

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLAN MAHKUMLARDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKE
İFADE TARZLARININ PSİKIYATRİK KOMORBİDİTE İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MADDE BAĞIMLILIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba TOLUNAY

DANIŞMAN

Prof. Dr. A. Ender ALTINTOPRAK

İZMİR

2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLAN MAHKUMLARDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKE
İFADE TARZLARININ PSİKIYATRİK KOMORBİDİTE İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MADDE BAĞIMLILIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba TOLUNAY

DANIŞMAN

Prof. Dr. A. Ender ALTINTOPRAK

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Asil Üyeler

Başkan: (Danışman): Prof. Dr. Ayşe Ender ALTINTOPRAK

Üye Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL

Üye: Prof. Dr. Artuner DEVECİ

Yedek Üyeler

Üye: Prof. Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU

Üye: Doç. Dr. Görkem YARARBAŞ

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih:

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim hayatımda bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, tezimin planlanmasında ve yazımında beni yönlendirerek katkılar sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Ender ALTINTOPRAK'a;

Lisans eğitimim itibariyle bana klinik psikoloji alanında çok şey kazandıran ve hala ne zaman ihtiyaç duysam desteğini hiç esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Arzu AYDIN'a;

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her süreçte bana yardımcı olan değerli yüksek lisans hocalarıma;

Tezimi yürütürken desteklerini esirgemeyen Sayın Atilla Atasever'e; İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürü Sayın Bülent BAŞER'e, kurum personeline, çalışma arkadaşım Psikolog Emel TORUN ve Ali KERVAN'a; araştırmaya katılan tüm mahkumlara;

Bir yılı aşkın süredir benimle olan, bana güvenen, benden desteğini hiç esirgemeyerek hep yanımda olan, her an olduğu gibi tez sürecimde de bana büyük bir sabır gösteren ve güç veren, yaşamımıza dair zorlukları birlikte aştığımız, kendimi şanslı hissetmemi sağlayan Sevgili Esat ÇETİN'E;

Aramızda kilometreler bile olsa her anımı paylaştığım, bu zorlu süreçte de umutsuzluğa düştüğüm her an olduğu gibi beni motive ederek desteğini hissettiren değerli dostum Psikolog Melishan DEMİREL'e;

Eksikliklerini hep hissettiğim, bedenim yanımda olamasalar da ruhen hep yanımda olduklarını bildiğim, dedem M.Ekrem GÜCER, anneannem L.Emel GÜCER ve dayım Fehmi GÜCER'e;

Sahip olduğum yaşantımda büyük emekleri ve destekleri olan, aldığım her kararda değerli fikirleriyle bana yön veren, hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her an olduğu gibi tezimi yazmamda da beni yüreklendiren, çok değerli babam H.Murat TOLUNAY ve çok değerli annem F.Yaşar TOLUNAY'a en içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLAN MAHKUMLARDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKE İFADE TARZLARININ PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE AÇISINDAN İNCELENMESİ

Suç konusunda birçok farklı bilim dalı, kendi disiplinlerine özgü suç olgusu üzerine çalışmalar yapmışlardır. Yaş dağılımı, eğitim seviyesi, gelir ve işsizlik birçok araştırmacı tarafından suç oranlarındaki farklılaşmayı açıklayan sosyo-demografik faktörler olarak önerilmiştir. Alkol ve madde kullanımı son yıllarda giderek artmakla beraber ülkemizin önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yüzdeki duygu ifadelerini doğru biçimde tanıyabilmek sosyal etkileşimde önemlidir. Araştırmalar bağımlılarda aleksitimik özelliklerin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Öfke ise bireyin hissettiği en temel duygulardan biridir. Suç ile öfke arasında ilişkili olduğu araştırmalarda belirtilmektedir. Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık ve uygunsuzluk gibi özellikler barındırır. Son yirmi yıldır psikiyatrik bozukluklar ve kişilik bozuklukları ile alkol-madde kullanımının birlikteliği artan bir şekilde tanımlanmaktadır. Çalışmamızda; ; madde kullanım öyküsü olan erkek hükümlü/tutuklularda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu çalışmayla alana, cezaevi örnekleminde aleksitimi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ilişkisini inceleyen çalışma bulunmaması nedeniyle yeni bir bilgi sağlamak amaçlanmaktadır. Araştırmanın örneklemini, Kasım 2013- Ocak 2014 tarihleri arasında İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve madde kullanım öyküsü olan 134 erkek H/T ile madde kullanım öyküsü olmayan 132 erkek H/T oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere; Demografik Form, DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Formu, Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği öz bildirim yoluyla, I. Eksende yer alan bozukluklar için DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu ve kişilik bozuklukları için DSM-III-R'e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu uygulayıcı tarafından bireysel görüşme yoluyla uygulanmıştır. Araştırmaya alınan 266 erkek H/T'nun yaş ortalaması 34 ± 10.16 olarak bulunmuş olup, yaş aralığı 18-73 arasında değişmektedir. H/T'ların %74.1'i (n=197) sigara kullanımına, %46.2'si (n=123) alkol kullanımına, %50.4'ü (n=134) madde kullanımına sahiptir. Aleksitimik olup olmamaları açısından

değerlendirildiklerinde, 116 kişinin (%43.6) aleksitimik özellikler taşıdığı, 150 kişinin ise (%56.4) aleksitimik özellikler taşımadığı görülmektedir. Ayrıca; öfkelerini 108 kişinin (%40.6) sürekli öfke, 63 kişinin (%23.7) içe atılan öfke, 47 kişinin (%17.7) dışa vurulan öfke ve 48 kişinin (%18) ise kontrol edilen öfke şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Ek olarak; psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozukluklarına da incelenmiştir. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım öyküsü olanlarda aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0.05$), aleksitimik olup olmamaları ile içe atılan öfke ifade tarzı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Madde kullanım öyküsü olmayanlarda aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzlarının her biri ile aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0.05$). Katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde bağımlılıkları ve kullandıkları madde türü değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasında ilişkiye bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca; alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde bağımlılıkları değişkenlerinin ile kişilik bozuklukları değişkeni arasındaki ilişkiye de bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile psikiyatrik rahatsızlıkları arasındaki ve aleksitimik olup olmamaları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiler incelendiğinde her iki durum arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıkları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ve kişilik bozuklukları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişkilere bakıldığında; her bir öfke ifade tarzı ile hem psikiyatrik rahatsızlıklar hem de kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak; aleksitimik belirtilerin, öfke ifade tarzlarının, özellikle içe atılan ve dışa vurulan öfkenin, psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozukluklarının madde kullanım örüntüsü ile güçlü bir ilişkisi olduğu söylenebilir. Bu konuda daha çok araştırma yapılmasının kesin sonuçlar elde edilmesi yönünden uygun olacağı düşünülmektedir. Ceza infaz kurumlarında bilimsel çalışmaların artırılmasına, bu yönde müdahale programlarının geliştirilmesi ile mahpusların rehabilitasyon çalışmalarının daha sistematik hale getirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Suç; mahkum; bağımlılık; aleksitimi; öfke; psikiyatrik komorbidite

ABSTRACT

THE EXAMINATION OF ALEXITHYMIA AND ANGER EXPRESSION RELATION WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY ON PRISONERS WITH A HISTORY OF SUBSTANCE ABUSE

Lots of different disciplines of science did lots of works by their own disciplines about crime. A variety of demographic factors including age composition, average income level, education level and unemployment rate have been suggested by different researchers as explanatory variables for observed variations in crime rates. Alcohol and substance addiction is increasingly one of the major health problems of our country. The ability to recognize emotional facial expressions is very critical for social interaction. Recent studies are reporting that alcohol and substance dependent individuals show significantly higher scores in alexithymia measures. Anger is the most basic emotion an individual feels. It is suggested that anger has a relation with crime. Mental health deteriorated person, generally, feelings, thoughts and behaviour in varying degrees exceeds inconsistencies, redundancies and non-host properties. The last twenty years, psychiatric disorders and personality disorders association of alcohol and substance use is defined as an accelerated rate. In this study; male prisoners who have a history of substance abuse is purposed to evaluate the relationship alexithymia and anger expressed style between psychiatric comorbidity. Also; it is intended to provide new information on the sample of prison because of examine the relationship between trait anger and anger expressed style with alexithymia due to the absence of studies. The sample of the study was comprised of between the dates of November 2013-January 2014 in İzmir No:2 T Type Closed Prison Agency to carry out the punishment of the criminal justice, volunteers who agreed to participate in the study and 134 prisoner men with a history of substance abuse together with 132 prisoner men with no history of substance abuse. Prisoners who agreed to participate in the study was applied Demographic Form contains demographic information, DSM-IV Diagnostic Criteria Suitable Prepared Abuse and Addiction Form, Turkish Toronto Alexithymia Scale, Spielberger State trait anger expression Scale by self report and DSM-IV based on structured clinical interview guide for located on the first axis disorders and DSM-III-R based on structured clinical interview guide for personality disorders.

The mean age of the 266 male inmates participating in the study was found to be 34-+10.16 and ages ranged from 18-73. Male prisoners of 74.1% (n=197) are smokers, male prisoners of 46.2% (n=123) uses alcohol and male prisoners of 50.4% (n=134) uses

substances. When evaluated in terms of whether they were alexithymia, it is appeared to 116 people (43.6%) have alexithymic characteristics and 150 people (56.4%) don't have alexithymic characteristics. Also; 108 people (40.6%) show their anger in the form of continual anger, 63 people (23.7%) show their anger in the form of inner anger thrown, 47 people (17.7%) show this anger in the form of projected outward anger and 48 people (18%) show this anger in the form of controlled anger. In addition; prisoners who have or not psychiatric disorders and personality disorders were examined. Male prisoners who have history of substance abuse and no have history of substance abuse viewed the relationship between anger expression to alexithymia, it isn't a significant difference between alexithymia to continuous, controlled and extroverted anger expression style; but it is significant difference between alexithymia to internal anger expression style, in male prisoners who have history of substance abuse. And it is a significant difference between alexithymia to each one of them anger expression style in male prisoners who have no history of substance abuse. It is found a significant difference between psychiatric disorders to alcohol use, alcohol abuse, substance abuse and use variable type substances in male prisoners. Also; it is found a significant difference between personality disorders to alcohol use alcohol abuse, substance abuse. It is analyzed the relationship between alexithymia with psychiatric disorders and personality disorders, it is found a significant difference between both cases. It is analyzed the relationship between anger expression style with psychiatric and personality disorders, it is found significant difference between both cases.

In conclusion; it is said that alexithymic symptoms, anger expression Styles, especially anger thrown into the interior and exterior shot, psychiatric disorders and personality disorders is a strong relationship between substance abuse patterns. That's why conducting new studies on this topic, possible to obtain more accurate results. In prisons, there is a need to increase the scientific study to development of intervention programs and to be made more systematic rehabilitation work.

