tablo 6. Grupların sigara ve madde kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
Sigara kullanımı, n(%)	68 (94,4)	29 (40,8)	<0,001
Sigara miktarı (paket/yıl) (n=68 vs n=29), (ort±SS)	36,15±18,98	25,00±14,61	0,007
Madde kullanımı, n(%)	7 (9,7)	0 (0,0)	0,013
Madde kullanım süresi (ay) (n=7 vs n=0), (ort±SS)	15,57±13,09	---	---

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, n: kişi sayısı, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi

Madde kullanan 7 kişinin tamamı esrar kullanıyordu. Bunların 4'ü sadece esrar kullanıyorken, 2'si esrara ek olarak ecstasy, 1'i esrara ek olarak kokain de kullanıyordu. Sentetik kannabinoid kullanımı ise esrar ve ecstasy eşliğinde 1 kişide görüldü.

Tablo 7. Madde kullanımı olan katılımcıların madde türüne göre dağılımı

Madde türü	AKB (n=7)
Esrar	4
esrar, ecstasy	1
esrar, kokain	1
esrar, s. kannabinoid, ecstasy	1

s. kannabinoid: sentetik kannabinoid, n: kişi sayısı

AKB grubunda intihar girişim öyküsünün (%26,4 ile %1,4) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). AKB grubunda intihar girişim

öyküsü bulunan 19 kişinin minimum intihar sayısı 1 iken, maximum intihar sayısı 8 olarak bulundu. En çok denenen intihar yöntemi ilaç içimi olarak bulundu. Grupların intihar girişim özellikleri ve yöntemleri Tablo 8 ve Tablo 9’de verilmiştir.

Tablo 8. Grupların intihar girişimi özelliklerine göre karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
İntihar girişim öyküsü, n(%)	19 (26,4)	1 (1,4)	<0,001
İntihar sayısı (n=19 vs n=1), med (min-max)	1 (1-8)	1	---

med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Tablo 9. İntihar girişimi olan katılımcıların intihar girişim yöntemlerine göre karşılaştırılması

İntihar yöntemi	AKB (n=19)	Kontrol (n=1)
İlaç içimi	11	1
Ası	4	0
Bilek kesisi	2	0
Kimyasal içimi	1	0
Silah	1	0
Yüksekten atlama	4	0
Hızlı araç kullanımı	2	0

n: kişi sayısı

AKB grubunda hem psikiyatrik ek tanı (%23,6 ile %0,0) hem de psikiyatrik yatış öyküsü (%37,5 ile %0,0) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek görüldü ($p<0,001$). En sık psikiyatrik ek tanı Duygudurum Bozuklukları olarak bulundu. 3 kişide Bipolar Bozukluk saptanırken, 7 kişide Majör Depresif Bozukluk saptandı. 5 kişide Anksiyete Bozukluğu, 2 kişide Kişilik Bozukluğu saptandı.

Tablo 10. Grupların psikiyatrik ek tanı, psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısının karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
Psikiyatrik ek tanı, n(%)	17 (23,6)	0 (0,0)	<0,001
Psikiyatrik yatış öyküsü, n(%)	27 (37,5)	0 (0,0)	<0,001
Psikiyatrik yatış sayısı (n=27 vs n=0) Med (min-max)	1 (1-7)	---	---

med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Tablo 11. Psikiyatrik ek tanı olan katılımcıların tanı türüne göre dağılımı

Psikiyatrik Ek Tanı	AKB (n=17)
Duygudurum Bozukluğu (Bipolar Bozukluk) (Majör Depresif Bozukluk)	10 (3) (7)
Anksiyete Bozukluğu	5
Kişilik Bozukluğu	2

n: kişi sayısı

AKB grubunda adli sorun yaşama (%48,6 ile %5,6) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$). Adli sorun yaşama sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken, yaşanan maximum adli sorun sayısı AKB grubunda 10 iken kontrol grubunda 2 olarak saptandı.

Tablo 12. Grupların adli sorun özelliklerinin karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	P
Adli sorun yaşama, n(%)	35 (48,6)	4 (5,6)	<0,001
Adli sorun sayısı (n=35 vs n=4) Med (min-max)	1 (1-10)	1 (1-2)	0,426

med: medyan, min: Minimum değer, max: Maximum değer, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

AKB grubunda hem ailede alkol kullanımı (%51,4; %16,9; $p<0,001$), hem de ailede madde kullanımı (%5,6; %0,0; $p=0,044$) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. AKB grubunda ailede alkol kullanımı olduğu saptanan 37 kişinin, 22'sinde babanın alkol kullanımı, 9'unda da abide alkol kullanımı olduğu bulundu. Kontrol grubunda ise 3 kişinin kardeşinde, 2 kişinin babasında alkol kullanımı olduğu bulundu.

Tablo 13. Grupların ailelerinde alkol ve madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
Ailede alkol kullanımı, n(%)	37 (51,4)	12 (16,9)	<0,001
Ailede madde kullanımı, n(%)	4 (5,6)	0 (0,0)	0,044

p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

4.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

AKB grubunda katılımcıların AKBTT puanı ortalama $26,44\pm 7,25$ olarak bulundu. AKBTT'de önerilen kesme puanı 8 olarak belirlenirken, Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasının AKB olan grupta yapılması nedeniyle kesme puanı

belirlenememiştir (131). AKB grubunda 8 puanının altı olarak belirlenen risk düzeyi 1’de hasta bulunmadığı, katılımcıların %82,0’nının risk düzeyinin 4 olduğu görüldü.

AKB grubunda üstbiliş ölçeğinin olumlu inançlar ($p=0,042$), kontrol edilmezlik ve tehlike ($p<0,001$), bilişsel güven ($p<0,001$), düşünceleri kontrol ihtiyacı ($p<0,001$) ve toplam puan ($p<0,001$) alt ölçekleri puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Bilişsel farkındalık alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,106$).

Bilinçli farkındalık ölçeği puanları kontrol grubunda AKB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p=0,002$).

Stresli durumlarla başa çıkmada kontrol grubunda çözüme dönük başa çıkma puanları ($p=0,047$) anlamlı şekilde yüksek bulunurken, AKB grubunda duygusal başa çıkma ($p<0,001$) ve kaçınmacı başa çıkma ($p=0,018$) puanları anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Sürekli öfke-öfke ifade tarzı ölçeğinden alınan puanlara göre AKB grubunda sürekli öfke ($p<0,001$), öfke dışı ($p=0,001$) ve öfke içte ($p=0,001$) puanları anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunurken, kontrol grubunda öfke kontrol ($p=0,014$) puanları anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Buss-Perry Agresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre AKB grubunda fiziksel agresyon ($p=0,003$), öfke ($p<0,001$), düşmanlık ($p<0,001$) ve toplam ($p<0,001$) puanları anlamlı şekilde yüksek bulundu. Sözel agresyon puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,311$).

Tablo 14. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
AKBTT-puan, (ort±SS)	26,44±7,25	---	---
AKBTT-risk düzeyi, n(%)			
1			
2	7 (9,7)	---	---
3	6 (8,3)		
4	59 (82,0)		
ÜBÖ-30-olumlu inançlar, (ort±SS)	13,88±4,90	12,28±4,38	0,042
ÜBÖ-30-kontrol edilmezlik ve tehlike, (ort±SS)	15,18±4,04	12,11±3,65	<0,001
ÜBÖ-30-bilişsel güven, (ort±SS)	12,79±4,60	10,10±2,95	<0,001
ÜBÖ-30-düşünceleri kontrol ihtiyacı, (ort±SS)	13,96±5,27	10,08±3,18	<0,001
ÜBÖ-30-bilişsel farkındalık, (ort±SS)	15,67±4,27	14,51±4,26	0,106
ÜBÖ-30-toplam, (ort±SS)	71,47±16,21	59,08±13,08	<0,001
BİFÖ, (ort±SS)	55,46±14,73	63,30±14,66	0,002
SDBÇE-21-çözüm döngü, (ort±SS)	23,21±7,06	25,51±6,68	0,047
SDBÇE-21-duygusal, (ort±SS)	22,72±6,52	17,80±5,63	<0,001
SDBÇE-21-kaçınmacı, (ort±SS)	22,13±6,01	19,55±6,84	0,018

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, n: kişi sayısı, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi

Tablo 14 devam. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	AKB (n=72)	Kontrol (n=71)	p
SÖ-ÖİTÖ-sürekli öfke, (ort±SS)	23,10±6,61	19,04±5,57	<0,001
SÖ-ÖİTÖ-öfke kontrol, (ort±SS)	20,74±5,19	22,94±5,40	0,014
SÖ-ÖİTÖ-öfke dışa,(ort±SS)	17,50±4,91	14,89±4,33	0,001
SÖ-ÖİTÖ-öfke içte,(ort±SS)	18,57±4,42	16,38±3,43	0,001
AÖ-fiziksel agresyon, (ort±SS)	11,58±7,66	8,27±5,33	0,003
AÖ-sözel agresyon, (ort±SS)	8,67±4,28	7,97±3,87	0,311
AÖ-öfke, (ort±SS)	11,85±6,18	7,66±5,40	<0,001
AÖ-düşmanlık, (ort±SS)	14,82±7,00	9,61±5,93	<0,001
AÖ-toplam, (ort±SS)	46,92±20,85	33,51±15,80	<0,001

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, n: kişi sayısı, p: istatistiksel anlamlılık düzeyi

4.3. AKB Grubunda AKBTT Puanı İle Diğer Ölçeklerin Korelasyonu

AKBTT puanı ile ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r=0,340$; $p=0,003$), SDBÇE-21 kaçınmacı başa çıkma ($r=0,253$; $p=0,32$), SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke ($r=0,301$; $p=0,010$), AÖ düşmanlık ($r=0,328$; $p=0,005$) ve AÖ toplam ($r=0,236$; $p=0,046$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu görüldü.