Key words: Crime; prison; substance abuse; alexithymia; anger; psychiatric comorbidity

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XVII

BÖLÜM I

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Hipotezler.....	2
1.4. Varsayımlar.....	3
1.5. Araştırmanın Önemi.....	3
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	3
1.7. Tanımlar.....	4
1.8. Genel Bilgiler.....	5
1.8.1. Aleksitimi.....	6
1.8.1.1. Aleksitimi Kavramı.....	11
1.8.1.2. Aleksitimik Belirtiler ve Kişilik Özellikleri.....	12
1.8.1.3. Aleksitimi Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	16
1.8.1.4. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı.....	18
1.8.1.4.1. Nörofizyolojik Yaklaşım.....	18
1.8.1.4.2. Psikoanalitik Yaklaşım.....	19
1.8.1.4.3. Sosyal Öğrenme ve Davranışçı Yaklaşım.....	21
1.8.1.4.4. Bilişsel Yaklaşım.....	22

1.8.1.4.5.	Aleksitiminin Transaksiyonel Analiz Açısından Yorumu.....	23
1.8.1.5.	Aleksitimide Uygulanan başlıca Psikolojik Yardım ve Tedavi	
	Yöntemleri.....	24
1.8.1.6.	Aleksitimi İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	26
1.8.1.7.	Aleksitimi İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	32
1.8.1.8.	Sonuç.....	37
1.8.2.	Öfke	37
1.8.2.1.	Öfke Tanımı.....	37
1.8.2.2.	Öfke ile ilgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	40
1.8.2.2.1.	Biyolojik Yaklaşım.....	40
1.8.2.2.2.	Psikoanalitik Yaklaşım.....	41
1.8.2.2.3.	Engellenme ve Saldırganlık Hipotezi.....	42
1.8.2.2.4.	Durumluk-Sürekli Kişilik Kuramı.....	43
1.8.2.2.5.	Bütüncül Yaklaşım.....	44
1.8.2.2.6.	Varoluşçu Yaklaşım.....	44
1.8.2.2.7.	Gestalt Yaklaşımı.....	45
1.8.2.2.8.	Davranışçı Yaklaşım.....	45
1.8.2.2.9.	Sosyal Öğrenme Kuramı.....	46
1.8.2.2.10.	Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım.....	46
1.8.2.2.11.	Akılcı-Duygusal Terapi Yaklaşımı.....	49
1.8.2.3.	Öfke İle İlgili Araştırmalar.....	49
1.8.2.3.1.	Öfke İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	49
1.8.2.3.2.	Öfke İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	52
1.8.3.	Psikiyatrik Komorbidite.....	57
1.8.3.1.	Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması.....	57
1.8.3.1.1.	Normalin Tanımı.....	57
1.8.3.1.2.	Anormalin Tanımı.....	57
1.8.3.2.	Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma.....	58
1.8.3.2.1.	DSM Dizgesinin Önemli Özellikleri.....	59
1.8.3.2.2.	ICD Dizgesinin Önemli Özellikleri.....	60
1.8.3.3.	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme	
	Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders:SCID-	
	I).....	60
1.8.3.3.1.	Duygudurum Bozuklukları.....	60

1.8.3.3.1.1.	Depresyon Dönemi.....	61
1.8.3.3.1.2.	Mani Dönemi.....	61
1.8.3.3.1.3.	Tek Uçlu (unipolar) ve İki Uçlu (bipolar) Bozukluklar.....	62
1.8.3.3.1.4.	Distimik Bozukluk.....	62
1.8.3.3.1.5.	Siklotimik Bozukluk.....	62
1.8.3.3.2.	Anksiyete Bozuklukları.....	63
1.8.3.3.2.1.	Anksiyete.....	63
1.8.3.3.2.2.	Panik Bozukluk.....	63
1.8.3.3.2.3.	Özgül Fobi.....	64
1.8.3.3.2.4.	Sosyal Fobi.....	64
1.8.3.3.2.5.	Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	64
1.8.3.3.2.6.	Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	65
1.8.3.3.2.7.	Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	65
1.8.3.3.3.	Psikotik Bozukluklar.....	65
1.8.3.3.3.1.	Psikotik Bozuklukların DSM-IV Sınıflandırması.....	65
1.8.3.3.3.2.	Şizofreni.....	65
1.8.3.3.3.3.	Şizoaffektif Bozukluk.....	66
1.8.3.3.3.4.	Şizotipal Bozukluk.....	66
1.8.3.3.4.	Somatoform Bozukluklar.....	67
1.8.3.3.5.	Yeme Bozuklukları.....	67
1.8.3.3.5.1.	Yeme Bozukluklarının DSM-IV Sınıflandırması.....	67
1.8.3.3.5.2.	Anoreksiya Nervoza.....	67
1.8.3.3.5.3.	Bulimiya Nervoza.....	68
1.8.3.3.6.	Uyum Bozuklukları.....	68
1.8.3.4.	DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II).....	68
1.8.3.4.1.	Kişilik Bozuklukları.....	68
1.8.3.4.1.1.	Kişilik Kavramı.....	68
1.8.3.4.1.2.	Kişilik Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma.....	70
1.8.3.4.1.3.	Kişiliği Değerlendirme Araçları.....	70
1.8.3.4.1.4.	Kişilik Bozukluklarında Sıklık ve Yaygınlık.....	70
1.8.3.4.1.5.	Kişilik Bozukluklarının Oluş Nedenleri.....	71

1.8.3.4.1.5.1. Kalıtım.....	71
1.8.3.4.1.5.2. Nörobiyoloji.....	71
1.8.3.4.1.5.3. Gelişimsel Etkenler.....	71
1.8.3.4.1.5.4. Çevresel Etkenler.....	71
1.8.3.4.1.6. Kişilik Bozukluğu Türleri.....	72
1.8.3.4.1.6.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	72
1.8.3.4.1.6.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu.....	72
1.8.3.4.1.6.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu.....	72
1.8.3.4.1.6.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu.....	72
1.8.3.4.1.6.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	73
1.8.3.4.1.6.2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	73
1.8.3.4.1.6.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	73
1.8.3.4.1.6.2.3. Histrionik Kişilik Bozukluğu.....	73
1.8.3.4.1.6.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu.....	74
1.8.3.4.1.6.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	74
1.8.3.4.1.6.3.1. Kaçınan Kişilik Bozukluğu.....	74
1.8.3.4.1.6.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	74
1.8.3.4.1.6.3.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu.....	75
1.8.4. Bağımlılık.....	75
1.8.4.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	75
1.8.4.2. Demografik Özellikler.....	76
1.8.4.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı Oluş Nedenleri.....	76
1.8.4.3.1. Psikolojik Kuramlar.....	76
1.8.4.3.2. Davranışsal Kuramlar.....	77
1.8.4.3.3. Biyolojik Kuramlar.....	77
1.8.4.4. Alkol ve Madde Kötüye Kullanım ile Bağımlılığın Tanısal ve Klinik Özellikleri.....	77
1.8.4.5. DSM-IV'te Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı Olan Maddeler.....	79
1.8.4.5.1. Alkol.....	79
1.8.4.5.1.1. Alkol Kötüye Kullanımı Ya da Zararlı Kullanımı....	79
1.8.4.5.1.2. Alkol Bağımlılığı.....	80
1.8.4.5.2. Alkol Dışı Psikoaktif Maddeler.....	80
1.8.4.5.2.1. Opioidler.....	80
1.8.4.5.2.2. Kannabinoidler(Esrar).....	81

1.8.4.5.2.3.	Sedatifler,Hipnotikler.....	81
1.8.4.5.2.4.	Amfetaminler.....	82
1.8.4.5.2.5.	Kokain.....	82
1.8.4.5.2.6.	Hallüsinojenler.....	83
1.8.4.6.	Psikiyatrik Hastalıklarda Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı ile	
	Bağımlılığı.....	83
1.8.4.6.1.	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Alkol ve Madde	
	Kullanım Bozuklukları.....	83
1.8.4.6.2.	Duygudurum Bozukluklarında Alkol ve Madde Kullanım	
	Bozuklukları.....	84

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.	Araştırma Evreni.....	86
2.2.	Araştırma Örneklemi.....	86
2.3.	Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı.....	86
2.4.	Veri Toplama Yöntemi.....	86
2.4.1.	Veri Toplama Araçları	86
2.4.1.1.	Demografik Bilgi Formu.....	87
2.4.1.2.	DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve	
	Bağımlılık Formu.....	87
2.4.1.3.	Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	88
2.4.1.4.	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	88
2.4.1.5.	SCID-I Envanteri.....	89
2.4.1.6.	SCID-II Envanteri.....	89
2.5.	Araştırma Süresi.....	90
2.6.	Etik.....	90
2.7.	Araştırmaya Kabul-Red Kriteri.....	90
2.8.	Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	90
2.9.	İstatistiksel İncelemeler.....	91

BÖLÜM III

3. BULGULAR	92
3.1. Çalışmaya Alınan Tüm Örnekleme Ait Bulgular	92
3.2. Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılmaları ile Elde Edilen Bulgular	114

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA	146

BÖLÜM IV

5. SONUÇ VE ÖNERİLER	150
6. KAYNAKLAR	163
7. EKLER	

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2: Olgu Rapor Formu

EK 3 : DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Formu

EK 4: Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği

EK 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

EK 6: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu: SCID-I Envanteri

EK 7: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II

EK 8: Etik Kurul Onay Belgesi

EK 9: Adalet Bakanlığı Onay Sayfası

EK 10: Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Enstitüsü Onay Talebi Sayfası

EK 11: İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Onay Sayfası

8. ÖZGEÇMİŞ



Tablolar Dizini

Tablo No

Tablo 1: Hükümlü ve Tutukluların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Hükümlü ve Tutukluların Sigara, Alkol ile Madde Kullanımları ve Kullanım Türlerine Göre Dağılımı

Tablo 3A-1: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 3A-2: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Dağılımı

Tablo 3B-1: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıklarına Göre Dağılımı

Tablo 3B-2: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozukluklarına Göre Dağılımı

Tablo 4: Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği Maddelerinin Ortalaması

Tablo 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği Maddelerinin Ortalaması

Tablo 6: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Medeni Durumlarının Dağılımı

Tablo 7: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 8: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Çalışma Durumlarının Dağılımı

Tablo 9: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Gelir Seviyelerinin Dağılımı

Tablo 10: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Sigara Kullanımlarının Dağılımı

Tablo 11: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı Dağılımları

Tablo 12: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Madde Kullanım Türleri Dağılımı

Tablo 13: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Kullandıkları Madde Türü Dağılımı

Tablo 14: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Aleksitimi Durumlarının Dağılımı

Tablo 15: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Öfke İfade Tarzlarının Dağılımı

Tablo 16: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri ve Nüfusa Kayıtlı Oldukları Bölge Dağılımları

Tablo 17: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Çalışma Durumları ve Gelir Seviyeleri Dağılımları

Tablo 18: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Alkol Bağımlılığı ve Madde Bağımlılığı Dağılımları

Tablo 19: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Madde Kullanım Türleri ve Kullanılan Uyuşturucu Madde Türü Dağılımları

Tablo 20: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Öfke İfade Tarzlarının Dağılımı

Tablo 21: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Çalışma Durumları Dağılımı

Tablo 22: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Eğitim Düzeyleri Dağılımı

Tablo 23: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Nüfusa Kayıtlı Oldukları Bölge Dağılımı

Tablo 24: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Gelir Seviyeleri Dağılımı

Tablo 25: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Çalışma Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 26: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Gelir Seviyeleri ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 27: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Sigara Kullanımları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 28: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Sigara, Alkol Bağımlılıkları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 29: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türü ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 30: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri, Gelir Seviyeleri ve Sigara Kullanımları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişkiler

Tablo 31: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Kullanım Türleri ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişkiler

Tablo 32: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 33: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

Tablo 34: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Tablo 35: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Alkol Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

Tablo 36: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

Tablo 37: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Gelir Seviyeleri ile Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri, Çalışma Durumları, Sigara Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Kullanım Türleri ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

Tablo 38: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 39: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 40: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 41: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

Tablo 42: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Tablo 43: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Alkol Kullanımları Arasındaki İlişki

Tablo 44: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Alkol Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

Tablo 45: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türü Arasındaki İlişki

Tablo 46: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Öfke ifade Tarzları Arasındaki İlişki

Tablo 47: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 48: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 49: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

Tablo 50: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 51: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ve Alkol-Madde Bağımlılıklarına Göre Dağılımları

Tablo 52: Hükümlü ve Tutukluların Alkol-Madde Bağımlılıklarına Göre Dağılımları

Tablo 53: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozukluklarına Göre Dağılımları

Tablo 54: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlıklarının Dağılımı

Tablo 55: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Kişilik Bozukluklarının Dağılımı

Tablo 56: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 57: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Tablo 58: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Bağımlılıkları ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

Tablo 59: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Aleksitimi Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 60: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki

Tablo 61: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 62: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Tablo 63: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları ve Madde Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

Tablo 64: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Aleksitimi Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 65: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki



KISALTMALAR LİSTESİ

- Hükümlü ve Tutuklu: H/T
- Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği: TAÖ



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Bireyin günlük yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak işlev gördüğü bilinen bir gerçektir. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan birisi, belki de en önemlisi, iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. Çünkü duygular yaşamın tümünü etkileyebilecek yaşamın amacını, tadını ve anlamını oluşturacak özelliğe ve öneme sahiptir. İnsan duygu ve düşünceleri fark edip anlamlandırarak, sözel olarak ifade etmesiyle ve kurduğu iletişimle evrendeki diğer canlılardan farklılaşmaktadır. Bireyin yaşamında bu denli öneme ve işleve sahip olan duyguları fark edip ifade edebilmek insanlık tarihi boyunca problem olma gelmiştir. Bu tür problem ve yetersizlikleri anlatmak için kullanılan bir sözcük olan *aleksitimi* (*alexithymia*) başlangıçta psikosomatik hastalıklara özgü bir terim olarak ruh sağlığı alanında kullanılan bir kavram olmuştur. Ancak daha sonraları yapılan araştırmalarda hasta popülasyonun yanı sıra sağlıklı bireylerde de aleksitiminin, yaygın bir özellik olduğu anlaşılmıştır (85). Yapılan farklı yorumlara rağmen aleksitiminin; hayal kurma ve düşlem yaşantısında kısıtlılık, duyguları ifade etme güçlüğü gibi özelliklerine dair uzmanların fikir birliği içinde oldukları anlaşılmaktadır (61).