Tablo 15. AKBTT puanı ile diğer ölçeklerin korelasyonu

		AKBTT-puan			AKBTT-puan
ÜBÖ-30-olumlu inançlar	r	0,112	SÖ-ÖİTÖ-sürekli öfke	r	0,301
	p	0,348		p	0,010
ÜBÖ-30-kontrol edilmezlik ve tehlike	r	0,046	SÖ-ÖİTÖ-öfke kontrol	r	-0,157
	p	0,702		p	0,189
ÜBÖ-30-bilişsel güven	r	0,097	SÖ-ÖİTÖ-öfke dışı	r	0,088
	p	0,416		p	0,463
ÜBÖ-30-düşünceleri kontrol ihtiyacı	r	0,340	SÖ-ÖİTÖ-öfke içte	r	0,061
	p	0,003		p	0,614
ÜBÖ-30-bilişsel farkındalık	r	0,074	AÖ-fiziksel agresyon	r	0,191
	p	0,536		p	0,107
ÜBÖ-30- toplam	r	0,203	AÖ-sözel agresyon	r	0,127
	p	0,087		p	0,288
BİFÖ	r	-0,119	AÖ-öfke	r	0,100
	p	0,321		p	0,402
SDBÇE-21-çözümüne dönük	r	-0,158	AÖ-düşmanlık	r	0,328
	p	0,185		p	0,005
SDBÇE-21-duygusal	r	0,152	AÖ-toplam	r	0,236
	p	0,203		p	0,046
SDBÇE-21-kaçınmacı	r	0,253			
	p	0,032			

p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, r: korelasyon katsayısı

4.4. Üstbiliş Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu

AKB grubunda ÜBÖ-30'un olumlu inançlar puanının SDBÇE-21 çözüme dönük başa çıkma ($r=0,383$; $p=0,001$), duygusal başa çıkma ($r=0,479$; $p<0,001$), kaçınmacı başa çıkma ($r=0,268$; $p=0,023$) ve SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,289$; $p=0,014$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Benzer şekilde kontrol grubunda da ÜBÖ-30'un olumlu inançlar puanının SDBÇE çözüme dönük başa çıkma ($r=0,428$; $p<0,001$), duygusal başa çıkma ($r=0,367$; $p<0,002$),

kaçınmacı başa çıkma ($r=0,235$; $p=0,049$) ve SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,246$; $p=0,039$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği alkol grubuna ek olarak AÖ düşmanlık ($r=0,327$; $p=0,005$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

AKB grubunda ÜBÖ-30'un kontrol edilmezlik ve tehlike puanının SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,356$; $p=0,002$), SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke ($r=0,235$; $p=0,047$), öfke içte ($r=0,233$; $p=0,049$), AÖ öfke ($r=0,256$; $p=0,030$), düşmanlık ($r=0,282$; $p=0,016$), toplam puan ($r=0,300$; $p=0,010$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ÜBÖ-30'un kontrol edilmezlik ve tehlike puanının SDBÇE-21 ölçeği çözüme dönük başa çıkma ($r=0,525$; $p<0,001$) ile orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği, SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,434$; $p<0,001$), kaçınmacı başa çıkma ($r=0,337$; $p=0,004$) ve SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,321$; $p=0,006$), AÖ düşmanlık ($r=0,323$; $p=0,006$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

AKB grubunda ÜBÖ-30'un bilişsel güven puanının SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,338$; $p=0,004$), SÖ-ÖİTÖ ölçeğinin sürekli öfke ($r=0,446$; $p<0,001$), öfke dışı ($r=0,286$; $p=0,015$), öfke içte ($r=0,413$; $p<0,001$), AÖ öfke ($r=0,308$; $p=0,008$), düşmanlık ($r=0,384$; $p=0,001$), toplam puan ($r=0,308$; $p=0,008$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ÜBÖ-30'un bilişsel güven puanının BİFÖ ($r=-0,390$; $p=0,001$) ile zayıf düzede ve negatif yönlü korelasyon gösterdiği, SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,313$; $p=0,008$), AÖ düşmanlık ($r=0,281$; $p=0,018$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

AKB grubunda ÜBÖ-30'un düşünceleri kontrol ihtiyacı puanının BİFÖ ($r=-0,310$; $p=0,008$) ile zayıf düzeyde ve negatif yönlü korelasyon gösterdiği, **SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,476$; $p<0,001$)**, **SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke ($r=0,558$; $p<0,001$)**, **öfke dışı ($r=0,430$; $p<0,001$)**, **öfke içte ($r=0,476$; $p<0,001$)**, **AÖ fiziksel agresyon ($r=0,471$; $p<0,001$)**, **öfke ($r=0,420$; $p<0,001$)**, **düşmanlık ($r=0,572$; $p<0,001$)**, **toplam puan ($r=0,553$; $p<0,001$) ile orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği**, AÖ sözel agresyon ($r=0,308$; $p=0,008$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ÜBÖ-30'un

düşünceleri kontrol ihtiyacı puanının BİFÖ ($r=-0,270$; $p=0,023$) ile zayıf düzeyde ve negatif yönlü korelasyon gösterdiği, SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,365$; $p=0,002$), SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke ($r=0,275$; $p=0,020$), öfke içte ($r=0,331$; $p=0,005$), AÖ öfke ($r=0,292$; $p=0,013$), düşmanlık ($r=0,395$; $p=0,001$), toplam puan ($r=0,341$; $p=0,004$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

AKB grubunda ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık puanının SDBÇE-21 çözüme dönük başa çıkma ($r=0,404$; $p<0,001$), duygusal başa çıkma ($r=0,450$; $p<0,001$), kaçınmacı başa çıkma ($r=0,234$; $p=0,048$), SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,317$; $p=0,007$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda **ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık puanının SDBÇE-21 çözüme dönük başa çıkma ($r=0,628$; $p<0,001$) ile güçlü ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği**, SDBÇE kaçınmacı başa çıkma ($r=0,447$; $p<0,001$), SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,385$; $p<0,001$), AÖ sözel agresyon ($r=0,369$; $p=0,002$), düşmanlık ($r=0,420$; $p<0,001$), toplam puan ($r=0,319$; $p=0,007$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

AKB grubunda ÜBÖ-30'un toplam puanının **SDBÇE-21 duygusal başa çıkma ($r=0,603$; $p<0,001$) ile orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği**, SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke ($r=0,397$; $p=0,001$), öfke içte ($r=0,298$; $p=0,011$), AÖ fiziksel agresyon ($r=0,258$; $p=0,029$), öfke ($r=0,285$; $p=0,015$), düşmanlık ($r=0,436$; $p<0,001$), toplam puan ($r=0,370$; $p<0,001$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ÜBÖ-30'un toplam puanının **SDBÇE-21 çözüme dönük başa çıkma ($r=0,537$; $p<0,001$), duygusal başa çıkma ($r=0,465$; $p<0,001$), AÖ düşmanlık ($r=0,496$; $p<0,001$) ile orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği**, SDBÇE-21 kaçınmacı başa çıkma ($r=0,358$; $p=0,002$), SÖ-ÖİTÖ öfke kontrol ($r=0,241$; $p=0,043$), öfke içte ($r=0,265$; $p=0,026$), AÖ sözel agresyon ($r=0,319$; $p=0,007$), toplam puan ($r=0,355$; $p=0,002$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 16. AKB grubunda ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

		ÜBÖ-30- olumlu inançlar	ÜBÖ-30- kontrol edilmezlik ve tehlike	ÜBÖ-30- bilişsel güven	ÜBÖ-30- düşünceleri kontrol ihtiyacı	ÜBÖ-30- bilişsel farkındalık	ÜBÖ- 30- toplam
BİFÖ	r	-0,014	-0,040	-0,229	-0,310	0,067	-0,163
	p	0,908	0,740	0,053	0,008	0,579	0,173
SDBÇE-21- çözüme dönük	r	0,383	0,102	-0,049	-0,137	0,404	0,189
	p	0,001	0,392	0,681	0,250	<0,001	0,112
SDBÇE-21- duygusal	r	0,479	0,356	0,338	0,476	0,450	0,603
	p	<0,001	0,002	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
SDBÇE-21- kaçıncı	r	0,268	0,037	-0,004	0,173	0,234	0,207
	p	0,023	0,759	0,973	0,146	0,048	0,081
SÖ-ÖİTÖ- sürekli öfke	r	0,024	0,235	0,446	0,558	0,088	0,397
	p	0,840	0,047	<0,001	<0,001	0,462	0,001
SÖ-ÖİTÖ- öfke kontrol	r	0,289	0,057	-0,089	-0,148	0,317	0,112
	p	0,014	0,632	0,457	0,216	0,007	0,350
SÖ-ÖİTÖ- öfke dışı	r	-0,173	0,174	0,286	0,430	-0,145	0,174
	p	0,145	0,143	0,015	<0,001	0,226	0,144
SÖ-ÖİTÖ- öfke içte	r	-0,086	0,233	0,413	0,476	-0,023	0,298
	p	0,474	0,049	<0,001	<0,001	0,845	0,011
AÖ- fiziksel agresyon	r	-0,074	0,225	0,197	0,471	0,060	0,258
	p	0,538	0,058	0,098	<0,001	0,620	0,029
AÖ-sözel agresyon	r	-0,015	0,227	0,078	0,308	0,154	0,215
	p	0,902	0,055	0,515	0,008	0,196	0,070
AÖ-öfke	r	-0,068	0,256	0,308	0,420	0,067	0,285
	p	0,570	0,030	0,008	<0,001	0,573	0,015
AÖ-düşmanlık	r	0,131	0,282	0,384	0,572	0,118	0,436
	p	0,271	0,016	0,001	<0,001	0,323	<0,001
AÖ-toplam	r	-0,006	0,300	0,308	0,553	0,113	0,370
	p	0,959	0,010	0,008	<0,001	0,344	0,001

p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, r: korelasyon katsayısı

Tablo 17. Kontrol grubunda ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

		ÜBÖ-30- olumlu inançlar	ÜBÖ-30- kontrol edilmezlik ve tehlike	ÜBÖ-30- bilişsel güven	ÜBÖ-30- düşünceleri kontrol ihtiyacı	ÜBÖ-30- bilişsel farkındalık	ÜBÖ-30- toplam
BİFÖ_puan	r	-0,136	-0,023	-0,390	-0,270	0,092	-0,176
	p	0,259	0,849	0,001	0,023	0,444	0,143
SDBÇE-21- çözümüne dönük	r	0,428	0,525	-0,036	0,210	0,628	0,537
	p	<0,001	<0,001	0,766	0,078	<0,001	<0,001
SDBÇE-21- duygusal	r	0,367	0,434	0,313	0,365	0,189	0,465
	p	0,002	<0,001	0,008	0,002	0,114	<0,001
SDBÇE-21- kaçınmacı	r	0,235	0,337	-0,072	0,230	0,447	0,358
	p	0,049	0,004	0,550	0,054	<0,001	0,002
SÖ-ÖİTÖ- sürekli öfke	r	0,011	0,106	0,180	0,275	0,027	0,150
	p	0,930	0,380	0,132	0,020	0,821	0,213
SÖ-ÖİTÖ-öfke kontrol	r	0,246	0,321	-0,090	-0,149	0,385	0,241
	p	0,039	0,006	0,455	0,216	0,001	0,043
SÖ-ÖİTÖ-öfke dışa	r	-0,065	-0,023	0,095	0,224	-0,053	0,030
	p	0,592	0,851	0,432	0,061	0,658	0,801
SÖ-ÖİTÖ-öfke içte	r	0,139	0,196	0,232	0,331	0,094	0,265
	p	0,246	0,101	0,052	0,005	0,435	0,026
AÖ- fiziksel agresyon	r	0,017	0,127	0,063	0,148	0,142	0,137
	p	0,888	0,291	0,603	0,219	0,238	0,253
AÖ- sözel agresyon	r	0,217	0,225	0,094	0,176	0,369	0,319
	p	0,069	0,060	0,436	0,141	0,002	0,007
AÖ- öfke	r	-0,007	-0,028	0,202	0,292	0,068	0,129
	p	0,955	0,814	0,091	0,013	0,575	0,285
AÖ-düşmanlık	r	0,327	0,323	0,281	0,395	0,420	0,496
	p	0,005	0,006	0,018	0,001	<0,001	<0,001
AÖ-toplam	r	0,179	0,209	0,219	0,341	0,319	0,355
	p	0,135	0,080	0,067	0,004	0,007	0,002

p: istatistiksel anlamlılık düzeyi, r: korelasyon katsayısı

4.4.1. Gruplardaki ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılması

Gruplardaki üstbilgi ölçeğinin diğer ölçeklerle korelasyonu araştırılmış olup, gruplarda elde edilen korelasyon katsayılarının karşılaştırılması Tablo 18’te verilmiştir.

ÜBÖ-30 kontrol edilmezlik ve tehlike ile SDBÇE-21 çözüme dönük puanları arasında AKB grubunda anlamlı bir korelasyon yokken kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının kontrol grubunda AKB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($z=-2,814$; $p=0,005$).

ÜBÖ-30 toplam puanı ile SDBÇE-21 çözüme dönük puanları arasında AKB grubunda anlamlı bir korelasyon yokken kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının kontrol grubunda AKB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($z=-2,391$; $p=0,017$).

ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ile SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke puanları arasında hem AKB grubunda hem de kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon bulunduğu ayrıca gruplar arasındaki korelasyon katsayısının AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($z=2,035$; $p=0,042$).

ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ile fiziksel agresyon puanları arasında kontrol grubunda anlamlı bir korelasyon yokken AKB grubunda orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayısının AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p=0,034$; $z=2,120$).

Tablo 18. Gruplardaki ÜBÖ-30 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılması

		ÜBÖ-30- olumlu inançlar	ÜBÖ-30- kontrol edilmezlik ve tehlike	ÜBÖ-30- bilişsel güven	ÜBÖ-30- düşünceleri kontrol ihtiyacı	ÜBÖ-30- bilişsel farkındalık	ÜBÖ-30- toplam
BİFÖ_puan	Z	-0,719	0,099	-1,050	0,256	-0,147	-0,078
	p	0,472	0,921	0,296	0,798	0,883	0,938
SDBÇE-21- çözümüne dönük	Z	-0,315	-2,814	0,076	-0,441	-1,812	-2,391
	p	0,753	0,005	0,939	0,659	0,070	0,017
SDBÇE-21- duygusal	Z	0,800	-0,541	0,164	0,791	1,717	1,136
	p	0,424	0,588	0,870	0,429	0,086	0,256
SDBÇE-21- kaçınmacı	Z	0,206	-1,836	-0,399	-0,348	-1,419	-0,963
	p	0,837	0,066	0,690	0,728	0,156	0,336
SÖ-ÖİTÖ- sürekli öfke	Z	0,076	0,779	1,742	2,035	0,358	1,574
	p	0,939	0,436	0,082	0,042	0,720	0,116
SÖ-ÖİTÖ-öfke kontrol	Z	0,271	-1,614	-0,006	-0,006	-0,454	-0,781
	p	0,786	0,107	0,995	0,995	0,650	0,435
SÖ-ÖİTÖ-öfke dışa	Z	0,642	0,894	1,164	1,358	0,544	0,853
	p	0,521	0,371	0,244	0,175	0,586	0,394
SÖ-ÖİTÖ-öfke içte	Z	-0,314	0,227	1,188	1,017	-0,417	0,210
	p	0,753	0,820	0,235	0,309	0,677	0,834
AÖ-fiziksel agresyon	Z	0,334	0,592	0,799	2,120	-0,485	0,738
	p	0,738	0,554	0,424	0,034	0,628	0,461
AÖ-sözel agresyon	Z	-1,203	0,012	-0,094	0,822	-1,358	-0,656
	p	0,229	0,990	0,925	0,411	0,175	0,512
AÖ-öfke	Z	0,358	1,368	0,664	0,860	-0,006	0,956
	p	0,721	0,171	0,507	0,390	0,995	0,339
AÖ- düşmanlık	Z	-1,216	-0,264	0,679	1,362	-1,926	-0,449
	p	0,224	0,792	0,497	0,173	0,054	0,654
AÖ-toplam	Z	-1,024	0,570	0,560	1,565	-1,270	0,101
	p	0,306	0,569	0,575	0,118	0,204	0,920

Z: test istatistiği değeri, p: istatistiksel anlamlılık değeri

5. TARTIŞMA

Bu çalışma AKB tanısı alan 72 hasta ile psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 71 sağlıklı kontrol arasında yapılmıştır. Çalışmamızda grupların üstbiliş, bilinçli farkındalık, stresli durumlarla başa çıkma, öfke ve agresyon özellikleri incelenmiş olup, gruplar arasında üstbilişin diğer ölçeklerle ilişkisi araştırılmıştır.

5.1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması AKB grubunda yaklaşık 44 olarak bulunmuştur. Literatürde alkolle ilgili tedavi başvurularının 40'lı yaşlarda olduğu çalışmamızda da görülmektedir (2).

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında AKB grubundaki hastaların %8,3'ü kadın iken, %91,7'si erkekti. Erkek/kadın oranı çalışmamızda 11/1 olarak bulunmuştur. Alkol ve madde bağımlılığıyla ilgili yapılan çalışmalarda bu oranın Türkiye'nin yöresel özelliklerine göre değişebileceği düşünülmekle birlikte farklı çalışmalarda 30/1, 8/1, 11/1 oranları bildirilmiştir (141-143). Alkol kullanımının son zamanlarda kadınlarda yaygınlığı artmakla birlikte, Türkiye'de alkol kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir (43). Çalışmamızda saptadığımız bulgular da bu veriyi destekler niteliktedir.

AKB grubunda bekar ve ayrılmış olma, kontrol grubunda ise evli olma anlamlı şekilde yüksek bulunmuş olup literatürde de bekar olmanın alkol bağımlılığı açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (144).

Meslek grupları açısından bakıldığında AKB grubunda esnaf olma, çalışmama ve diğer (çiftçi, şoför ve rehber olma), kontrol grubunda da memur ve işçi olma anlamlı şekilde yüksek saptandı. Alkol bağımlılarında işsiz olmanın önemli bir etken olduğu bilinmektedir (144). Ancak çalışmamızda işsizliğe ek olarak AKB grubunda esnafılık, çiftçilik ve şoförlük mesleklerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum kişide düzenli sosyal güvencenin olmamasının alkol kullanımını kolaylaştırabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Alkole başlama yaşı ortalama 18 olarak bulunmuştur, bulgumuz alkole başlamanın en çok 15-22 yaş arasında olduğunu bildiren literatürle uyumlu görünmektedir (2). Çalışmamızda ilk alkol kullanımının 6 yaşındayken olduğunu belirten 1 kişi tespit edilmiştir.

Alkol kullanım süresinin ortalama 24 yıl olması ve alkol kullanım miktarının haftalık ortalama 58 standart içki olması, AKB'nun kronik seyirli bir hastalık olduğunu ve hastaların tolerans gelişimi ile yüksek miktarda alkol alabildiklerini göstermektedir.

AKB grubunda sigara kullanımı ve sigara kullanım miktarı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Literatürde de alkol bağımlılığı olan kişilerde topluma göre 3 kat daha fazla sigara kullanımının olduğu bildirilmektedir (145).

Madde Kullanım Bozukluğu tanısı dışlanarak seçilen AKB grubunda halen madde kullanımının yüksek olması ve tamamının esrar kullanması dikkat çekicidir. Bu durum en çok kullanılan maddenin esrar olması ancak tedavi başvurularının düşük olmasıyla ve esrarın daha masum olarak görüldüğü literatür bilgisiyle uyumlu niteliktedir (146).

Literatürle uyumlu şekilde çalışmamızda AKB grubunda intihar girişim öyküsü, psikiyatrik ek tanı ve psikiyatrik yatış öyküsü yüksek bulundu (8). En çok görülen intihar girişim yöntemi ilaç içimi iken, en sık ek tanı duygudurum bozuklukları olarak görüldü.

AKB grubunda adli sorun yaşama anlamlı şekilde yüksek bulundu. Alkol-madde bağımlılığı ile yasal sorun yaşama arasında güçlü bağ olduğu literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur (146).

AKB grubunda hem ailede alkol kullanımı hem de ailede madde kullanımı yüksek bulunmuştur. AKB gelişiminde genetik ve çevresel etkenlerin önemli olduğu çalışmamızdaki bulguyla da uyumlu görülmektedir (53, 78).

5.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

5.2.1. Grupların ÜBÖ-30 puanlarının karşılaştırılması

Biliş; doğuştan mevcut olan bir takım donanımlar ile bireyin edinimlerinin sonucu oluşan, muhakeme etme, algılama, bilgi edinme, dikkat, bellek, yargılama, düşünme, sorun çözme, karar verme ve mantık gibi zihinsel yetenekleri içeren kapsamlı bir terimken; üstbiliş bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren bilgi ve süreçler olarak tanımlanmıştır (134, 147, 148). Biliş zihinsel süreçleri kapsarken, üstbiliş zihinsel süreçler üzerine düşünmeyi işaret etmektedir (149). Üstbiliş de biliş gibi geliştirilebilir bir yeti olarak kabul edilmekte, küçük yaşlarda oluşmaya başlayarak bireyin büyüme ve gelişmesine paralel olarak geliştiği kabul edilmektedir. Özetle üstbiliş, kendi başına anlam kazanan bir terim olmayıp, biliş bağlamında anlamlandırılan ve aslında bilişin bir parçası olarak ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla üstbilişi içinden çıktığı düşünülen bilişten ayrı olarak, izole bir şekilde ele almak doğru değildir. Ayrıca üstbiliş; insanın kendisini ve çevresini tanıma yeteneği ve uyanık olma hali olan bilinç ile ilişki içindedir (148).

Kronik alkol kullanımının beyinde kortikal ve subkortikal yapılarda atrofiye neden olduğu böylece bilişsel sorunlara sebep olduğu bilinmektedir (9). Bilişsel fonksiyonların yanında alkol kullanımı ve üstbiliş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da yapılmaktadır.

Spada ve Wells AKB için önerdikleri modelde negatif duygudurumun düzenlenmesi amacıyla alkol kullanımının başladığını, alkol ile ilgili olumlu üstbilişsel inançların da alkol kullanımına katkı sağladığını göstermişlerdir (103). Başka bir modelde ise alkol kullanımı ile ilgili olumlu inançlar ve negatif emosyonların alkol kullanımını kolaylaştırdığı öne sürülmüştür (11).

Alkol kötüye kullanımında yapılan bir çalışmada olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışların alkol kullanımında etkin olduğu öne sürülmüş ve riskli durumlarda olumsuz üstbilişsel inanışların güçlenip alkol kullanımına yol açtığı belirtilmiştir (150). Yine başka bir çalışmada yüksek seviyede uyum bozucu üstbilişlere sahip kişilerin alkol kullanmaya daha yatkın olduğu saptanmıştır (151). Alkol kötüye kullanımı olan 502 genç kadın ile yapılan bir çalışmada ise üstbilişlerin alkol kullanımı

ile ilişkili olduğu ve özellikle alkol kullanımı ile ilgili pozitif inançlar alanında bu ilişkinin öne çıktığı gösterilmiştir (152).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak AKB grubunda üstbilişlerin kontrol grubundan anlamlı farklı olduğu ve bu farklılığın özellikle olumlu inançlar, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinde bulunduğu saptanmıştır. Bilişsel farkındalık alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde alkol kullanımı ve üstbiliş ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda üstbilişin bilişsel farkındalık alt ölçeğinde anlamlı fark saptanmamış ancak olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinin alkol kullanımıyla ilişkili ve anlamlı olduğu saptanmıştır (11, 102). Alkolün ileriye dönük bellek ve üstbiliş üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise üstbilişin tüm alt ölçeklerinin alkol kullanımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (147).

Eroin kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada ise üstbiliş ve stresle başa çıkma açısından kontrol grubuna göre anlamlı fark saptanmazken, üstbilişin eğitim ve yaş değişkeninden etkilendiği görülmüştür. Eğitim süresinin, stresle başa çıkma ve üstbiliş ile arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, eroin kullanımına başlama yaşı ve eğitim süresinin, işlevsel başa çıkma tarzları geliştirmek ve farkındalık açısından etkili olduğu saptanmıştır (104). Çalışmamızda bu veriler dikkate alınarak eğitim süresi ve yaş gruplar arasında benzer alınmış, üstbiliş ve stresle başa çıkmanın gruplar arasında eğitim ve yaş değerlerinden etkilenmesi önlenmeye çalışılmıştır.

Majör Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk hasta gruplarında yapılan çalışmada üstbiliş total skorları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş, hem Majör Depresif Bozukluk hem de Panik bozukluk hastalarında tüm alt boyutların puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olmakla birlikte Majör Depresif Bozukluk için kontrol edilmezlik ve tehlike ile bilişsel güven, Panik Bozukluk için ise kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanmıştır (106). Üstbilişin anksiyete ve depresyondan da etkilendiği bilinmekle birlikte çalışmamızda bu belirtilerin değerlendirilmesi yapılmadığı için bu konudaki karşılaştırma yetersiz kalmıştır yine de çalışmamızdaki bulgular literatürü desteklemekte olup, olumsuz düşüncelere yönelik esnek olmayan

ve tekrarlayıcı düşünce biçimlerinin AKB hastalarında yüksek olduğu ve üstbilişsel çarpıtmaların bu hasta grubunda önemli olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ayrıca bağımlılık şiddetiyle üstbiliş arasında korelasyon saptanmıştır. AKBTT puanı ile ÜBO-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde AKB’de üstbilişin araştırılmasının yanında bağımlılık şiddetinin üstbiliş ile ilişkisine dair çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızdaki AKBTT puanı ile ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmasının kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından doğacak sonuçlardan korkması ve cezalandırılacağı düşüncesine olan inancı arttıkça, bu düşünceyle baş edebilmek için daha fazla ve daha sık alkol kullanımına yönelmiş olabileceği, belirtileri daha yoğun yaşayabildikleri ve alkolden dolayı daha fazla sorun yaşayabildikleri düşünülmüştür.

5.2.2. Grupların BİFÖ Puanlarının karşılaştırılması

Bilinçli farkındalık; duygu regülasyonuna katkıda bulunan, güçlü bir takım duygular uyandığında da onları dengeye getiren, zihinsel süreçlere dair farkındalığı artıran, aynı zamanda şu anda neler olup bittiğini fark edebilmeyi ve dikkatin eğitilmesini sağlayan bir tekniktir (113). Duygulara dikkatini vererek onları tanımlamak, duygusal tepkileri azaltabilir ve duygusal dengeyi ve netliği arttırabilir (115). Bu görüşten yola çıkarak bilinçli farkındalık uygulamaları anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada ayrıca madde bağımlılığı tedavisinde de kullanılmaktadır (111, 116). Madde kullanımı olan kişilerde ani tepkiler, saldırgan ve asi davranışlar, kolay heyecanlanma, içe dönük yaşama, çeşitli davranış problemleri olduğu gözlenmektedir. Kişide yaşanan bu olumsuz değişimlerin önüne geçilmesi için bilinçli farkındalık uygulamalarının yapılmasının büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir (12). Türkiye’de farkındalık ve bağımlılık ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar az sayıda iken, çalışmaların farkındalık terapisinin bağımlılık tedavisinde kullanımı üzerine yoğunlaştığını görmekteyiz.

Literatürdeki AKB’ de bakılan bilinçli farkındalıkla ilgili sonuçlar birbirinden farklılık göstermektedir. 2014’te bağımlı olan ve olmayan grupta farkındalığı araştıran bir çalışmada her iki grup arasında bilinçli farkındalık açısından fark saptanmamıştır

ancak grupların eğitim ve cinsiyet açısından farklarının sonucu etkilediği düşünülmüştür (102). Üniversite öğrencilerinde farkındalık ve alkol sorunlarını inceleyen çalışmada ise farkındalığın alkol sorunları ve stres ile negatif ilişkili olduğu ve farkındalık temelli stres azaltma veya diğer farkındalık programlarının alkol sorunlarını azaltmada faydalı olabileceği düşünülmüştür (13). Sigara kullanan ve kullanmayanlarda bilinçli farkındalığı araştıran bir çalışmada ise sigara bağımlılığı ile bilinçli farkındalık arasında ilişki bulunmuştur ve sigara kullanmayanların bilinçli farkındalık puanı kullananlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (153).

Çalışmamızda gruplar eğitim, yaş ve cinsiyet açısından benzer oluşturulmuş ve bilinçli farkındalık AKB grubunda anlamlı düşük saptanmıştır. Çalışmamız bağımlı olan ve olmayan grupların farkındalığının incelendiği çalışmadaki bilinçli farkındalıkta anlamlılık saptanmamasının gruplardaki sosyodemografik verilerden kaynaklanmış olabileceği görüşü ile uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz AKB grubunun bilinçli farkındalığının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olması, bu hastaların duygulara dikkatini veremediği ve duygularını tanımlayamadığı, duygusal dengelerini sağlamak için alkol kullanımına başvurduklarını düşündürebileceği gibi, alkol kullanımının neden olduğu kognitif bozulmanın da bilinçli farkındalıklarını azaltmış olabileceği şeklinde de yorumlanabilir. Bu durumun incelenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

5.2.3. Grupların SDBÇE-21 puanlarının karşılaştırılması

Uzun süreli stresin alkol madde kullanımına neden olabileceği bilinmekle birlikte literatürde bağımlılık ve stresle başa çıkma ilişkisinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Alkol bağımlılarında problem çözmenin ayıklık ve içme miktarına ilişkisini inceleyen çalışmada, alkol bağımlılarının problem çözme yaklaşımlarından en çok kaçınan yaklaşımı kullanmakta olduklarını ve problem çözme yaklaşımlarından planlı ve düşünen yaklaşımların uzun süreli ayık grupta anlamlı olarak daha fazla kullanıldığı ve bu yaklaşımların ayıklık süresinin uzamasına katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (14). Çaresiz yaklaşım diğer tüm değişkenlerin ve stresle başa çıkma tarzlarının içinde alkol bağımlılarında depresif belirtileri en güçlü

yordayan başa çıkma tarzıdır. Duygulara odaklı bir yaklaşım olan çaresiz yaklaşımın var olan sıkıntıları çözmektense durumu çaresizlik algısıyla yaşayıp olumsuz duygulara yönelmeyi kapsayan bir başa çıkma tarzı olduğu bilinmektedir (154). Alkol bağımlılığında stresle başa çıkma ve intihar olasılığının araştırıldığı çalışmada da alkol bağımlıları için çaresiz yaklaşıma ait yüksek puanların intihar olasılığını yordadığı ve alkol bağımlılarında çaresizlik duyguları ve problemlerle başa çıkmada yetersizlik hissinin yüksek olabileceği düşünülmüştür. Ek olarak problemlere çözümsüzlük algısıyla yaklaşma eğiliminin varlığından bahsedilebilir. Bu durumun da intihar olasılığı artırabileceği düşünülmüştür (155).

Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların başa çıkma özelliklerini, iyi oluş hallerini ve kişilik yapılarını inceleyen bir çalışmada, bireylere kişiliklerine olumlu ve anlamlı destek sağlayabilecek terapötik müdahale programı uygulanmasının kişinin algıladığı iyilik haline ve bağımlılık tedavisine olumlu katkı sağlayacağı bildirilmiştir (156). Hastalara stres yönetimi ile ilgili psikososyal terapi uygulamalarının hastaların stresini ve madde tüketimini azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (157, 158).

Çalışmamızda AKB grubunda duygusal ve kaçınmacı başa çıkmanın yüksek olması ayrıca çözüme dönük başa çıkmanın düşük olması AKB grubunun sorunlarına çözüm bulmakta zorluk yaşadıklarını, daha çok olumsuz duygu yaşadıklarını ve olumsuz duyguları ortadan kaldırmaya yönelik alkol kullanımına yöneldiklerini düşündürmektedir. Çalışmamızda literatürdeki çalışmalara ek olarak bağımlılık şiddeti ile stresle başa çıkma arasındaki ilişki incelenmiştir ve AKBTT puanı ile kaçınmacı başa çıkma arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. AKB hastalarının bağımlılık şiddeti arttıkça daha yoğun şekilde kaçınma davranışında bulunduklarını düşündürebileceği gibi kaçınmacı başa çıkmayı daha çok kullanan kişilerin daha fazla ve daha sık alkol kullanımına yönelmiş olabileceği de düşünülmüştür. Bu sonuca göre uzun süreli ve yoğun alkol kullanımı olan AKB hastalarının kaçınma davranışlarının araştırılması ve stresle başa çıkma konusunda hasta ile görüşülmesinin tedavilerinde önemli olduğu görünmektedir. Ayrıca yoğun stresin yaşanabileceği meslek gruplarındaki kişilerin stresle başa çıkma yöntemlerinin araştırılmasının uygun olabileceği, bu kişilerin alkol kullanımlarının sorgulanması ve alkol kullanımlarının olması halinde belirli aralıklarla takiplerinin yapılmasının gerektiği düşünülmüştür.

5.2.4. Grupların SÖ-ÖİTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Öfke sağlıklı olarak ifade edilirse kişiler arası iletişimi düzeltici ve yapıcı bir duygu olmasının yanında belki de en zarar verici olabilen duygumuz. Öfkenin kontrol edilememesi hem birey hem de toplumu önemli ölçüde etkilemekte ve alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerde öfke ile başedememek relapslara neden olabilen durumlardan birisidir. Bağımlılığı olan birey için yönetilemeyen öfke, ayık kalmayı tehdit eden önemli bir faktördür (15). Öfke duygusu tedaviyi birkaç aşamada tehdit edebilir. İlki bireyin sahip olduğu sürekli öfke duygusudur. Bağımlılık problemi olan kişiler hayatlarında karşılaştıkları güçlükler ve engellenmeler sebebiyle öfke yaşarlar ve bu problemleri ile baş edemedikleri durumlarda alkol ve madde kullanırlar. İkincisi bağımlı bireylerin öfkelerini ifade etmekte yaşadıkları güçlükten kaynaklanmaktadır. Alkol ve madde kullanan bireyler genellikle öfkelerini içlerine atabilir veya agresif bir tutumla dışa vurabilirler. Öfkeyi kontrol edememe ve girişken olamama sebebiyle kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşayarak yalnız kalabilirler. Kişilerarası ilişkilerde problem yaşadıkları için gelişen yalnızlık ve suçluluk yaşama ayıklığı tehdit edebilecek diğer faktörler arasında yer almaktadır (15).

Alkol ve madde bağımlılarında öfkenin araştırıldığı bir çalışmada alkol ve madde bağımlısı hastaların sürekli öfke düzeyinin orta düzeyden biraz yüksek, öfke içte ve öfke dışa puan ortalamalarının da orta düzeyden yüksek olduğu görülmektedir (159). Üniversite öğrencilerinde öfke ve öfke ifade tarzının incelendiği bir çalışmada alkol kullanmayan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke dışa vurum puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (160). Ergenlerde yapılan başka bir çalışmada ise alkol kullanan öğrencilerin öfke dışa vurum düzeyi, kullanmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (161).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olacak şekilde AKB grubunda sürekli öfke, öfke dışa ve öfke içte puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olması, öfke kontrol puanlarının düşük olması bu grup hastaların öfke duygusunu daha sık yaşadıklarını, öfkelerini ya dışarı yansıtarak ya da bastırarak yaşadıklarını ancak öfke kontrolünde zorlandıklarını göstermektedir.

Psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlarla karşılaştırıldığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde psikiyatrik hastalığı olanların sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı puanlarının anlamlı yüksek bulunduğu bildirilmiştir (162). Çalışmamızdaki AKB grubunda sürekli öfke, öfke dışı ve öfke içte puanlarının yüksek olması AKB'na bağlı olabileceği gibi AKB grubundaki psikiyatrik ek tanılara da bağlı olabileceği düşünülmüş olup ayrımın yapılabilmesi için başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda ayrıca AKBTT puanı ile sürekli öfke puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Tedaviyi tehdit eden unsurlardan bir olan sürekli öfke duygusunun tedaviyi zorlaştırmasının yanında, bağımlılığın şiddetinde de artışa yol açabileceği görülmüştür.