Diğer yandan, çalışmamızın araştırma konularından biri olan öfke ise bireyin hissettiği en temel duygulardan biridir. Öfke duygusunun ortaya çıkmasında birçok farklı nedeni vardır. Her ne kadar olumsuz bir duygu olarak algılsa da bu duygunun işlevsel ve uyumsal yönleri bulunmaktadır. Önemli olan bu duygunun nasıl ifade edildiğidir. Öfke kontrolü, bu duygunun sağlıklı ve olumlu bir şekilde ifade edilmesi ve bu sırada, bireyin kendine ve diğerlerine saygılı bir şekilde davranması anlamına gelir. İnsanlar istediklerini elde edemedikleri veya istemedikleri bir şeyle karşılaşmaya engel olamadıkları zaman gerilim hissederler. Eğer bireyler kendilerinde gerginlik yaratan olayın kesinlikle olmaması gerektiğini düşünüyorlarsa veya olayların istedikleri yönde gelişmesini sağlayamıyorlarsa içinde bulundukları durumu çok kötü olarak algırlar ve öfkelenirler (46). Öfke ile ilgili yurt dışında birçok araştırma bulunmaktadır. Ülkemizde ise son yıllarda dikkati çeken ve üzerinde çalışılan bir konu olmuştur. Erden'e (2005) göre aleksitimik belirtileri yüksek olan kişilerde öfke kontrolü daha zordur. Aleksitimik özellik taşıyan bireyler yüzeysel olarak sorunlar üzerinde yoğunlaşmakta ancak genellikle sorunların nedenine inememektedirler. Bu durum da ani öfke patlamalarına,

sorunun nedenine inmeden bir yargıda bulunmaya ve ister istemez öfke düzeyinde artışa neden olmaktadır (10). Aleksitimik kişilerin sorunlar üzerinde neden-sonuç ilişkisi kuramamaları ve duygularını bu sürece katamamaları sonucu öfkeleri kaçınılmaz olarak kendiliğinden artmaktadır (10).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisine de bakılmıştır. Kişilik bozukluğunun tam geçerli bir tanımını yapmak güçtür. Bu durum psikiyatride tanı tartışmasına en çok yol açan durumlardan biridir. Ruhsal bozuklukların dışında kalan ve uzun süreli uyum bozuklukları gösteren kişilerin her toplumda sık görüldüğü bilinmektedir. Bunların tanımlarını, sınıflandırmasını yapmak, sağaltım yollarını araştırmak psikiyatrinin işidir. Kişilik bozukluğu tanısında önemli sorunlardan biri kişilik yapısı ile kişilik bozukluğunun karıştırılmasıdır. Kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir.

Bu çalışmada; ilk olarak madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Ek olarak; madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesi de hedeflenmektedir.

1.3. Hipotezler

Çalışmamız aşağıda belirtilen hipotezleri araştırmayı amaçlamaktadır:

1. Madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumlar arasında aleksitimi daha yaygındır.
2. Madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumların sürekli öfke puanları yüksektir.
3. Madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumlar öfkelerini dışa yöneltirler.
4. Madde kullanım öyküsüne sahip aleksitimik erkek mahkumların sürekli öfke puanları düşüktür.
5. Madde kullanım öyküsüne sahip aleksitimik erkek mahkumlar öfkelerini içe yöneltirler.
6. Madde kullanım öyküsüne sahip aleksitimik olmayan erkek mahkumlar öfkelerini dışayöneltirler.

7. Madde kullanım öyküsüne sahip aleksitimik olmayan erkek mahkumlar öfkesini kontrol edemezler.
8. Psikiyatrik komorbiditesi olan erkek mahkumlar arasında madde kullanımı daha yaygındır.
9. Psikiyatrik komorbiditesi olan erkek mahkumlar arasında aleksitimi yaygındır.
10. Psikiyatrik komorbiditesi olan aleksitimik erkek mahkumların sürekli öfke puanları düşüktür.
11. Psikiyatrik komorbiditesi olan aleksitimik erkek mahkumlar öfkelerini içe yöneltirler.
12. En az bir kişilik bozukluğu olan erkek mahkumlar arasında madde kullanım öyküsüdaha yaygındır.
13. En az bir kişilik bozukluğu olan erkek mahkumlar arasında aleksitimi daha yaygındır.
14. En az bir kişilik bozukluğu olan aleksitimik erkek mahkumların sürekli öfke puanları düşüktür.
15. En az bir kişilik bozukluğu olan aleksitimik erkek mahkumlar öfkelerini içe yöneltmektedirler.

1.4. Varsayımlar

Araştırmaya katılan tüm katılımcılar eşit koşullarda testlere tabi tutulmuşlardır. Katılımcıların anket ve ölçekleri samimi bir şekilde doldurdıkları varsayılmıştır. Uygulanan yöntem, oluşturulan örneklem grupları, uygulanan anket ve ölçekler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasiteye sahiptir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmayla alana; cezaevi örnekleminde aleksitimi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ilişkisini inceleyen çalışma bulunmaması nedeniyle yeni bir bilgi sağlanması amaçlanmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Çalışma; Adalet Bakanlığı İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kalan, adli suçtan hüküm giyen ya da yargılanan ve madde kullanım öykülerine göre onayları alınan erkek hükümlü ve tutuklar ile sınırlıdır. Adli suç dışındaki suçlardan hüküm giyen ya da yargılanan hükümlü ve tutuklular çalışmamızın dışında kalmıştır. Bu çalışmaya da alınan izin kapsamında sadece erkek hükümlü ve tutuklular dahil edilmiştir. Bir diğer sınırlılık; ölçeklerdeki soru sayısının görece fazla olması, dolayısıyla bu durumun katılımcıların

dikkatini dağıtıcı ve motivasyonlarını azaltıcı bir faktör olarak gözlemlenmiş olmasıdır. Bu durum bazı katılımcılardan sağlıklı bilgiler alınamamış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin çoğunluğu, özbildirim ölçekleri olmaları nedeniyle katılımcıların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Dolayısıyla; kişinin kendini savunma ve kendini iyi gösterme gibi bir yaklaşım içinde bulunmasına yol açmıştır. Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması, soruları doğru bir şekilde okuyup anlayamamaları nedeniyle cevapları etkilemektedir. Ayrıca; örneklemin eğitim düzeyi bakımından uygun dağılım göstermemiş olması yani cezaevi örneklemini olduğundan büyük çoğunluğun ilköğretim mezunu olması eğitim değişkeninin etkisinin güvenilir ve ayrıntılı biçimde görülmesini sınırlamıştır.

1.7. Tanımlar

Suç: Yasalara aykırı olan davranıştır.

Ceza: Toplumda kişilerin işlemiş oldukları suçların karşılıksız kalmaması, yapmış olduğu fiilin uygun bir davranış olmadığını ve toplum tarafından onaylanmadığını göstererek, bazı menfaatlerinden ve haklarından mahrum bırakılmasını sağlayan, aynı fiilin tekrar işlenmemesi konusunda caydırıcılık özelliğı olan müeyyidelerdir.

Kapalı Ceza İnfaz Kurumu: İç ve dış güvenlik görevlileri bulunan, firara karşı teknik, mekanik, elektronik veya fizikî engellerle donatılmış, oda ve koridor kapıları kapalı tutulan, ancak mevzuatın belirttiğı hâllerde aynı oda dışındaki hükümlüler arasında ve dış çevre ile temasın olanaklı bulunduğu, yeterli düzeyde güvenlik sağlanmış olup hükümlünün gereksinimine göre bireysel, grup hâlinde veya toplu olarak iyileştirme yöntemlerinin uygulanabileceğı tesislerdir.

Hükümlü/Tutuklu: Ceza infaz kurumlarında cezasını infaz etmekte olan kişilerdir.

Kötüye Kullanım: Farmakolojik bir ajanı (alkol/uyuşturucu/uyarıcı maddeler), belli bir toplumda kabul edilen sosyal, tıbbi veya yasal sınırların dışında kullanmaktır.

Bağımlılık: Fiziksel veya psikolojik bağımlılık şeklinde olabilir, kompulsif (dürtüsel) şekilde maddenin kullanımını ve arama davranışını tanımlar.

Aleksitimi: En basit olarak aleksitimi; duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanabilir.

Öfke: Engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma vb. durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun, olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır.

Psikiyatrik Rahatsızlıklar: Kişinin ruhsal yetilerini tamamen ortadan kaldıran ya da önemli ölçüde etkileyen bir hastalıklardır.

Kişilik Bozuklukları: Kişinin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde görece değişmeden uzun süre devam eden önemli bozukluklardır.

1.8. Genel Bilgiler

Psiko-sosyal bir varlık olan insanın, varlığını sürdürmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için toplu halde yaşamaya diğer insanlarla iletişim kurmaya gereksinimi vardır. Bu iletişim süreci insanı diğer varlıklardan ayıran en önemli özelliklerinden biridir. Bireyin günlük yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak işlev gördüğü bilinen bir gerçektir. Bu bütünlüğün bozulması, sosyal varlık olarak denge ve uyum arayışında olan insan için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan birisi, belki de en önemlisi, iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. Çünkü duygular yaşamın tümünü etkileyebilecek yaşamın amacını, tadını ve anlamını oluşturacak özelliğe ve öneme sahiptir. İnsan; duygu ve düşüncelerini fark edip anlamlandırarak, sözel olarak ifade etmesiyle ve kurduğu iletişimle evrendeki diğer canlılardan farklılaşmaktadır.

Bireyin yaşamında bu denli öneme ve işleve sahip olan duyguları fark edip ifade edebilmek insanlık tarihi boyunca problem olma gelmiştir. Bu tür problem ve yetersizlikleri anlatmak için kullanılan bir sözcük olan *aleksitimi* (*alexithymia*) başlangıçta psikosomatik hastalıklara özgü bir terim olarak ruh sağlığı alanında kullanılan bir kavram olmuştur. Ancak daha sonraları yapılan araştırmalarda hasta popülasyonunun yanı sıra sağlıklı bireylerde de aleksitiminin, yaygın bir özellik olduğu anlaşılmıştır (85).

Yapılan farklı yorumlara rağmen aleksitiminin; hayal kurma ve düşlem yaşantısında kısıtlılık, duyguları ifade etme güçlüğü gibi özelliklerine dair uzmanların fikir birliği içinde oldukları anlaşılmaktadır (61).

Günümüzde aleksitiminin yaygınlığının hızla arttığı gözlenmektedir. Çağımızın modern toplumlarında hızla artan nüfus ve gelişen teknoloji ile birlikte günümüz insanında bilgisayar ve internet kullanımının yaygınlaşmasıyla toplumda aleksitimik özelliklerde artış olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle; toplumsal sağlığı olumsuz etkileyen aleksitimi ile ilgili bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu açıkça görülmektedir. Ancak, literatür incelendiğinde yurt dışında aleksitimi ile ilgili deney ve kuramsal düzeyde çok sayıda araştırmanın yapılmış olmasına karşın ülkemizde yapılan bilimsel çalışmaların yok denecek kadar az olduğu anlaşılmıştır. Ülkemizde konuyla ilgili olarak yapılan araştırmaların çok sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu araştırmaların çoğunun da klinik ağırlıklı betimsel araştırmalar oldukları dikkati çekmektedir.

Diğer yandan, çalışmamızın araştırma konularından biri olan öfke ise bireyin hissettiği en temel duygulardan biridir. Öfke duygusunun ortaya çıkmasında birçok farklı nedeni vardır. Her ne kadar olumsuz bir duygu olarak algılsa da bu duygunun işlevsel ve uyumsal yönleri bulunmaktadır. Önemli olan bu duygunun nasıl ifade edildiğidir. Öfke kontrolü, bu duygunun sağlıklı ve olumlu bir şekilde ifade edilmesi ve bu sırada, bireyin kendine ve diğerlerine saygılı bir şekilde davranması anlamına gelir. İnsanlar istediklerini elde edemedikleri veya istemedikleri bir şeyle karşılaşmaya engel olamadıkları zaman gerilim hissederler. Eğer bireyler kendilerinde gerginlik yaratan olayın kesinlikle olmaması gerektiğini düşünüyorlarsa veya olayların istedikleri yönde gelişmesini sağlayamıyorlarsa içinde bulundukları durumu çok kötü olarak algırlar ve öfkelenirler (46).

Öfke ile ilgili yurt dışında birçok araştırma bulunmaktadır. Ülkemizde ise son yıllarda dikkati çeken ve üzerinde çalışılan bir konu olmuştur. Yazgan ve ark. (2007) tarafından öfke kontrolü ile tolerans düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçeklerinin tolerans envanteri puanlarıyla anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada tolerans düzeyi yüksek olan kişilerin, tolerans düzeyi düşük olanlara göre, yaşadıkları olay veya karşılaştıkları farklı durumlarda daha az öfke duygusu yaşadıkları, çevrelerine daha az öfkeli tepkiler verdikleri ve öfkelerini daha fazla kontrol edebildikleri saptanmıştır.

1.8.1. Aleksitimi

Psiko-sosyal bir varlık olan insanın, varlığını sürdürmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için toplu halde yaşamaya diğer insanlarla iletişim kurmaya gereksinimi vardır. Bu iletişim

süreci insanı diğer varlıklardan ayıran en önemli özelliklerinden biridir. Bireyin günlük yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak işlev gördüğü bilinen bir gerçektir. Bu bütünlüğün bozulması sosyal varlık olarak denge ve uyum arayışında olan insan için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan birisi, belki de en önemlisi iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. Çünkü duygular yaşamın tümünü etkileyebilecek; yaşamın amacını, tadını ve anlamını oluşturacak özelliğe ve öneme sahiptir. İnsan duygu ve düşünceleri fark edip anlamlandırarak, sözel olarak ifade etmesiyle ve kurduğu iletişimle evrendeki diğer canlılardan farklılaşmaktadır (21).

Psikologların ve felsefecilerin anlamı üzerinde yıllardır tartıştıkları duygunun tanımını yapmak oldukça zordur.

Duyguyu tanımlama girişimleri M.Ö yıllarda Aristoteles'e kadar uzanmaktadır. Ona göre duygular, neşeli veya neşesiz anlarımızda algılarımız ve beklentilerimizle birlikte ortaya çıkan refakatçılarımızdır. Youg'a (1982) göre, duygu içinde bulunulan ortamın algılanmasıyla ortaya çıkan, bireyin iç dünyasını harekete geçiren bedensel, davranışsal ve zihinsel özellikleri içeren duyusal süreçtir. Lazarus (1984) ise duyguyu bireyin çevresindeki uyarıcıları algılaması ve değerlendirmesi sonucu oluşan iç yaşantılar olarak tanımlamaktadır. Sosyo-biyolojik yaklaşım çerçevesinde ise duyguların evrimsel süreçten geçerek geldiği ve insanoğlunun çevreye uyum sağlayarak bugüne kalmasına yardımcı olan iç yaşantılar olarak yorumlanmaktadır (37).

Crook ve Stein (1991), Izard (1993) gibi bazı düşünürler duygunun tanımlanmasının mümkün olamayacağını vurgulayarak öncelikle duyguların bileşenlerinin saptanması gerektiği savunmaktadırlar. Duygunun; 1-Nörobiyolojik kimyasal 2-Motor-duyusal 3-Davranışsal-güdüsel 4-Bilişsel-özel olmak üzere dört temel bileşenin olduğu konusunda uzmanlar fikir birliği içindedirler. Goleman (1996) ise duyguyu bu kadar dar bir tanımla sınırlandırmanın mümkün olamayacağını vurgulamakta ve duyguyu bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve bir dizi hareket eğilimi olarak tanımlamaktadır (37).

Duyguyu tanımlamak kadar sınıflandırmanın da zor olduğu bilinen bir gerçektir. Çünkü duygularımız birçok bileşeni içeren karmaşık süreçlerdir. İnsanlar kısa bir süre içinde

çok farklı duygular yaşayabilir. Duyguların sınıflandırması ile ilgili ilk etkili çalışma Arnold tarafından yapılmıştır. Arnold (1960) duygularımızın en basit düzeyde nesnelere yaklaşmamızı ve uzaklaşmamızı sağlayışlarına göre sınıflandırılabileceğini söylemektedir. Ancak bu açıdan bakıldığında duygularımızı olumlu ve olumsuz gibi iki kategoriye ayırmanın çok zor olduğu görülmektedir. Çünkü duygularda güdüler gibi basit yaklaşma-kaçınma tepkilerinin çok ötesinde, karmaşık davranışları harekete geçiren süreçlerdir. Lazarus (1991) ise duyguları zararlardan ortaya çıkan duygular, faydalardan doğan duygular, sınırda olan duygular, duygu olmayanlar şeklinde dört temel kategoride sınıflandırmaktadır. Bazı uzmanlar ise duyguların pozitif ve negatif olarak iki zıt boyut üzerinde sınıflandırılabileceğini ileri sürmektedirler. Onlara göre insanların duygusal yaşantıları bir çizgi üzerinde negatif (acı veren) ve pozitif (haz veren) kutuplar arasında gidip gelmektedir(56). Duyguları en etkili bir şekilde tanımlama ve sınıflama girişimlerinden birisi de Plutchik tarafından yapılmıştır. Plutchik duyguları, insanları ve hayvanları uyum ve denge sağlayıcı davranışlara sürükleyen iç faktörler olarak tanımlamakta olup duyguları sekiz temel kategoriye ayırmaktadır. Kendisinin duygu çemberi olarak adlandırdığı sekiz duygu kategorisinde; tiksinti, öfke, umut, korku, hayret, üzüntü, sevinç ve kabul yer almaktadır. Plutchik, yukarıda sayılan temel duyguların birleşmesi yada karışmasıyla yeni duygular oluşabileceğini söylemektedir. Duygularımızın genel işlevi doğaya ve topluma uyum sağlamak ve böylece hayatta kalma ihtimalimizi artırmaktır. Bu yüzden evrim sürecinde duygularımız hayatta kalma ihtimalimizi arttırmıştır (56). Dökmen'e göre bir canlının normal, sıradan bir yaşam sürebilmek için duygularına ihtiyacı vardır. Ancak insan duygulara iki defa ihtiyaç duyar. *Birincisi günlük yaşamını sürdürebilmek için bir motivasyon kaynağı olarak ikincisi ise varoluş düzeyini yükseltmek kaliteli, sıra üstü yaşayabilmek için duygulara ihtiyacı vardır.* Bireyin kendisine ait duygularını ve isteklerini fark edip ifade etmesi yaşamını sürdürebilmesi için gereklidir. Sosyal çevresinin egemenliği altına girmeden kendi duygu ve isteklerini fark edip bunları aslına uygun olarak yaşama becerisini geliştirmek isteyen birey, duygu ve isteklerini fark edebildiğinde içindeki doğal güce ulaşabilir (39).

Duygu, düşünce ve davranışlar birbiriyle ilişkilidir. Ancak aralarında bir neden sonuç ilişkisi olup olmadığı araştırmalarca kanıtlanamamıştır. Duygular, dil ve bilinç bir bütündür. Bu bütünlük insanın varoluş sürecinde çok önemli işleve sahiptir. Duygular, hedefe yönelik davranışlarımızın itici güç kaynağıdır. Düşüncelerimiz ise hedefe ulaşmak için hangi davranışları sergileyeceğimiz konusunda bize yardımcı olmaktadır. Duygular ve düşünceler arasındaki iş bölümünü Dökmen şöyle bir benzetmeyle ortaya koyar. *“Mantıklı düşünceler*

geminin dümeni, duygular ise geminin yakıtıdır” (40). Goleman’a göre ise beynimizde duygu merkezi olarak bilinen amigdala ile neokorteks arasındaki bağlantılar, akıl, düşünce kalp duygu ve davranışlar arasındaki bağlantıları gösteren ana merkezdir. Bu yüzden en akılcı kararlarda bile duygunun etkisi gözardı edilemez (56).

İnsan yaşamında bu denli öneme sahip olan duygularımızı fark etmek ve ifade etmek de bir o kadar önemlidir. Fakat çeşitli sebeplerden ötürü birçoğumuz duygularımızı fark edip ifade etmekte sorunlar yaşarız. Temelde, duygularımızın altında rahat yaşama arzularımız vardır. Duygularımızı yani toplumsal etki ile bastırılmış bize ait duygu ve isteklerimizi fark edip ifade etmek, sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmamızda önemlidir. Duygularımızı fark edip ifade ettiğimizde içimizdeki büyük potansiyeli kullanma şansımız artar. Bunu başarırız kendimiz olabiliriz.

Taylor ve arkadaşları duygularını ifade edemeyen bireylerin benlik saygısı düşük ve bağımlı kişiler olduklarını belirtmektedirler. Bozkurt çalışmasında duyguları ifade edememenin bireylerde gelişme vebaşarı eksikliğine, acı çekme, yorgunluk ve ülser gibi psikosomatik belirtilere neden olduğunu, ayrıca depresyonu tetiklemede önemli rol oynadığını saptamıştır. Baymur ise, bireyin kendi içine kapanarak duygularını ifade edememesinin iletişimi ve üretkenliği sınırladığını söylemektedir (56).

Kişiler arası ilişkilerde çatışmaların çıkmasının nedenlerinden biriside duyguların fark edilip ifade edilememesidir. Duyguların sözel olarak ifade edilmesinin engellendiği durumlarda bedenin, çoğunluğu somatik yakınmalardan oluşan farklı tepkiler gösterdiği ve aleksitimiye yatkınlığın arttığı anlaşılmıştır (29). Duygusal farkındalık olmadan bireyin düşünmesi, davranışta bulunması, fizyolojik tepkiler vermesi, bütün bunların sonucu olarak iletişim ve ilişkide bulunması mümkündür. Ancak duygusal farkındalık olmadan bireyin kendi iç dünyasını fark etmesi kendi istek ve duygularının bilincinde olması buna bağlı olarak kendini tanıması ise oldukça zordur. Kendini tanımakta yetersiz olan bireyin kendisiyle ilgili doğru ve sağlıklı karar vermesi beklenemez. Bu anlamda kendi iç dünyası ile ilgili iletişim sorunu yaşayan bireyin dış dünya ile iletişimde, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşamaması yadsınamaz (56).