5.2.5. Grupların AÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Alkol ve madde bağımlılarında saldırgan davranışlar ve adli sorunlar sıklıkla karşımıza gelmektedir bu nedenle bu hasta grubunda agresyon ile ilgili çalışmalar önem kazanmaktadır. Alkol ve madde bağımlılarında agresyon düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmalarda agresyon düzeyinin madde bağımlılarında normal popülasyona göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (163-165). Ancak madde bağımlılarında agresyonun yüksek düzeyde saptanması bağımlılık ve agresyon arasındaki neden sonuç ilişkisine tam bir açıklık getirilmemektedir. Agresyonun bağımlılık için bir eğilim yaratması ya da kullanılan maddenin etkileri ve disinhibisyona bağlı agresyona yol açması şeklinde tek yönlü bir ilişki olabileceği gibi her ikisinin de diğerini pekiştirdiği çift yönlü bir ilişki olduğu da öne sürülmektedir (165, 166). Bağımlılık ve agresyonun incelendiği başka bir çalışmada alkole başlama yaşının düşük olduğu bağımlılarda agresyon düzeyinin yüksek olduğu ve saldırganlığın erken yaşlarda gelişen alkol bağımlılığı için bir belirleyici olduğu bulunmuştur (16).

Swanson ve arkadaşlarının (167) yaptıkları çalışmada ruhsal hastalığı olan kişilerde, olmayanlara kıyasla saldırganlık hızının dört kat daha fazla olduğunu, madde kötüye kullanımı olanlarda ise 14 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Workman ve Beer'in (168) lise öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada da agresyon puanlarının alkol tüketimiyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak agresyon AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmış olup bu farklılık fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık alt ölçeklerinde bulunmuştur, sözel agresyonda ise farklılık saptanmamıştır. Fiziksel agresyon şeklindeki başkalarını yaralama ve başkalarına zarar vermeyi içeren motor davranışın bu kişilerde daha fazla olması da AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunan daha fazla adli olay yaşama öyküsü ile uyumlu görünmektedir. Ayrıca bu kişilerin emosyonel olarak daha fazla öfke hissettikleri ve düşmanlık içeren düşüncelerinin daha fazla olduğu görülmüştür. AKBTT puanı ile düşmanlık alt ölçeği arasında pozitif korelasyon saptanması bu kişilerde sağlıklı kontrollere göre daha fazla görülen düşmanlık düşüncelerinin alkol bağımlılığının şiddetiyle ilişkisinin olduğunu göstermektedir.

5.3. Gruplardaki ÜBO-30 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılması

AKB ve kontrol grubunda üstbiliş, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon özellikleri incelenmiştir. Ayrıca tezin planlanması aşamasında literatür taramasında dikkati çeken AKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulunan uyum bozucu üstbilişsel inançlarının, bu hastalarda sağlıklı kontrollere göre farklı bulunan farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür ve üstbilişin diğer ölçeklerle korelasyonu, AKB ve kontrol grupları arasındaki korelasyon katsayılarının anlamlı olup olmadığı incelenmiştir.

15-18 yaş arasındaki öğrencilerin nomofobik özelliklere sahip olma durumları ile aleksitimi, bilinçli farkındalık ve üstbiliş arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bilinçli farkındalık ile üstbiliş ölçekleri arasında orta derecede negatif korelasyon bulunduğu saptanmıştır (169). Çalışmamızda hem AKB grubunda hem de kontrol grubunda üstbilişin düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği ile bilinçli farkındalık arasında zayıf düzeyde ve negatif korelasyon olduğu ayrıca kontrol grubunda üstbilişin bilişsel güven alt ölçeği ile bilinçli farkındalık arasında zayıf düzeyde ve negatif korelasyon olduğu görülmüştür. Ancak korelasyon katsayılarının karşılaştırılmasında üstbiliş ile bilinçli farkındalık arasında AKB grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür. Özetle üstbiliş ve bilinçli farkındalık korelasyonları her 2 grupta da zayıf düzeyde ve negatif korelasyonda

saptanmış ancak AKB grubuna özgü üstbiliş ve bilinçli farkındalık korelasyonu bulunamamıştır.

Öğrenme sürecinde etkili üstbilişsel eylemlerin bilişsel eylemleri kontrol altında tutarak, kavramsal öğrenmeyi ve problem çözmedeki başarıyı olumlu anlamda etkilediği bildirilmektedir (170). Literatürdeki üstbiliş ve problem çözme ilişkisinin incelendiği çalışmalar daha çok öğrenciler üzerine yapılmış olup, bağımlılarda bu ilişkinin incelendiği çalışma bulunamamıştır. Üniversite öğrencilerinin üstbiliş düzeyleri ile problem çözmelerinin incelendiği bir çalışmada, öğrencilerin üstbiliş düzeyleri toplam puanları ile problem çözme düzeyleri toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Buna göre öğrencilerin üstbiliş düzeyleri arttıkça problem çözme becerisi düzeyleri de artmaktadır (171). Kiremitçi ve Canpolat (172) yapmış oldukları çalışmada üstbilişsel farkındalık ile problem çözme arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin olduğunu belirlemiştir. Karakelle (173) ise yaptığı çalışmada üstbilişin problemleri çözmedeki etkililiği arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. Başka bir araştırmada, üstbiliş becerileri ile problem çözme başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu; bu becerilerin problem çözmedeki başarıyı yükselttiği, bu sayede öğrencilerin zihinsel süreçleri daha etkili biçimde organize edebildikleri gözlenmiştir (174). Kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yolları arasındaki ilişkide üstbilişin aracı rolünün araştırıldığı bir çalışmada üstbiliş ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görülmüş ancak ilişkinin olmamasının çalışmanın sağlıklı popülasyonda yapılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Sağlıksız üstbilişsel süreçlerin patolojik bir düzeye geldiğinde başa çıkma yollarında anlamlı bozulmalara yol açabileceği ve zihinsel rahatsızlık sahibi bireylerde üstbiliş ve başa çıkma arasındaki ilişkinin araştırılması gerektiği düşünülmüştür (175).

Çalışmamızda AKB grubu ve kontrol grubunda üstbilişin alt ölçekleriyle SDBÇE-21 duygusal başa çıkma başta olmak üzere, çözüme dönük başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. ÜBÖ-30 kontrol edilmezlik ve tehlike ile SDBÇE-21 çözüme dönük puanları arasında AKB grubunda anlamlı bir korelasyon yokken kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının kontrol grubunda AKB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre kontrol grubunun kontrol

edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanları arttıkça stresle başa çıkmada AKB grubuna göre anlamlı şekilde daha fazla çözüme dönük girişimlerde bulundukları saptanmıştır. Bu durum ‘İnsanın güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ inancının AKB olan kişilerde çözüme dönük başa çıkma becerisine katkı sağlamadığı ancak sağlıklı kişilerde endişeleriyle başa çıkmak için çözüme dönük başa çıkma becerisine katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir. Yine ÜBÖ-30 toplam puanı ile SDBÇE-21 çözüme dönük puanları arasında AKB grubunda anlamlı bir korelasyon yokken kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının kontrol grubunda AKB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun üstbiliş toplam puanı arttıkça stresle başa çıkmada AKB grubuna göre anlamlı şekilde çözüme dönük girişimlerde daha fazla bulundukları saptanmıştır. Aslında patolojik şekilde üstbilişsel inanç artışını gösteren ölçek puanlarının artmasının çözüme dönük başa çıkmayı artırması beklenen bir bulgu değildir. Bu durum patolojik olarak ifade edilen üstbilişsel inançların psikopatoloji oluşturmadığı sağlıklı kişilerde kişinin sorunları çözme gücünü artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Öfkenin yordayıcıları olarak üstbilişsel inançlar ve ruminasyonun araştırıldığı prospektif bir çalışmada, üstbilişsel inançların ve ruminasyonun öfke üzerinde tetikleyici olay sayısından bağımsız ileriye dönük anlamlı bir etkisi olduğu ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki üstbilişsel inançların, ruminasyondan bağımsız olarak, sonraki öfke üzerinde doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir (176). 2020’de yayınlanan ve 947 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada işlevsiz üstbilişsel inançlara sahip katılımcıların daha yüksek öfke ruminasyonu, daha yüksek öfke seviyeleri ve daha yüksek agresif hareket etme eğilimi gösterdiğini, üstbilişsel inançların öfke düzeyleri ile ilişkilerini ortaya koymuştur (177). Her iki çalışma da üstbilişsel inançların öfke sorunları ile saldırganlığın tedavisinde dikkate alınması gerektiğini ve üstbilişsel terapi uygulamalarının faydalı olabileceği görüşünü ileri sürmüştür (176, 177). Üstbiliş, mental bozukluklar ve agresyonun incelendiği çalışmada ise üstbilişsel işlevlerin tek başına agresif davranışı öngörmediği ancak üstbilişsel işlevlerin doğrudan ve dolaylı saldırganlık ile ortaya çıkan düşmanlıkla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (178). Üstbiliş ve agresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında bu ilişkinin ortaya konulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu ayrıca AKB’da bu ilişkinin incelenmediği görülmektedir.

Çalışmamızda ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ile SÖ-ÖİTÖ sürekli öfke puanları arasında AKB grubu ve kontrol grubunda pozitif yönlü korelasyon bulunduğu ayrıca gruplar arasındaki korelasyon katsayısının AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. İnsanların üstbilişlerindeki düşüncelerini kontrol etmeleri gerektiği ve kontrol etmedikleri takdirde cezalandırılacakları düşünceleri hem sağlıklı kontrollerde hem de AKB olan hastalarda bir gerilim yaratarak öfkelerindeki sürekliliği ve sıklığı artırmış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu artışın AKB grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre AKB hastalarının tedavileri sırasında sürekli öfkelerinin artışına neden olabilecek üstbilişsel inançlarının da konuşulması gerektiği ve uyum bozucu inançların değiştirilmesinin sürekli öfkelerinde azalmaya neden olabileceği düşünülmüştür.

Lise öğrencilerinde üstbiliş ve saldırganlık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada üstbiliş ile saldırganlık arasında anlamlı ilişkinin olduğu ve üstbilişsel uygulamaların saldırganlık gibi davranım bozukluklarında etkili olduğu düşünülmüştür (179).

Çalışmamızda ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ile fiziksel agresyon puanları arasında kontrol grubunda anlamlı bir korelasyon yokken AKB grubunda orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon olduğu ve korelasyon katsayısının AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. AKB grubundaki düşünceleri kontrol ihtiyacı ile fiziksel agresyon arasında ilişki olduğu ve bu ilişkinin AKB grubuna özgü olduğu görülmüştür. İnsanların üstbilişlerindeki düşüncelerini kontrol etmeleri gerektiği ve kontrol etmedikleri takdirde cezalandırılacakları düşünceleri sağlıklı kontrollerde fiziksel agresyonda bir artışa neden olmazken, AKB hastalarında bu düşüncenin fiziksel agresyonda artışa neden olabileceği görülmüştür. AKB hastalarında fiziksel agresyon şeklinde başkalarına zarar verme davranışına çok sık başvuran kişilerin üstbilişsel inançlarının konuşulması gerektiği ve uyum bozucu inançların değiştirilmesinin fiziksel agresyonda azalmaya neden olabileceği düşünülmüştür.