Duyguları fark edip tanıma becerisi aslında “*duygusal zekanın*” temel becerilerinden biridir. Duygu, düşünce ve isteklerinin farkında olan birey kendini daha iyi tanır ve otantik

yaşama şansı artar. Kendini iyi tanıyan birey günlük yaşamda daha sağlıklı ilişkiler kurarak, mutlu ve üretken birisi olarak yaşamını daha anlamlı yapma şansı artar (56).

Duyguların insan yaşamında bu denli önemli olması, duygusal problemlerle yakından ilgili olan *aleksitiminin* incelenmesi ve tedavi edilmesi gerekliliği daha iyi ortaya koymaktadır.

Kısacası; coşkulu, doyurucu, başarılı ve anlamlı bir yaşam sürdürebilmek için duygularımıza ihtiyacımız olduğu açık bir gerçektir. Ancak bireyin yaşamında bu denli öneme ve işleve sahip olan duyguları fark edip ifade edebilmek insanlık tarihi boyunca problem ol gelmiştir. Bu tür problem ve yetersizlikleri anlatmak için kullanılan bir sözcük olan *aleksitimi* (*alexithymia*) başlangıçta psikosomatik hastalıklara özgü bir terim olarak ruh sağlığı alanında kullanılan bir kavram olmuştur. Ancak daha sonraları yapılan araştırmalarda hasta popülasyonun yanısıra sağlıklı bireylerde de aleksitiminin, yaygın bir özellik olduğu anlaşılmıştır (85). Üzerinde yapılan farklı yorum ve tanımlamalara rağmen aleksitimin; hayal kurma ve düşlem yaşantısında kısıtlılık, duyguları fark etme ve ifade etme güçlüğü, dışa dönük olma ve işlemsel düşünme eğilimi gibi özellikleri üzerinde, uzmanların fikir birliği içinde oldukları anlaşılmaktadır (61).

Aleksitimi başlangıçta psikoanalitik kuramcılar tarafından psikosomatik hastalıklara özgü bir semptom olarak ortaya atılmıştır. Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyonun çok önemli bir yer tutmasına ve psikosomatik hastalıklara yakın bulunmasına rağmen, yapılan araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatik hastalıklar arasında doğrudan net bir ilişki olduğu söylenememiştir. Ayrıca son yıllarda yapılan araştırmalarda aleksitiminin yalnızca klinik hastalarda, psikosomatiklerde görülen bir özellik olmadığı, aynı zamanda normal popülasyonda sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü tespit edilmiştir. Ve günümüzde yaygınlığı hızla artmaktadır (10,81,47).

Çağımızın modern toplumlarında hızla artan nüfus ve gelişen teknoloji ile birlikte günümüz insanında bilgisayar ve internet kullanımının yaygınlaşmasıyla toplumda aleksitimik özelliklerde artış olduğu gözlenmiştir. Toplumda yaygınlaşarak devam eden ve toplumsal sağlığı olumsuz etkileyen aleksitimi ile ilgili bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu açıkça görülmektedir. Ancak; ülkemizde aleksitimi ile ilgili özellikle de normal popülasyonda yapılan bilimsel çalışmaların yok denecek kadar az olduğu anlaşılmıştır.

1.8.1.1.Aleksitimi Kavramı

Aleksitimi başlangıçta psikosomatik kuramcılar tarafından ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla ortaya atılmış bir kavramdır. Ancak daha sonraları aleksitiminin sadece psikosomatik hastalıklara özgü bir durum olmadığı, sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü anlaşılmıştır (56).

İlk defa Sifneos 1972 yılında Avrupa’da bir konferansında bu türden duygusal sorunları anlatmak için aleksitimi kavramını kullanmıştır. Kelime anlamı olarak aleksitimi Yunanca’da *a= yok*, *lexis= söz*, *thymos=duygu* anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Bu kavram Türkçe’ye “duygular için söz yokluğu” şeklinde çevrilmiştir(38). Şahin(1983) ise, aleksitimiye sadece “*duygular için söz yitimi*” anlamına gelen duygulara karşı “*dilsiz*” olmakla sınırlandırılmayacağını, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda duygularına karşı “*sağır*” olduklarını da vurgulamış ve aleksitimi için “duygusal ahrazlık” tanımını ortaya atmıştır. En basit olarak aleksitimi duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanabilir (85).

Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyonun çok önemli bir yer tutmasına rağmen yapılan araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatik hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanıtlanamamıştır. Yani aleksitimik özellikler ile psikosomatikbulgular arasında etiyolojik (neden-sonuç) ilişkisi olduğunu söylemenin mümkün olmadığı, sadece bir benzerlikten bahsedilebileceği vurgulanmaktadır (84,87). Bu yüzden aleksitiminin bir hastalıktan çok, kişilik özelliği, yetersizlik olduğunu savunanlar vardır. Taylor ve Sifneos’a göre aleksitimi bir hastalık değil daha çok kişilikle ilgili bir durumdur. Bazı araştırmalara göre aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel faktörlerin etkisinde önemli yer tutar (86). Ruesch, analitik terapiye aldığı bazı bireylerin duygularını ve rahatsızlıklarını bedensel tepkiler olarak ortaya koyduklarından söz etmektedir. Ruesch, daha sonra aleksitimik olarak tanımlanacak bu hastaların duygularını sözel ifade yerine bedensel tepkiler olarak açığa vurduklarını, bu nedenle çocuksu kişilik (infantil personality) özellikleri gösterdiklerini savunur (61).

Aleksitiminin kişisel bir eğilim, sosyal destek eksikliği sonucu ortaya çıkan durum, hastalık, psikosomatik belirti, bilişsel bozukluk, beceri eksikliği-yetersizlik, nörolojik bir bozukluk olduğunu savunan farklı görüşler vardır. Bu kadar çok farklı görüş ve yorum aleksitimi tanısının konmasını zorlaştırmaktadır. Aslında aleksitimi ya hep ya hiç fenomeni

değildir. Aleksitimi var yada yok yerine aleksitimik özelliklerin düzeyinden bahsetmek daha doğru bulunmaktadır. Bundan başka aleksitimik özelliklerin kalıcı mı (trait) yoksa geçici mi olduğu konusunda görüş ayrılıkları vardır. Ancak Freyberger bu problemi birincil ve ikincil aleksitimi ayrımı yaparak bir anlamda çözmüştür. Ona göre *birincil aleksitimi* psikosomatik hastalarda bedensel tepkilerin ve şikayetlerin ortaya çıkmasını sağlayan süreklilik gösteren etmendir. İkincil aleksitimi ise kanser gibi ağır bedensel hastalarda, yoğun bakım hastalarında ve travma geçiren bireylerde ortaya çıkan geçici bir durumdur. Bazı uzmanlara göre aleksitimi tamamen sosyo-kültürel bir olaydır. Çünkü aleksitimi zaten ilk olarak duyguları sözel olarak ifade etmenin sağlıklı ve olgunluk belirtisi olarak kabul edildiği batı toplumlarında ortaya çıkmıştır. Ancak bazı toplumlarda insanlar çocukluktan itibaren yaşadıkları çevrede duyguları ifade etmek yerine gizlemeyi ve bastırmayı öğrenmektedirler. Çoğu doğu toplumlarında duygular bedenselleştirilerek kullanmaya dönüştürülmektedir. Buna dönüştürme ya da bedenselleştirme bozukluğu da denilmektedir (61).

Ülkemiz bu açıdan duyguların somatik tepkilere dönüştürüldüğü doğu toplumlarına daha yakındır. Nörofizyolojik yaklaşımı benimseyen uzmanlara göre ise, aleksitimi limbik sistemden neokortekse gitmek için harekete geçen duyusal uyarıların bloke edilmesi sonucu, uyarıların bilinçli duygusal yaşantılara dönüşmemesiyle oluşan bir bozukluktur (56). Von Rad aleksitimi nesne ilişkileri görüşünden hareketle açıklamaya çalışmıştır. Ona göre aleksitimi ayrılma birleşme sürecindeki aksama sonucu ortaya çıkan beden şeması bozukluğudur. Psikoanalitik kuram açısında aleksitimi için *duygusal bastırma* kavramı kullanılmıştır. Bilişsel kuramı benimseyen araştırmacılara göre ise aleksitimi bilişsel gelişim dönemlerindeki bazı eksikliklerden kaynaklanan ya da bilişsel süreçlerdeki çarpıtmalar, mantık dışı, işlevsel olmayan, uyum bozucu otomatik düşünceler sonucu oluşan bir rahatsızlıktır (89).

1.8.1.2.Aleksitimik Belirtiler-Kişilik Özellikleri

Aleksitimi kavramının yaratıcısı olan Sifneos, aleksitimik bireyler için şu ifadeleri kullanmaktadır. Aleksitimi öncelikle bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur. Duyguların merkezi bir öneme sahip olduğu toplumsal yaşantıda aleksitimikler yabancı, hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi verirler. Aleksitimiklerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme güçlüğü çekmeleridir. Günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimselerdir. Ancak duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar

yaşarlar. Zeki olabilirler fakat bu zekalarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar (80).

Aleksitimik bireylerin özellikleri açıklanırken karşımıza çıkan üç temel kavram vardır; *Duyu(affect)* zihinsel bir yönelimdir hem biyolojik hem psikolojik öğeler içerir. *Duygu* (emotion) ağrı ,istek, umut gibi zihinsel yaşantı durumudur. *His (feeling)* hoşnutluk yada acı çekme, duygusal olarak etkilenme durumunun sonucu olarak tanımlanmaktadır (56).

Üzerinde yapılan farklı yorum ve tanımlamalara rağmen konunun uzmanları aleksitimik kişilik özellikleri belirtilerinin dört temel başlık altında toplanması konusunda fikir birliği içinde oldukları anlaşılmaktadır (87).

Bu özellikler;

- 1-Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü.
- 2-Hayal kurma, düşlem (Fantasy) yaşantısında kısıtlılık
- 3- İşe vuruk işlemsel (Operational Thinking) düşünme.
- 4-Dışmerkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (bilişsel tarz)

1- Duyguları Fark Etme, Ayırtetme ve Söze Dökme Güçlüğü

Aleksitimik bireylerin en belirgin özelliği duygularını tanıma ve ifade etmedeki güçlükleridir. Bu insanlar özgül bir biçimde duygularını tanıyamaz ve tanımlayamazlar. Duygularını çok kabaca, “*rahatlama ve rahatsız olma*” gibi basit kelimelerle ifşa edebilmekte veya ‘*gevşeme ve gergin olma*’ gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler. Konuşmaları *tekrarlayıcı* ve *ayrıntılıdır*. Sık sık *bedensel yakınmalarından* söz ederler. Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık, bazen duruşlarındaki donukluk ve duygularının yüzlerinden anlaşılmamasıyla da kendini belli eder (56). Aleksitimik kimselere yaşadıkları tatsız bir olay sırasında neler hissettikleri sorulduğunda, o anda neler düşündüklerini, neler yapmak veya söylemek istediklerini ayrıntılı olarak anlatır. Duygularından bahsetmesi için ısrar edildiğinde ise ne zaman duygularından ne zaman düşüncelerinden söz etmekte olduğunun bilemediği gözlenebilir (37). Bedensel belirtileri ile duyguları arasındaki farkları kavrayamadıklarından sanki ezberlemiş gibi tekrarlayıcı ifadelerde bulunurlar (59). Kısacası aleksitimik kimseler günlük yaşamda ilişkiler kurabilen, düşünebilen, anlatabilen ancak duygu ve düşünceleri

arasındaki farkı ayırt etmede ve bağlantı kurmada, duygularıyla bedensel duyumlarını ayırt etmede ve bütün bunları ifade etmekte güçlük yaşayan bireyler oldukları bilinmektedir (45).

2- Hayal Kurma, Düşlem (Fantasy) Yaşamında Kısıtlılık

Aleksitimik özellik gösteren bireylerin hayal gücünde oldukça zayıftır. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içinde, tutku ve özlemlerin silik bir biçimde yansıdığı kuru ve renksiz fantazilerdir. Aleksitimikler hayal etmesi istenilen yaşantılarını canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler (56). Sifneos, aleksitimik kimselerin düşlem ve fantezi yaşantılarındaki eksiklik, onlarda olayların daha çok detaylarına dikkat etmeye ve işlemsel (operative) düşünmeye neden olmaktadır (37). Buda aleksitimiklerin rüyalarının daha çok ikincil süreçlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Rüyalarını çok seyrek hatırlarlar, rüyalarındaki anlatımlarının daha çok günlük olaylara ilişkin gerçekleri içerdiği ve somut nitelikte olduğu gözlenmiştir. Hayal kurma becerilerindeki eksikliklerine bağlı olarak yaratıcı olmakta zorlanabilirler (80).

3- İşlemsel- İşe Vuruk Düşünme Eğilimi (Operational Thinking)

Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına düşlem ve fantezi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Çünkü pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğilimindedirler. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aramaz sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya çalışırlar. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler genellikle çevreleriyle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler (56).

4- Dış Merkezli Uyuma Yönelik Bilişsel Yapı (Bilisel Tarz)

Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Çevreleriyle olan ilişkilerinde tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok

dış uyaranlar ağırlıklı olarak yön verir. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler. Bu durum onların dışa dönük bilişsel yapı geliştirmiş olmalarından kaynaklanmaktadır. Mc Dougal ise bu uyumu '*yalancı normallik*' (pseudonormality) olarak yorumlamaktadır (56).

Aleksitimik insanlarda belirgin olarak görülen bu dört temel özelliklerin yanısıra ikinci derecede önemli özelliklerinde sıkça bulunduğu konunun uzmanlarınca söylenmektedir. Bu özellikleri şöyle sıralamak mümkündür:

1. Aleksitimik kimseler çevresel ayrıntılara ilişkin düşünce yoğunluğu ve çeşitli bedensel belirtilerden yakınma gibi nedenlerden dolayı nevrotik olarak adlandırılabilirler. Fakat aleksitimikler belirli özellikleriyle nevrotiklerden kesin olarak ayrılırlar. Duygu ve düşlem yokluğu nevrotik kişilerde psikolojik çatışma alanıyla sınırlı kalırken, aleksitimiklerde her alana yayılmış durumdadır. Duyguları ile düşünceleri uygunluk göstermeyebilir (37).
2. Aleksitimik bireyler çok seyrek rüya görürler ve rüyaların öğeleri arasında ilişki kurmaları istendiğinde bunu gerçekleştirmekte zorlandıkları görülür (37).
3. Aleksitimiklerin yaratıcılıktan yoksun, robot gibi, mekanik bir yaşam sürmeyi tercih ettikleri bilinmektedir (37).
4. Başkalarıyla eşduyum yapma, onları anlama, empati kurma yetenekleri zayıftır (37).
5. Aleksitimikler çok nadiren ağlamalarına rağmen yaşanan öfke üzüntü ve kederlere bağlı olarak bazen aşırı düzeyde ağlamaları da olabilir (37).
6. Bağımlı olma eğilimleri vardır. Dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler, insanlardan kaçarlar. Dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler (80).
7. Aleksitimikler narsistik, psikosomatik, pasif-agresif veya pasif-bağımlı kişilik özellikleri gösterebilirler (37).
8. Hassas değillerdir, düşünmeden davranma eğilimleri vardır. Kendilerini sıradan zayıf, aciz gösterme çabalarının yanısıra, gergin ve katı kurallıdırlar. Aynı konu

üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları, kendi bildiğini yapan davranış merkezli olmaları aleksitimik bireylerin belirgin özelliklerindendir (80).

9. Barksy ve Klerman'ın (1983) ileri sürdükleri hipoteze göre duygularını işleme de güçlük yaşayan aleksitimikler duygulara bağlı bedensel duyularını abartır ve çok ani tepkiler verirler. Buna bağlı olarak aleksitimik kişilerde ek olarak yeme bozuklukları, psikoaktif madde bağımlılığı, kendine zarar verici saplantılı davranışları görülebilmektedir (80).

10. Aleksitimik kimseler bedensel belirtilerini ezberlemiş gibi, nazik bir dille hikaye gibi düzenlemeden duygu ve düşünceleri arasında ilişki kurmadan dağınık ve ısrarcı bir şekilde tekrarlayarak anlatırlar (37).

11. Aleksitimikler genellikle birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih ederler. Ancak bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor görünürler fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkındadırlar ve bunu gizlemeyi tercih ederler (37).

12. Aleksitimik bireyler stresli yada depresyonda olsalar bile çoğunlukla bunu inkarederler. Depresyonları hakkında bilgilendirilseler bile bu kez açıklamakta zorlanırlar. Basitçe sırtım ağrıyor, canım acıyor, kalbim sızlıyor gibi sözcüklerle ifade ederler (80).

Yukarıda saydığımız belirgin aleksitimik özelliklerin birçok araştırmacı ve düşünür tarafından paylaşılmasına rağmen bir kimseye aleksitimik teşhisi koymanın kolay olmadığı vurgulanmaktadır. Çünkü aleksitimik özellikler için gerekli minimum kriter konusunda henüz kesin bir uzlaşma yoktur. Bu yüzden aleksitimi var yada yok yerine aleksitiminin düzeyinden bahsedilebilir (87).

1.8.1.3. Aleksitimi Kavramının Tarihsel Gelişimi

Aleksitimi başlangıçta psikosomatik hastalıklara özgün olarak belirli kişilik özelliklerini ifade etmek için tanımlanmıştır. Tanımlandığından beri; gerek klinisyenler gerekse araştırmacı ve kuramcılarının ilgisini çeken bir kavram olmuştur (47).

İlk olarak 1948 yılında Ruesch analitik terapiye aldığı psikomatik hastalarda yaptığı gözlemlerde, bu hastaların diğer nevrotiklerden farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel yada sembolik olarak ifade edemediklerini belirtmiştir. Psikosomatik şikayetlerle gelen bu kişilerin duyguların veya gerilimlerini ifade etmenin tek yolu bedensel tepkilerle açığa vurmaktadırlar. Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu özellikleri “*çocuksu kişilik*” (*infantil personality*) olarak kavramsallaştırmıştır. Ona göre çocuksu kişilik yapısı psikosomatik hastalıkların temelinde yatan sorunun özünü teşkil etmektedir. Duygu ve heyecanlarını sözel olarak ifade edemeyen bireyler bu durumlarını bedensel yakınmalarla açığa vururlar (56).

Kısa bir süre sonra, 1949 yılında, Mac Lean bir makalesinde psikosomatik hastalarda duygularını söze dökmekte zihinsel bir yetersizlik olduğundan bahsetmiştir. Mac Lean psikosomatik kişilerin duyguları neokortekse ulaşp sözel yolla simgesel anlatım bulamadığından “otonom” yollarla ifade edilmekte yani “organ diline” çevrilerek, bedensel belirtiler olarak kendini gösterdikleri şeklinde vurgulamaktadır (87).

Freedman ve Sweet duygularını sözel olarak ifade edemeyen kimseleri, psikosomatik hastaları *duygu cahilleri* (emotional illiterates) olarak tanımlamışlardır. Bu kimseler kaygılarını bedenselleştirdiklerinden duygusal yaşantılarının da farkında değildirler (56).

1963’te ise Fransız psikanalistlerden bir grup Marty ve M. Uzan psikosomatik şikayetleri olan insanlarda fantezi kısıtlılığı, duygusal yaşamda kısıtlılık, işe-vuruk, pratik, faydacı düşünme eğilimi, hayal kurma ve sözel ifade güçlüğü gibi belirgin belirtileri tespit etmişlerdir (61).

Fransa’daki çalışmalardan habersiz olarak 1968 yılında Krystal ve Raskin post travmatikler ve ilaç (içki, uyuturucu) bağımlısı olan kişilerde de psikosomatiklere benzer şekilde duygularını tanıma ve ifade güçlüğü, fantezi ve hayal yaşantılarında azalma olduğunu tespit etmişlerdir (87).

Nemiah ve Sifneos, 20 psikosomatik hastanın görüşme kayıtlarından bu hastaların büyük çoğunluğunun duygularını tanıma ve sözel ifade etmede zorlandıklarını, hayal ve fantezi yaşantılarında kısıtlılık olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı zamanda görüşmecilerin bu hastaları, donuk, ölgün, sıkıcı, faydacı, dışa dönük (externally oriented) hayal kırıklığı duygusuna kapılmış kimseler olarak tanımladıklarını da saptamışlardır (61).

1972 de ise Sifneos o zamana kadar özelliklepsi kosomatik hastalarla çalışan üzerinde yıllardır çeşitli klinisyen ve araştırmacı tarafından tespit edilmiş olan; duygularını tanıma ve sözel ifade gl, hayal ve fantezi yaşamında kısıtlılık, işe vuruk düşünme eğilimi, çatışma ve engellenme durumlarındaki problemlerini bedensel belirtiler olarak yansıtmaya gibi özellikleri “aleksitimik özellikler” olarak tanımlamıştır. Ona göre bu kavramı kullanmasının temel nedeni aleksitimik bireylerdeki en temel özellik olan duyguları ifade etme gln vurgulama düşüncesidir (56).

Krystal aleksitimi kavramının psikosomatik bozukluklarda olduğu kadar, psikiyatrik bozukluklarda da temel nedenlerin anlaşılmasında önemli ipucu olarak öne sürmüştür. Bu açıklamalardan da anlaşıldığı gibi aleksitimi kavramı ilk defa psikosomatik hastalıkların ifadesi için kullanılmıştır. Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyonun çok önemli bir yer tutmasına rağmen veya aleksitimi psikosomatik hastalara yakın bulunmasına rağmen araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatik hastalıklar arasında doğrudan net bir ilişki olduğu sylenememiştir. Sonuç olarak, aleksitimi ile psikosomatik semptomları arasında etiyolojik bir ilişkiden çok benzerlik olduğunu söylemek daha doğru olur. Çünkü son yıllarda yapılan araştırmalarda aleksitiminin yalnızca psikosomatik hastalara, klinik bozukluklara ait bir özellik olmadığı, aynı zamanda genel popülasyondaki, sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü tespit edilmiştir (56).

1.8.1.4. Aleksitimin Kuramsal Alt Yapısı

Aleksitimi yeni bir kavram olmasına rağmen, etiyolojisi psikoanalitik, sosyal öğrenme, davranışçı, gelişimsel, bilişsel ve nörofizyolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır.

1.8.1.4.1. Nörofizyolojik Yaklaşım

Aleksitiminin etiyolojisine ilişkin ilk temel çalışmalardan birisi komissrotomili hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu hastalarda aleksitimik özellikler görülmesinden yola çıkan uzmanlar aleksitimik bireylerde de beynin sağ ve sol yarım küreleri arasında bağlantı kopukluğu olduğunu öne sürmektedirler. Beynin sağ yarım küresinde birincil süreçteki düşüncelerle sol yarım küresindeki ikincil süreçteki düşünceler arasında kopukluk olduğu vurgulanmaktadır. Bu hipotezi test etmek ve geliştirmek için birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğunda hastaların korpus kallasımları kesilerek beyin yarım küreleri

arasındaki bağlantı koparılmış ve sonuçta bu hastaların yoğun somatik şikayetler ve tepkiler gösterdikleri anlaşılmıştır (56).

Psikosomatik hastalar üzerine yaptığı araştırmalarla tanınan Mac Lean 1949'da psikosomatik hastalarında limbik sistem ile neokorteks arasında bir bağlantı bozukluğundan söz etmiştir. Daha sonraları Nemiah bu görüntülerden yararlanarak aleksitimikler için nörofizyolojik bir hipotez geliştirmiştir. Bu hipoteze göre, aleksitimiklerde şizofrenik hastalardakinin tersine limbik sistemden neokortekse gitmek üzere harekete geçen duyuşal uyarılar (sensory inputs) striatumda bloke edilmektedirler. Yani uyarılar neokortekse ulaşp bilinçli duyuşal yaşantılara dönüşmemektedirler. Aleksitimik bireylerdeki bu durumu Sifneos *duyguların afazisi* olarak yorumlamaktadır. Aleksitimiklerde sol yarım kürede donukluk olduğunu öne süren Flannery ve Taylor araştırmalarının bu tezlerini desteklediğini söylemektedirler (56).