Özetle çalışmamızda araştırılan üstbilişin diğer ölçeklerle ilişkisinde; üstbilişin bilinçli farkındalık ilişkisinde her 2 grupta da zayıf düzeyde ve negatif korelasyon

saptanmış ancak AKB grubuna özgü korelasyon saptanmamıştır. Üstbilişin stresle başa çıkma ilişkisinde üstbiliş ölçeğinin kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği ve toplam ölçek puanları ile çözüme dönük başa çıkma puanları arasındaki korelasyon katsayısının kontrol grubunda anlamlı yüksek olduğu görülmüştür, bu durum aslında uyum bozucu olarak belirtilen üstbiliş puanlarının sağlıklı kişilerde çözüme dönük başa çıkmayı artırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Üstbilişin düşünceleri kontrol ihtiyacı ile sürekli öfke puanları arasında her 2 grupta da pozitif korelasyon saptanmış ayrıca korelasyon katsayısı artışı AKB grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır, yani AKB hastalarında düşünceleri kontrol ihtiyacı inancı sürekli öfkeyi sağlıklı kontrollere göre daha fazla artırmaktadır. Üstbilişin düşünceleri kontrol ihtiyacı ile fiziksel agresyon arasında korelasyon sağlıklı kişilerde saptanmazken, AKB grubunda pozitif korelasyon saptanmıştır ve korelasyon katsayısı AKB grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır. AKB grubundaki düşünceleri kontrol ihtiyacı inancı ile fiziksel agresyon arasında ilişki olduğu ve bu ilişkinin AKB grubuna özgü olduğu görülmüştür.

5.4. Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin öz bildirime dayalı olması nedeniyle, kişilerin olumsuz olarak görülebilen öfke ve agresyonlarının nesnel değerlendirilmelerinin yapılamaması, aynı şekilde alkol kullanımlarıyla ilgili sorulara yanlış cevap vermiş olabilmeleri çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

AKB olan grupta ölçeklerin doğru anlaşılabilmesi ve ayırt edilmesi için deliryum tremens, alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu, ilaç ve alkol etkisinde olmak dışlama kriterleri olarak belirlenmiş ancak yine de bu hastaların kronik alkol kullanımlarına bağlı bilişsel fonksiyonlarında oluşabilecek bozulmanın ölçeklerin anlaşılmasında zorluk oluşturabilmesi de diğer bir kısıtlılıktır.

Çoğu araştırmada dikkat çeken üstbilişin anksiyete ve depresyondan etkilendiği görülmüş ancak ölçek sayısını daha çok artırmamak adına anksiyete ve depresyon ölçekleri araştırmamızda kullanılmamıştır.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda AKB olan kişilerle sağlıklı kontrollerin üstbiliş, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon düzeyleri karşılaştırılmış olup ilaveten AKB olan kişilerin üstbilişsel inançlarının bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon ile ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir.

1. AKB hastalarının uyum bozucu üstbilişlerinin daha yüksek olduğu, bilinçli farkındalıklarının düşük olduğu, çözüm odaklı başa çıkmayı daha az, duygusal ve kaçınmacı başa çıkmayı daha fazla kullandıkları, daha öfkeli oldukları ve agresyona daha çok başvurdıkları saptanmıştır.
2. AKB olan grupta AKBTT puanları ile üstbiliş, bilinçli farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyon ilişkisine bakıldığında; bağımlılık şiddeti arttıkça düşünceleri kontrol ihtiyacı, kaçınmacı başa çıkma, sürekli öfke ve düşmanlık alt ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır.
3. AKB ve kontrol grubunda üstbiliş ölçeği ile diğer ölçeklerin ilişkisi incelendiğinde, üstbiliş ile çözüme dönük başa çıkma, sürekli öfke ve fiziksel agresyon ilişkisinin AKB grubuna özgü olabileceği düşünülmüştür.
4. AKB hastalarının üstbilişlerinde bozulma, farkındalık, stresle başa çıkma, öfke ve agresyonlarındaki farklılığın toplum içinde sosyal, ailesel ve mesleki alanlara da yansıyabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle özellikle stresle başa çıkma, öfke kontrolü açısından daha riskli olabilecek meslek grubundaki kişilerin alkol kullanımlarının belirli aralıklarla kontrol edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

7. KAYNAKLAR

1. Uzbay İT. Madde Bağımliliğinin Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlilik Yapan Maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi.5-15.
2. Akvardar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N. Madde bağımliliği tani ve tedavi kılavuzu el kitabı. Pozitif Matbaa ed: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
- 3.Hashimoto E, Riederer PF, Hesselbrock VM, Hesselbrock MN, Mann K, Ukai W, et al. Consensus paper of the WFSBP task force on biological markers: biological markers for alcoholism. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2013;14(8):549-564.
4. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC 2013.
5. Çuhadaroğlu Fs, Organization. WH. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993.
6. Organization WH. Global Status Report on Alcohol and Health World Health Organization. Geneva: Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ Accessed July. 2014;16:2016.
7. Türkiye İstatistik Kurumu http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=10952019 [
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
9. Evren C, Akvardar Y, Aldemir E. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.
10. Hacker DJ, Dunlosky J, Graesser AC. Metacognition in educational theory and practice: Routledge; 1998.
11. Spada MM, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2005;12(2):150-155.
12. Tırışkana M, Onnarb N, Çetinc YA, Cömertd IT. Madde bağımliliğinde nüksü önlemede bilinçli farkındalığın önemi: Bir derleme çalışması. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2015;2(2):123-142.

13. Bodenlos JS, Noonan M, Wells SY. Mindfulness and alcohol problems in college students: the mediating effects of stress. *Journal of American college health : J of ACH*. 2013;61(6):371-378.
14. Burhanoğlu S, Işık E. Erkek alkol bağımlılarında yürütücü işlevler ve problem çözmenin ayıklık süresi ve içme miktarı ile ilişkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ankara 2009.
15. Daley DC. Relapse Prevention Workbook for Recovering Alcoholics and Drug-dependent Persons: Learning Publications, Incorporated; 1997.
16. Mann K, Ackermann K, Jung M, Morlock P, Mundle G. Aggressiveness, onset of dependence, and treatment outcome in socially well-adapted alcoholics. *Alcohol and alcoholism*. 1998;33(1):16-19.
17. Türkcan A. Alkolün Biyolojik Etkileri, Farmakolojisi, Emilimi, Dağılımı, Metabolizması ve Organ Sistemleri Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2010;3(3):30-36.
18. İltar T, Tekin F. Alkol Metabolizması. *Güncel Gastroenteroloji*. 2005;58-62.
19. Vengeliene V, Bilbao A, Molander A, Spanagel R. Neuropharmacology of alcohol addiction. *British journal of pharmacology*. 2008;154(2):299-315.
20. Roberto M, Gilpin NW, Siggins GR. The central amygdala and alcohol: role of γ -aminobutyric acid, glutamate, and neuropeptides. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2012;2(12):a012195.
21. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.
22. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. pp:511-554, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2015.
23. Öyekçin DG. Alkol Kullanım Bozuklukları ve Klinik Biyokimyasal Belirteçler. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2016;9(2):38-45.
24. Akvardar Y, Uçku R. Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı/How are alcohol related problems prevented? Brief intervention approach in the treatment of alcohol use disorders. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11(1):51.
25. Köknel Ö. Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı: Altın Kitaplar; 1998.

26. Piazza NJ, Wise SL. An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism. *International journal of the addictions*. 1988;23(4):387-397.
27. Kalyoncu A, Mırsal H. Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 2000;4(1):22-30.
28. Brown SE, Yalom ID. *Treating Alcoholism*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995.
29. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st edition (DSM-I). Washington, DC 1952.
30. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd edition (DSM-II). Washington, DC 1968.
31. Ceylan ME, Türkcan A. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 2. Cilt 1. Kitap: Alkol ve Madde kullanım Bozuklukları*. Küre Yayıncılık, İstanbul 2003.
32. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC, 1980.
33. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, revised 3rd edition (DSM-III-R). Washington, DC 1987.
34. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC 1994.
35. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC 2000.
36. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(8):834-851.
37. Health NIo. *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM—IV and DSM—5*. NIH; 2014.
38. Köroğlu E. *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, American Psikiyatri Birliği: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
39. Grant BF, Chou SP, Saha TD, Pickering RP, Kerridge BT, Ruan WJ, et al. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. JAMA psychiatry. 2017;74(9):911-923.
40. Alcohol Use Disorder National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders2019> [
41. Organization WH, Department WHOSA, Health WHODoM, Abuse S. Global status report on alcohol 2004: World Health Organization; 2004.
42. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, 2006.
43. Özcan B, Sever S. Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Alkol Kullanımı Ve Çeşitli Kriterlere Göre Analizi. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;2(1):261-276.
44. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. Jama. 1990;264(19):2511-2518.
45. Shivani R, Goldsmith RJ, Anthenelli RM. Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. Alcohol Research and Health. 2002;26(2):90-98.
46. Öner H, Tamam L, Levent B, Öner S. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik psikofarmakoloji bülteni. 2002;12:14-22.
47. Levin J. Psychodynamic treatment of alcohol abuse. New York: Basic Books; 1995.
48. Hägele C, Friedel E, Kienast T, Kiefer F. How do we 'learn' addiction? Risk factors and mechanisms getting addicted to alcohol. Neuropsychobiology. 2014;70(2):67-76.
49. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain research reviews. 1993;18(3):247-291.
50. Robinson TE, Berridge KC. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2008;363(1507):3137-3146.

51. Charlet K, Beck A, Heinz A. The dopamine system in mediating alcohol effects in humans. *Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction*: Springer; 2011. p. 461-488.
52. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*. 1987;236(4800):410-416.
53. K ro lu E, G le  C,  enol S. Psikiyatri temel kitabı. pp.265-278, Hekimler Yayın Birli i, Ankara, 2007.
54. Barnow S, Schuckit MA, Lucht M, John U, Freyberger HJ. The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *Journal of studies on alcohol*. 2002;63(3):305-315.
55. Chartier KG, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2010;19(3):493-504.
56. Evren C,  gel K, Ulu  B. Alkol madde ba ımlılı ı tanı tedavi el kitabı: Türkiye Psikiyatri Derne i Yayınları; 2012.
57. Banerjee N. Neurotransmitters in alcoholism: A review of neurobiological and genetic studies. *Indian journal of human genetics*. 2014;20(1):20.
58. Hui M, Gang Z. The dopamine system and alcohol dependence. *Shanghai archives of psychiatry*. 2014;26(2):61.
59. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *Journal of psychopharmacology*. 1999;13(4):337-345.
60. Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Progress in brain research*. 126: Elsevier; 2000. p. 325-341.
61. E el E, Diné K. Alkol Ba ımlılı ının N robiyolojisi ve Tedaviye Yansımaları. *Turk Psikiyatri Derg*. 2017;28:51-60.
62. Diana M, Brodie M, Muntoni A, Puddu MC, Pillolla G, Steffensen S, et al. Enduring effects of chronic ethanol in the CNS: basis for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003;27(2):354-361.