Aleksitimik bireylerin psikosomatik hastalık geliştirmeye yatkın olmalarının nedeninin beyinin sağ yarım küresindeki aktivite eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceği söylenmektedir. Sağ yarım kürenin konuşma işlevlerinde lezyon olan bir hastada aleksitimik özellikler gözlenmiştir. Yine başka bir araştırmada, yalnızca sağ elini kullanan bireylerde yalnızca sol elini veya her iki elini kullananlara kıyasla aleksitimik özelliklerin anlamlı ölçüde daha yoğun olduğu tespit edilmiştir (50).

Beyin yarım kürelerinin uzmanlaşması ile ilgili geliştirilen yeni modeller bilişsel tarzları vurgulama eğilimindedirler. Bu noktada sol yarım kürenin analitik aşamalı işlemler gerektiren mantık ve matematik gibi bilişsel görevler üzerine uzmanlaştığı; sağ yarım kürenin ise birleştirici, kıyaslanabilen duyuşal yaşantılar ağırlıklı uzmanlaştığı söylenmektedir (87). Aleksitimik bireylerde ise uzmanlaşma sol yarım küre üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu nedenle aleksitimiklerde görülen hayal yaşantısında kısıtlılık ve katı düşünce yapısı buna bağlanmaktadır. Sol beyni sağ beyne oranla daha yoğun kullanan bireylerde bedensel yakınmalar, duyuşal yaşantılarda kısıtlılık ve panik bozukluk görülmesi aleksitimik özelliklerle bağdaştırılmaktadır (87).

1.8.1.4.2. Psikoanalitik Yaklaşım

Bilindiği gibi psikoanalitik yaklaşım, özünde acı verici algı veya duyguların yadsınmasının, sözel olarak ifade edilememesinin nedenini, sağlıklı ego savunma

mekanizmalarına veya duygusal travmalara bağlamaktadır. Bu açıklama aleksitimi için de geçerli olabilir. Freud kuramın özünde duyguları hoş ve hoş olmayan kaygılara bağlamıştır. Eğer bastırılmış libido, hayal ve fantezi olarak gerçekleşme imkanı bulamazsa sonraki yaşantılarda kaygı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu kaygıda psikolojik sağlık açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Freud'a göre bir uyarıcının sözel olarak ifade edilebilmesi için bilinç dışından bilinç düzeyine gelmesi gerekir. Oysa bilinç dışına itilen duygu, çatışma ve gerilimler yaşanır ancak bunun içeriği bilinçli olarak algılanamaz ve ifade edilemez. Bilinç dışında ifade edilmeyen ve sözel olarak paylaşılmayan duygu ve çatışma, kendilerine gerilimler ve beden dili (somatik) ile anlatım bulurlar. Bu yönüyle aleksitimiklere benzemektedir (84).

Mc Dougall ise aleksitiminin çeşitli psikolojik kaynaklardan doğabileceğini, burada kullanılan savunma düzeneklerinin yadsıma ve bastırmadan farklı olarak psikotik doğada olduğunu ileri sürmüştür. Mc Dougal'a göre erken dönem anne-çocuk ilişkilerindeki bozukluk; çocukta içsel temsiller oluşturma, imge kurma yeteneğini engeller. Anne imgesini oluşturma şansı bulamayan çocuk, daha sonraları içsel gereksinimleri için gerekli olan hayal kurma ve fantezi yeteneğinden yoksun kalacaktır. Benzer şekilde erken yaştaki anne-çocuk ilişkilerindeki düzensizlik gerçek benliğin oluşmasını engellediği buda içgüdülerin sözel ifadesini güçleştirdiği için aleksitimik özelliklerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Yani aleksitimik özelliklerin psikotik nitelikli çatışma ve kaygılara karşı bir savunma mekanizması olduğu iddia edilmektedir (65).

Psikoanalitik kuram açısından erken dönem anne-çocuk ilişkisindeki bozukluğu vurgulayan düşünürlerden biride Wolff'dur. Ona göre çocuğun duygusal yönden kendini ifade etmesini, duygusal öz anlatımını (emotional self expresion) ve oyunculuğunu (playfullness) reddeden ebeveynler çocuğun duygu ve fantezilerini pekiştirmek yerine en yakınları ile bile paylaşmasını engellediklerinden çocuk zamanla duygusuz iletişim kurarak sahte bir benlik (false-self) geliştirir. Duygusal alanda oluşturulan baskı ve karmaşalar çocuğu duygularını ifade etmemeye, tanımamaya hatta yaşamamaya yöneltmektedir. Psikosomatik hastaların çocuğun aşırı koruyucu yada üstü kapalı reddedici tutumu olan annelere sahip oldukları bilinmektedir. Bu anneler çözülmemiş narsistik çatışmalarını çocuklarına yansıtmaktadırlar. Annenin bebeğini kendi bedenin bir parçası gibi algılayarak onun bedensel tepkilerine aşırı dikkatli olması ve kontrolünün; ileriki yaşlarda çocuğun bedenin öz

temsilindeki yetersizliğe bağılı olarak aleksitimik belirtilerin oluşmasına neden olmaktadır (62).

Krystal aleksitimin oluşumuna ilişkin, psikoanalitik kurama dayalı gelişim merkezli açıklamalar yapmıştır. Ona göre bazı aleksitimik bireyler travmatize oldukları için duygusal gelişimin ilk dönemine saplanıp kalmış yada gerilemiş olabilirler. Travma sonrası oluşan aleksitimik özellikler bebeklikte anneyle kurulan sembiyotik ilişkinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Krystal çocuğun duygusal iletişim kapasitesinin gelişmesinin; tamamen ailenin kurduğu ilişkilerle çocuğunun duygusal yaşantısını tanıyıp geliştirip zenginleştirmesine bağılı olduğunu vurgular. Ona göre çocuk başlangıçta duygularını bedensel olarak ifade edebilir. Duyguları henüz farklılaşmamıştır ve bedenseldir. Fakat çocuğun gelişimine bağılı olarak duyguları da farklılaşarak bedensellikten (desomatization) ayrılarak sözel ifadeye dönüşmektedir. Ancak bu gelişim süreci üzerinde bebeklikte yaşanan bozuk ilişkilerin veya olumsuz bir olayın dondurucu ve geriletici etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle bazı aleksitimikler çocuklukta geçirdikleri olumsuz olay ve yıkıcı ilişkiler nedeniyle duygusal gelişimlerini tamamlayamamış, duygusal gelişimin ya ilk dönemine saplanmış yada gerilemiş olan bireylerdir. Bu nedenle Krystal aleksitimiklerdeki hayal ve fantezi yoksunluğu, yaratıcılık ve kendine bakım eksikliği gibi özellikleri; erken çocuklukta yaşanan duygusal gelişimi engelleyici yıkıcı olay ve ilişkilere bağlamaktadır. Bu durumda aleksitimi gelişimsel bir başarısızlık yada psikolojik bir travma sonucu ortaya çıkan duygusal sıkılma ve gerileme olarak düşünülebilir (56).

1.8.1.4.3. Sosyal Öğrenme-Davranışçı Yaklaşım

Bu yaklaşım her türlü insan davranışının sosyal ilişkiler ortamında, öğrenme sonucu meydana geldiği tezine dayanmaktadır. Bireyin normal ve normal dışı olarak kabul ettiğimiz tüm davranışları doğumdan itibaren bağlayan öğrenme ve eğitimi sonucu oluşur. Her insanın içinde doğup büyüdüğü bir aile ve ailenin de içinde yer aldığı sosyokültürel yapı ve iletişim biçimi vardır. Bireylerin iletişim ve davranış tarzları duygu ve düşüncelerini ifade biçimleri bu sosyal kültürel yapı içinde şekillenmektedir. Bu düşünceler paralelinde Lesser(1954), duyguların sözel olarak ifade edilmesinin sağlıklı ve olgunluk belirtisi olarak kabul edildiği batı kültürü ve felsefesinin ürünü olduğunu söylemektedir. Buna karşılık bazı doğu kültürlerinde duyguların açığa vurulmasının hoş karşılanmadığı hatta bazı dillerde belirli duygular için kelime bile bulunamadığı bilinmektedir. Stoudemire (1963), bireylerin iletişim kurma yeteneklerinin aile içinde öğrenme ve model olma sonucu ortaya çıktığını

vurgulamaktadır. Ona göre çocuklar, aile içinde ve yaşadıkları çevrede, kendiduygu ve düşüncelerini ifade etmeyi öğrenecekleri yerde bastırmayı yada bedensel olarak ifade etmeyi görüyorsa, “hasta rolüne adapte” olarak aleksitimik özellikler göstermeye eğilim göstermektedir. Kısacası bu yaklaşıma göre bireylerdeki aleksitimik özelliklerin ortaya çıkması; içinde yaşadıkları sosyo kültürel ortamdaki öğrenme sonucudur. Aleksitimibireyin görgü, eğitim ve yaşantısıyla ilgili kültüre bağlı olan sosyal kökenli bir olgudur (95).

1.8.1.4.4. Bilişsel Yaklaşım

Psikolojik bir sorunda bilişsel kuramın bakış açısını diğerlerinden ayıran en önemli özellik, bireyin tepkileri ile uyarıcılar arasına giren zihinsel süreçlere yapılan vurgulamadır. Bilişsel kuramın kurucularından olan Beck’e (1995) göre bireydeki psikolojik sorunların altında dış ve iç dünyadan gelen uyarıcıların fonksiyonel olmayan, bozulmuş bilişsel süreç nedeniyle çarpık bir şekilde algılanması ve gerçeğe uygun olmayan bir şekilde yorumlanması yatmaktadır. Yaşamın ilk yıllarından itibaren sosyalleme sürecinde, deneyim ve öğrenmelere bağlı olarak bireyde bazı temel düşünce ve inanç sistemleri, varsayımlar ve genellemeler oluşur. Bu temel varsayımlar tekrarlanarak şemaları oluşturur. Oluşan şemalar ise günlük yaşamda birey tarafından algıları organize etmede, dış dünya ve olayları yorumlayıp anlamlandırmada kullanılır. Ancak şemalar bazen son derece katı, dirençli, orantısız aşırılık özellikleri taşıdığından işlevsel ve uyum sağlayıcı değildirler. Beck’e göre bu şemaların içeriğinde değersizlik, yetersizlik, keyfi çıkarsama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, abartma küçümseme, kendini suçlama başarısızlık ve ikili düşünme gibi bilişsel çarpıtmalar bulunmaktadır (20).

Bazı bilişsel düşünürlere göre duyguları ifade etme aynı zamanda bilişsel gelişim sürecinden de etkilenmektedir. Kişilerdeki bilişsel çarpıtmalar onların duygu ve davranışlarını belirlediğine göre aleksitimide buna bağlı olarak açıklanabilir. Eğer bir kimse çevresindeki uyarıları tehdit edici olarak algılasa bunları tehlike yönünde abartarak yoğun kaygı yaşar. Bunun sonucunda da tehlike, tehdit, zayıflık ve zarar görme içerikli bilişsel şemalar olur. Bu şemalar bireye özgü olup aile ve kültürden köken alarak erken çocukluktan itibaren sosyalleşme sürecinde yerleşir. Bu bağlamda aleksitimik özelliklerde bilişsel şemalarda yer alan işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmaların bir sonucu olabilir. Lazarus’a göre de duyguların altında bilişsel değerlendirmeler, öğeler yatmaktadır. Duygu, bireyin çevre ile etkileşiminde yaptığı bilişsel değerlendirmelerin bir sonucudur. Lazarus (1978) bilişsel değerlendirmelerin basitten karmaşığa doğru bir derece izlediğini vurgular. Bilişsel

değerlendirmenin en ilkel, basit biçimi dil öncesi bilinç ve bilinç dışıdır. Gelişmiş olan biçimi ise bilinçtir ve burada düşünce, imgeleme ve duyguların sözel, simgesel ifadesi yer alır. Lazarus'un bu düşüncesine dayanarak Martin ve Pihl (1982), aleksitimiklerin Lazarus'un bahsettiği ilkel bilişsel şemalar kullandıklarını öne sürmektedirler. Onlara göre aleksitimik bireylerde bilişsel değerlendirme en alt düzeyde simgesel ve sözel olmayan bir biçimde yapılır. Bu yüzden aleksitimikler duygularını ayırt edemez ve fizyolojik tepkiler olarak sergilerler. Bu kimseler bilişsel çarpıtmaları nedeniyle stres ve kaygı gibi duygularının ne farkında olabilir ne de yaşayabilirler. Duygu durumlarının farkına varamadıkları içinde yaşadıklarını bedensel tepkiler olarak (psikosomatik belirtiler) ifade ederler (64).