63. Shen R-Y. Ethanol withdrawal reduces the number of spontaneously active ventral tegmental area dopamine neurons in conscious animals. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 2003;307(2):566-572.
64. Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Logan J, Jayne M, et al. Profound decreases in dopamine release in striatum in detoxified alcoholics: possible orbitofrontal involvement. *Journal of Neuroscience*. 2007;27(46):12700-12706.
65. Enoch M-A. The role of GABAA receptors in the development of alcoholism. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2008;90(1):95-104.
66. Roberto M, Madamba SG, Moore SD, Tallent MK, Siggins GR. Ethanol increases GABAergic transmission at both pre-and postsynaptic sites in rat central amygdala neurons. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2003;100(4):2053-2058.
67. Mihic SJ. Acute effects of ethanol on GABAA and glycine receptor function. *Neurochemistry international*. 1999;35(2):115-123.
68. Kumar S, Porcu P, Werner DF, Matthews DB, Diaz-Granados JL, Helfand RS, et al. The role of GABA(A) receptors in the acute and chronic effects of ethanol: a decade of progress. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009;205(4):529-564.
69. Holmes A, Spanagel R, Krystal JH. Glutamatergic targets for new alcohol medications. *Psychopharmacology*. 2013;229(3):539-554.
70. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed). 2007:660-71.
71. Nieratschker V, Batra A, Fallgatter AJ. Genetics and epigenetics of alcohol dependence. *Journal of molecular psychiatry*. 2013;1(1):11.
72. Ehlers CL. Variations in ADH and ALDH in southwest California Indians. *Alcohol Research & Health*. 2007;30(1):14.
73. Shen YC, Fan JH, Edenberg HJ, Li TK, Cui YH, Wang YF, et al. Polymorphism of ADH and ALDH genes among four ethnic groups in China and effects upon the risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1997;21(7):1272-1277.
74. Dick DM, Bierut L, Hinrichs A, Fox L, Bucholz KK, Kramer J, et al. The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behavior genetics*. 2006;36(4):577-590.

75. Noble EP. D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2003;116(1):103-125.
76. Farris SP, Harris RA, Ponomarev I. Epigenetic modulation of brain gene networks for cocaine and alcohol abuse. *Frontiers in neuroscience*. 2015;9:176.
77. Repunte-Canonigo V, Herman MA, Kawamura T, Kranzler HR, Sherva R, Gelernter J, et al. Nfl regulates alcohol dependence-associated excessive drinking and gamma-aminobutyric acid release in the central amygdala in mice and is associated with alcohol dependence in humans. *Biological psychiatry*. 2015;77(10):870-879.
78. İlhan Ö, Doğan Y, Demirbaş H, Boztaş M. Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2002;3(2):84-90.
79. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;214(1):17-31.
80. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(12):1744-1751.
81. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2005;29(5):902-908.
82. Van Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. *Addictive behaviors*. 2012;37(12):1314-1324.
83. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of general psychiatry*. 2008;65(6):674-682.
84. Flavell JH. Metacognitive aspects of problem solving. The nature of intelligence. 1976:231-235.
85. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*. 1979;34(10):906.

86. Brown AL. Knowing when, where, and how to remember; a problem of metacognition. *Advances in instructional psychology*. 1978;1.
87. Reeve RA, Brown AL. Metacognition reconsidered: Implications for intervention research. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1985;13(3):343-356.
88. Sternberg RJ. *Intelligence applied*. 1988.
89. Shanahan T. Reading comprehension as a conversation with an author. 1992.
90. Butterfield EC, Albertson LR, Johnston JC. On making cognitive theory more general and developmentally pertinent. *Memory performance and competencies: Issues in growth and development*. 1995:181-205.
91. Fisher P, Wells A. *Metacognitive therapy: Distinctive features*: Routledge; 2009.
92. Özsoy G. İlköğretim beşinci sınıfta üstbiliş stratejileri öğretiminin problem çözme başarısına etkisi. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2007.
93. Tanner H, Jones S. *Becoming a successful teacher of mathematics*: Routledge; 2003.
94. Schraw G, Moshman D. Metacognitive theories. *Educational psychology review*. 1995;7(4):351-371.
95. Cornoldi DLC. Mathematics and metacognition: What is the nature of the relationship? *Mathematical cognition*. 1997;3(2):121-139.
96. Desoete A, Roeyers H, Buysse A. Metacognition and mathematical problem solving in grade 3. *Journal of learning Disabilities*. 2001;34(5):435-447.
97. Desoete A, Roeyers H. Off-line metacognition—A domain-specific retardation in young children with learning disabilities? *Learning Disability Quarterly*. 2002;25(2):123-139.
98. Bewick KC, Raymond MJ, Malia KB, Bennett TL. Metacognition as the ultimate executive: Techniques and tasks to facilitate executive functions. *NeuroRehabilitation*. 1995;5(4):367-375.
99. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-396.
100. Pak ŞC, Kuloğlu MM. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda üstbilişlerin duygudurum, dürtüsellik ve aşırma ile ilişkisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Antalya 2018.

101. Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 1999;6(2):73-79.
102. Ögel K, Sarp N, Gürol DT, Ermağan E. Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(4).
103. Spada MM, Wells A. A metacognitive model of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2009;16(5):383-393.
104. Gülen B. Eroin kullanım bozukluğu olan bireylerin otomatik düşünceleri üst bilişsel model ve stresle başa çıkma tarzının değerlendirilmesi: Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, 2019.
105. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors*. 2007;32(10):2120-2129.
106. Özsoy F, Kuloğlu MM. Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017;7(1):42-49.
107. Yörük P, Tosun A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üst-Bilişsel Model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(2):190-207.
108. Çağlar N, Özsoy F, Mermi O. Sanrılı bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(4):300-309.
109. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(6):619-625.
110. Kabat-Zinn J. Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. 2000.
111. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822.

112. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford1993.
113. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child development. 2004;75(2):317-333.
114. Koçak R. Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2002;35(1):183-212.
115. Silvia PJ. Self-awareness and emotional intensity. Cognition and Emotion. 2002;16:195-216.
116. Ögel K. İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeler. pp.1-20, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2001.
117. Aldwin CM. Stress, coping, and development: An integrative perspective: Guilford Press; 2007.
118. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
119. Baltaş Z. Sağlık psikolojisi: Halk sağlığında davranış bilimleri: Remzi Kitabevi; 2008.
120. Günüşen N. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve intihar olasılıkları arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2003.
121. Aydın K. Uygulamalı Grup Rehberliği Programları Dizisi Stresle Başa Çıkma. Editör Prof Dr Uğur Öner)(2 Basım) Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Dergisi Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2010.
122. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology. 1986;50(3):571.
123. Endler N, Parker J. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Manual . Toronto: Multi-Health System. Inc; 1990.
124. Romas A, Sharma M. Practical Stress Management Allyn&Bacon. Massachusetts Smith JC (1993) Creative stress management The. 2000:1-2.
125. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of anger: The state-trait anger scale. Advances in personality assessment. 1983;2:159-187.

126. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri. 2000;3:21-26.
127. Şahin H. Öfke denetimi eğitiminin çocuklarda gözlenen saldırgan davranışlar üzerindeki etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3(26):47-61.
128. Yılmaz A. Erkek alkol ve eroin bağımlılarında dürtüsellik ve agresyonun depresme üzerine etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul 2013.
129. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452-459.
130. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in. 2001.
131. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenirliği. Türkiye’de Psikiyatri. 2002;4(2-3):107-113.
132. Simao MO, Kerr-Corrêa F, Smaira SI, Trinca LA, Floripes TM, Dalben I, et al. Prevention of “risky” drinking among students at a Brazilian university. Alcohol & Alcoholism. 2008;43(4):470-476.
133. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. Journal of anxiety disorders. 1997;11(3):279-296.
134. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(1).
135. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği’ni Türkçeye uyarlama çalışması. Eğitim ve Bilim. 2011;36(160).
136. Endler NS, Parker J. Coping inventory for stressful situations: Multi-Health systems Incorporated; 1990.
137. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. Psychological assessment. 1994;6(1):50.
138. Boysan M. Validity of the coping inventory for stressful situations-short form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample. J Psychiatry Neurol Sci. 2012;25(2):101-117.

139. Özer AK. Sürekli öfke (SL-ÖFKE) ve öfke ifade tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):26-35.
140. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. The validity and reliability of the Turkish version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in male substance dependent inpatients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011;24(4):283-295.
141. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, et al. Gaziantep Üniversitesi Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Journal of Dependence*. 2006;7:65-70.
142. UNDCP. İstanbul'da Madde İstismarı: Hızlı değerlendirme Çalışması 1996-1997.
143. Türkcan A, Çakmak D. AMATEM'e 1998 yılı içinde yatan hastaların sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 1999;24.
144. Öztürk YE, Kırlioğlu M, Kıracı R. Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2016;18(2):97-118.
145. Ceballos NA. Tobacco use, alcohol dependence, and cognitive performance. *The Journal of general psychology*. 2006;133(4):375-388.
146. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*. 2015;16(1):1-8.
147. Varlı Ö. Alkolün ileriye yönelik bellek ve üst-biliş üzerindeki etkisi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
148. Akpunar B. Biliş ve üstbiliş (metabiliş) kavramlarının zihin felsefesi açısından analizi. *Electronic Turkish Studies*. 2011;6(4).
149. Garner R, Alexander PA. Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational psychologist*. 1989;24(2):143-158.
150. Caltabiano ML, Ricciardelli L. *Applied topics in health psychology*: John Wiley & Sons; 2012.
151. Moneta GB. Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Addictive behaviors*. 2011;36(7):781-784.

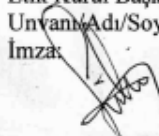
152. Dragan M. Difficulties in emotion regulation and problem drinking in young women: The mediating effect of metacognitions about alcohol use. *Addictive behaviors*. 2015;48:30-35.
153. Özer Ö, Dayi A. Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin bilinçli farkındalık ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması. *Beykent Üniversitesi SosYal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul 2018.
154. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):56-73.
155. Yılmaz Ö. Alkol bağımlısı olan erkeklerde kişilik özellikleri, stresle başa çıkma tarzları, intihar olasılığı ve depresif belirti düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*, Ankara 2012.
156. Unterrainer H-F, Lewis A, Collicutt J, Fink A. Religious/spiritual well-being, coping styles, and personality dimensions in people with substance use disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2013;23(3):204-213.
157. Fosnocht AQ, Briand LA. Substance use modulates stress reactivity: Behavioral and physiological outcomes. *Physiology & behavior*. 2016;166:32-42.
158. Vallejo Z, Amaro H. Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The Humanistic Psychologist*. 2009;37(2):192-206.
159. Engin E, Gültekin K, Coşkunol H, Horozoğlu N. alkol ve madde bağımlılarında öfke ifadesi ve kişilerarası ilişki tarzı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;22(1):211-223.
160. Elkin N, Karadağlı F. Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2016;21(1):64-71.
161. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. 2009.
162. Yaşar S. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*, İzmir 2019.
163. Gerra G, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Mossini M, et al. Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2004;28(1):129-139.

164. Gerevich J, Bácskai E, Czobor P. Aggression levels in treatment seeking inpatients with alcohol-related problems compared to levels in the general population in Hungary. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(8):669-672.
165. Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2011;35(5):1333-1340.
166. Skara S, Pokhrel P, Weiner MD, Sun P, Dent CW, Sussman S. Physical and relational aggression as predictors of drug use: Gender differences among high school students. *Addictive behaviors*. 2008;33(12):1507-1515.
167. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*. 1990;41(7):761-770.
168. Workman M, Beer J. Aggression, alcohol dependency, and self-consciousness among high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychological reports*. 1992;71(1):279-286.
169. Altan B. Nomofobi ile aleksitimi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık ve üst bilişin aracı rolünün incelenmesi: İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2019.
170. Hıdıroğlu ÇN. Üstbiliş Kavramına ve Problem Çözme Sürecinde Üstbilişin Rolüne Eleştirel Bir Bakış. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018(32):87-103.
171. GÖLDAĞ B, KANAT ÖÜS. Üniversite öğrencilerinin üst biliş düzeyleri ile problem çözme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science*. 2018(78):135-156
172. Kiremitci O, Canpolat AM. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin çoklu zekâ alanlarının üstbilişsel farkındalık ve problem çözme becerilerini belirlemedeki rolü. *Spor Bilimleri Dergisi*. 2014;25(3):118-126.
173. Karakelle S. Üst bilişsel farkındalık, zekâ, problem çözme algısı ve düşünme ihtiyacı arasındaki bağlantılar. *Eğitim ve Bilim*. 2012;37(164).
174. Özsoy G. Problem çözme ve üstbiliş. *Ulusal Sınıf Öğretmenliği Kongresi Bildirileri*. 2006;2.

175. Perişan N. Kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yolları arasındaki ilişki: Üst bilişin aracı rolü: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
176. Caselli G, Offredi A, Martino F, Varalli D, Ruggiero GM, Sassaroli S, et al. Metacognitive beliefs and rumination as predictors of anger: A prospective study. *Aggressive behavior*. 2017;43(5):421-429.
177. Salguero JM, García-Sancho E, Ramos-Cejudo J, Kannis-Dymand L. Individual differences in anger and displaced aggression: The role of metacognitive beliefs and anger rumination. *Aggressive behavior*. 2020.
178. Candini V. Metacognition, mental disorders and aggressive behaviour: a longitudinal study. 2018.
179. Daneshpour A, Sarvghad S. The relation between metacognitive strategies with aggression and coping styles in Shiraz high school students. 2011.

8. EKLER

Ek 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ					
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Alkol Bağımlılarında Üstbiliş ve Bilinçli Farkındalık, Stresle Başa Çıkma, Öfke ve Agresyonla İlişkisinin İncelenmesi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce			
	TELEFON	0380 542 14 16			
	FAKS	0380 542 13 02			
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Ahmet ATAÖĞLU			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Neslihan KARA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözetimsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diger ise belirtiniz ****					
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN İmza:  <i>Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.</i>					

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Alkol Bağımlılarında Üstbiliş ve Bilinçli Farkındalık, Stresle Başa Çıkma, Öfke ve Agresyonla İlişkisinin İncelenmesi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	OLGU RAPOR FORMU					Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ					Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/16	Tarih: 04.02.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

OLGU NO:

YAŞ:

CİNSİYET: 1)KADIN 2)ERKEK

MEDENİ DURUM: 1)EVLİ 2)BEKAR 3)EŞİNDEN AYRILMIŞ

EĞİTİM SÜRESİ: 1)İLKOKUL 2)ORTAOKUL 3)LİSE 4)ÜNİVERSİTE 5)YÜKSEKLİSANS

MESLEK: 1)MEMUR 2)İŞÇİ 3)ESNAF 4)ÖĞRENCİ 5)EMEKLİ 6)ÇALIŞMIYOR

YAŞADIĞI YER: 1)İL MERKEZİ 2)İLÇE 3)KÖY

BİREYİN AYLIK GELİR ALGISI: 1)KÖTÜ 2)ORTA 3)İYİ

KARDEŞ SAYISI:

ANNE EĞİTİM SÜRESİ:

BABA EĞİTİM SÜRESİ:

ALKOLE BAŞLAMA YAŞI:

ALKOL KULLANIM SÜRESİ: YIL

ALKOL KULLANIM MİKTARI:BİRİM/HAFTA

SİGARA KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR (VARSA MİKTARI:.....PAKET/YIL)

MADDE KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR (VARSAKULLANIM SÜRESİ :.....AY,

HANGİ MADDELER.....)

İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA SAYISI:....., KULLANILAN YÖNTEM:.....)

EK PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA TANISI.....)

PSİKİYATRİDE YATIŞ ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA SAYISI.....)

ADLİ SORUN YAŞAMA ÖYKÜSÜ: 1) YOK 2)VAR (VARSA SAYISI:....., CEZALARI.....)

AİLEDE ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ : 1)YOK 2)VAR (VARSA YAKINLIK DERECEİ:.....)

AİLEDE MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA YAKINLIK DERECEİ.....)

Ek 3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

AKBTT

“ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI TANIMA TESTİ” KENDİ BİLDİRİM FORMU

Alkol kullanımı sağlığını, bazı ilaçların kullanımını ve tedaviyi etkileyebilir. Bu nedenle sizin alkol kullanımınıza ait sorular sormamız önemlidir. Yanıtlar gizli kalacaktır. Sorulara dürüstçe yanıt vermeniz önemlidir. Her soruda size uygun gelen bir yanıtı çarpı işareti koyunuz.

Adı-Soyadı:

Tarih:

SORULAR	0	1	2	3	4
1. Alkollü içecekleri ne sıklıkla içiyorsunuz?	Hiç	Ayda 1 ya da daha az	Ayda 2-4 kez	Haftada 2-3 kez	Haftada 4 veya daha fazla
2. İçki içtiğiniz bir günde tipik olarak kaç kadeh(drink) içersiniz?	1 veya 2	3 veya 4	5 veya 6	7 veya 9	10 veya daha fazla
3. Bir oturuşta 6 ya da daha fazla kadeh içki içme sıklığınız nedir?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
4. Geçen yıl bir kez içkiye başladıktan sonra içmeyi durduramadığınız ne sıklıkta oldu?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
5. Geçen yıl ne sıklıkta yoğun bir içki yüzünden sizden beklenen işleri yapmada yetersiz oldunuz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
6. Geçen yıl ne sıklıkta yoğun bir içki içmenin ardından sabah ilk içki ihtiyacının olduğu oldu?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
7. Geçen bir yıl boyunca ne sıklıkta içki içtikten sonra suçluluk ya da pişmanlık hissettiniz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
8. Geçen yıl boyunca ne sıklıkta içki nedeniyle gece olanları hatırlayamadığınız oldu?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hemen hemen her gün
9. Siz veya başka biri içki içmeniz nedeniyle yaralandı mı?	Hayır		Evet ancak geçen yıl değil		Evet geçen yıl
10. Arkadaşlarınız ya da akrabalarınız ya da doktorunuz içki içmeniz konusunda endişelendiklerini veya içkiyi bırakmanız gerektiğini söyledikleri oldu mu?	Hayır		Evet ancak geçen yıl değil		Evet geçen yıl
					Toplam:

Ek 4. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30)

Aşağıda, insanların ifade ettikleri kendi düşünceleri hakkındaki bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun yere X işareti koyarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.				
2. Endişelerim benim için tehlikelidir.				
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.				
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.				
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.				
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.				
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.				
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.				
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir.				
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.				
15. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım.				
16. Endişelerim beni deliye döndürebilir.				
17. Düşüncelerimin sürekli farkındayım.				
18. Hafızam zayıftır.				
19. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.				
20. Endişelenmek yaşadıklarımın baş etmeme yardımcı olur.				
21. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.				

22

	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
22. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam.				
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.				
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.				
26. Hafızama güvenmem.				
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim.				
28. İyi çalışmak için endişelenmem gerekir.				
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.				
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim.				

Ek 5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

BİFÖ

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1 Hemen hemen her zaman	2 Çoğu zaman	3 Bazen	4 Nadiren	5 Oldukça Seyrek	6 Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.					1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.					1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					1 2 3 4 5 6

AÇIKLAMA: ÖLÇEKTE REVERSE PUANLAMA BULUNMAMAKTADIR. TOPLAM PUANLARIN YÜKSEKLİĞİ BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN YÜKSEK OLDUĞU ANLAMINA GELMEKTEDİR. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARİ ÖLÇEK MAKALESİNDE BULUNMAKTADIR.

Ek 6. Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu (SDBÇE-21)

**STRESLİ DURUMLARLA BAŞA ÇIKMA ENVANTERİ
KISA FORMU**

Aşağıda insanların zorlayıcı, stresli veya üzücü durumlar karşısında gösterdikleri çeşitli davranış biçimleri listelenmiştir. Aşağıdaki ifadelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sizin için her madde için en uygun olan seçeneği 1 (kesinlikle bana uygun değil) ve 5 (Tamamıyla bana uygun) arasında puanlayınız. Zorlayıcı, stresli veya üzücü durumlar karşısında aşağıda listelenen davranış biçimlerini ne ölçüde gösterdiğinizizi lütfen belirtiniz.

	Kesinlikle bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana orta düzeyde uygun	Çoğunlukla bana uygun	Tamamıyla bana uygun
	1	2	3	4	5
1. Bir süreliğine ara verir, durumdan uzaklaşıyorum.					
2. Probleme odaklanıp, nasıl çözebileceğime bakarım.					
3. Bu duruma düştüğüm için kendi kendimi suçlarım.					
4. Kendime, sevdiğim bir yiyecek veya atıştırarak bir şeyler alırım.					
5. Baş edemeyeceğim kaygısını yaşıyorum.					
6. Benzer problemleri nasıl çözdüğümü düşünürüm.					
7. Bir arkadaşı ziyaret ederim.					
8. Bir eylem planı yapıp, bu planı uygulayım.					
9. Kendime bir şeyler satın alırım.					
10. Bu durum karşısında çok duygusal davrandığım için kendimi suçlarım.					
11. Durumu anlamaya çalışırım.					
12. Çok üzülürüm.					
13. Derhal durumu düzeltecek bir davranışta bulunurum.					

	Kesinlikle bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana orta düzeyde uygun	Çoğunlukla bana uygun	Tamamıyla bana uygun
	1	2	3	4	5
14. Ne yapacağımı bilemediğim için kendimi suçlarım.					
15. Benim için özel olan bir kişiyle zaman geçiririm.					
16. Olay hakkında düşünürüm ve hatalarımdan ders çıkarırım.					
17. Olanları ya da hissettiklerimi değiştirebilmiş olmayı isterim.					
18. Bir şeyler atıştırmak veya yemek yemek için dışarı çıkarım.					
19. Tepki vermeden önce problemi analiz ederim.					
20. Kendi yetersizliklerime odaklanırım.					
21. Bir arkadaşla telefon ederim.					



Ek 7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖİTÖ)

SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE:

Değerli katılımcı; aşağıda bireylerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçenek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1. Çabuk parlam	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir şeyden sonra, takdir edilmemek canımı sıkır	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelendiğimde, ağzıma geleni söylerim	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde, içimden birine vurmaya gelir	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim	(1)	(2)	(3)	(4)

	Sizi ne kadar tanımıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA				
11.Öfkemi kontrol ederim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Kızgınlığımı gösteririm	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Öfkemi içime atarım	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Başkalarına karşı sabırlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Somurtur ya da surat asarım	(1)	(2)	(3)	(4)
Sizi ne kadar tanımıyor				
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA				
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
16.İnsanlardan uzak dururum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Başkalarına iğneli sözler söylerim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Soğukkanlılığımı korurum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.İçin için köpürürüm ama göstermem	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA				
21.Davranışlarımı kontrol ederim	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Başkaları ile tartışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
23.İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA				
26.Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Kötü şeyler söylerim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA				
31.İçimden, insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Sinirlenime hakim olamam	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Kızgınlık duygularımı kontrol ederim	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 8. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ)

BUSS-PERRY AGRESYON ÖLÇEĞİ

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ	HIÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1. Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2. Yeterince kışkırtılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3. E er biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4. Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5. Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6. Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7. Bir insana vurmak için iyi bir sebep olamaz.					
8. Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9. O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sinirimi bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Ofkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