Piaget'in bilişsel gelişim kuramını temel alan Lane ve Schwartz (1987) geliştirdikleri bilişsel gelişim modeline göre; duygu olarak yaşanan her şey duygusal uyarımların bilişsel işleminden geçmesiyle olur. Piaget'in bilişsel gelişim süreci, hiyerarşik bir yapıda, en basitten en karmaşığa beş adet duygusal duyarlılık basamağından oluşmaktadır. Onlara göre aleksitimikler bu basamakların alt evresi olan duyguların ayrışmadığı, bedensel nitelik taşıdığı basamakta takılıp kalmış *gelişim özürlü* bireylerdir (60).

Aleksitimiye bilişsel yaklaşım açısından açıklamaya çalışan Stoudemire'e (1991) göre; aleksitimik bireylerdeki duyguları ifade etme güçlüğü, bilişsel gelişim dönemlerindeki bazı eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Başka bir ifade ile aleksitimiklerin duygularını tanıma ve ifade güçlüğü çekmeleri, duygusal durumlarını bedensel tepkiler olarak ifade etmeleri; bu kimselerin bilişsel gelişiminin duysal-hareketsel (sensory-motor) dönemi ile işlem öncesi (pre-operational) dönemi arasına odaklanmaları veya takılıp kalmalarından kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak bu kurama göre aleksitimikler henüz duyguların ayrılmadığı bedensel olarak ifade edildiği alt ilkel bilişsel duygusal gelişim sürecinde takılıp kalmış *duygusal gelişim özürlü bireyler* olarak tanımlanmaktadır(56).

1.8.1.4.5. Aleksitiminin Transaksiyonel Analiz Açısından Yorumu

Transaksiyonel analiz (TA) yaklaşımının yapısal analizinde bireyin ego durumları Ebeveyn, Yetişkin ve Çocuk ego durumları olarak üç kategoride incelenmektedir(3). TA'de kişiliğin bölümleri olarak tanımlanan bu üç benlik durumunu Dökmen, kişisel roller olarak adlandırmaktadır. Bir insan günlük yaşamda kişiler arası ilişkilerde bu üç temel role farklı düzeylerde girebilir. Ana-baba rolüne girerek ana-baba gibi

davranır, yetişkin rolüne girer yetişkin davranışlar sergiler, çocuk rolüne girip bir çocuk gibi davranabilir (40).

Ruh sağlığı yerinde olan birey bu üç benlik durumunu yerine ve zamanına göre dengeli kullanır. Yetişkin benlik durumu, anne-baba-çocuk benlik durumunu uzlaştırıcı ve koordine edici işleve sahiptir. Ancak günlük yaşamda üç benlik durumunu dengeli kullanmakta bazen başarısız oluruz. Bazı insanlar yetişkinin denetimi altında anne-baba-çocuk benliklerini yerinde ve zamanında kullanmayı beceremez. Sadece anne-baba sadece yetişkin yada sadece çocuk rolünü sergileyen bireylerin sosyal çevreyle uyumu bozulabilir, yalnızlık yaşama olasılıkları artar (3).

Yetişkin benlik durumunun yaygın olması ile aleksitimik özellikler arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Dökmen' e göre yalnızca yetişkin yanını sergileyen bireyler giderek bir robota dönüşebilir, mantıklı fakat tatsız, tuzsuz bir insan halini alabilir. Bu özelliklerin aleksitimik özelliklerle bağdaştığı açıkça görülmektedir. Çünkü aleksitimik bireylerde daha çok rasyonel akıcı davranmayı tercih ederler. Zeki olabilirler ancak zekalarını duygularından kaçmak ve gizlemek için kullanırlar. Daha çok işlemsel düşünmeyi tercih ederler. Rasyonel faydacı, mekanik davranmaya özen gösterdikleri için çevrelerindeki insanlar tarafından soğuk, donuk, duygusuz, düz, banal, sıkıcı ve robot gibi özellikleriyle tanınırlar. Aleksitimiklerin yukarıda sayılan bu özelliklerinin büyük çoğunluğunun yetişkin rolünü yaygın kullanan bireylerin çoğunluğunun yetişkin rolünü yaygın kullanan bireylerin özellikleriyle örtüştüğü anlaşılmaktadır. Dökmen'e göre sadece yetişkin benlik rolünü sergileyen bireyler bilgisayar gibi davranır ve aleksitimiklerde olduğu gibi katı, kuralcı, her şeye mantıklı bakan özellikleri baskın olur. Çünkü böyle kimseler anne-baba-çocuk yönlerini geri plana attıkları için içinden geldikleri gibi spontan davranamaz, şaka yapamaz (56).

1.8.1.5. Aleksitimide Uygulanan Başlıca Psikolojik Yardım-Tedavi Yöntemleri

Klinik gözlemlerde ve psikosomatik hastalıklarla birlikte ortaya çıkmasından dolayı başlangıçta aleksitimi ile ilgili çeşitli klinik tedavi yaklaşımları önerilmiştir. Ancak daha sonraları aleksitiminin sosyo-kültürel ve bilişsel yönünün keşfedilmesiyle psikolojik yardım yaklaşımları tercih edilmeye başlanmıştır (30).

Psikoanalitik kuramı benimseyen sağaltım yaklaşımlarının çoğu, aleksitimik bireylerin duygularını işleme, duygularını fark etme-tanıma yetersizliklerinden çok, biçim üzerine

odaklanmaktadırlar. Bu yüzden aleksitimik bireylerin psikoanalitik yönelimli yardımlardan ve terapilerden yararlanamayacağı yönünde yaygın bir görüş hakimdir. Bu görüşü savunanlardan Pierloot ve Vinck (1968), şans yoluyla seçtikleri aleksitimik bireylerden bir kısmına psikodinamik psikoterapi diğerlerine ise davranışçı merkezli terapi uygulamışlardır. Araştırma sonucunda aleksitimik bireylerin bir-çoğunun psikodinamik psikoterapi tedavisini sürdürmeyip yarıda kestiği ve birçoğunun aleksitimik özellikler göstermeye devam ettiği anlaşılmıştır (56).

Psikoanalitik kuram temelli sağaltımı benimseyenlerden Taylor ise aleksitimik bireylerin görüşme sırasında yaşadıkları can sıkıntısı, bunalım, engelleme ve bezginlik gibi durumların danışanın yansıtma özdeşim savunma mekanizmasını kullanmasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu olumsuz duygular ise aslında bilinç dışındaki derindeki yansımalarından kaynaklanmaktadır. Ona göre, sağaltım, öyle olmalıdır. Aleksitimiklerin bu olumsuzlukları karşıt transferans olarak anlaşılıp aktarım yorumu yapılarak danışana iletildiğinde ortaya psikotik nitelikte bir aktarım çıkar. Bu durumda aleksitimik bireyin bilinç düzeyinde aleksitimi örüntüsü giderek aralanır ve yavaş yavaş iyileşme gerçekleşir (30).

Ancak son zamanlarda yapılan bazı araştırma, sonuçlarında, psikosomatik hastaların (aleksitimik) daha ailesel bozukluk ve yetersizlik göstermelerine rağmen, psikiyatrik tedaviye daha az motive oldukları ve daha az yararlandıkları anlaşılmıştır. Bu tip hastaların çoğunun, somatik sorunları ile yaşam sorunları ve çatışmaları arasında bağlantı kuramadıkları için içgörü kazanamadıkları gözlenmektedir (56).

Aleksitimik bireylerin duygusal farkındalıklarını arttırma, içgüdüsel gerilimlerini azaltma, duygularla ilgili bilişsel çarpıklıkları, otomatik düşünceleri farketme ve değiştirmede bilişsel süreçler işe yaramaktadır. Bu bilişsel süreçler yansıtma düşünme, sözel iletişim, duyguları başkalarıyla paylaşma, hayal kurma ve oyun oynamayı bile içerebilir. Taylor bu konuda şunları söylemektedir. Bilişsel yöntem ve teknikler aleksitimik bireyin aleksitimik yapıyı yorumlayarak kuramlaştırmasına yardım eder. Böylece aleksitimik birey duygu ve düşüncelerini ayırt etmeyi öğrenir ve duygusal gelişim basamaklarını alt düzeyden üst düzeylere doğru ilerletir. Buda bedenselleştirmeyi azaltarak duyguların sözel ifadesini ve kendini ifade etmeyi kolaylaştırır (30).

Aleksitimik özelliklerin giderilmesinde bilişsel yaklaşımın yanısıra davranışçı yaklaşım, psikodrama ve geştalt yaklaşımı, kendi kendine gevşeme eğitimi ve bağlanma terapisi, biofeedback gibi yaklaşımların etkili olduğu bildirilmektedir (30).

Aleksitiminin sağlıklı bireyler arasında da azımsanmayacak yaygınlıkta olduğu ancak bu özellikleri azaltmanın zor olduğuna ilişkin yaygın bir görüş de vardır. Bu açıdan Sifneos ve Nemiah yorumlayıcıdan çok destekleyici terapileri önermektedirler. Taylor, Krystal, Swiller, Apiel-Savitz gibi uzmanlar ise aleksitimik bireylere yönelik özgün bireysel ya da grup terapilerini önermektedirler (30).

Lesser, aleksitimik bireylerin temel problemlerinin duygularını tanıma ve ifade etme güçlüğü olmasından dolayı geleneksel-klasik yaklaşımlarla aleksitimiklerin tedavisinin zor olduğu belirtmektedir. Ona göre aleksitimiklere verilecek psikolojik yardımda yaşanan andaki duyguların ifadesine önem verilmelidir. En gerçekçi yaklaşım varoluşsal ve bilişsel merkezli yaklaşımlarda da kullanılan “burada ve şimdi” tekniğidir. Lesser ayrıca empatik dinlemenin aleksitimiklerin bedensel belirtilerini ifadelerinin duygusal forma çevrilmesinde yardımcı olacağını düşünmektedir. Bu düşünceler ışığında Lesser “*Destekleyici Grup Terapisinin*” aleksitimikler için uygun bir psikolojik yardım olacağını önermektedir. Ayrıca Sifneos ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarda, aleksitimik bireylerde, *yol gösterici, eğitimsel merkezli grup terapilerin* yararlı sonuçlar sağladığını belirtmektedirler (56).

Özetlemek gerekirse; aleksitimi ile ilgili yapılan tedavi yaklaşımlarında öncelikle aleksitimiklerin çevresiyle özellikle hayatlarındaki önemli kişilerle etkileşimlerini gözlemleyerek onların desteklerini almanın, aleksitimiklerin duygularını ifade etmelerinde kolaylaştırıcı olabileceği; bireysel terapinin yanısıra eş veya aile danışması verilmesinin yararlı olduğu saptanmıştır. Aleksitimik bireyin daha önce farkında olmadığı duygu ve fantezi yaşantılarını su yüzüne çıkarmasını sağlayacak geştalt ve bilişsel merkezli grup terapilerinin yanısıra bedensel davranışlara dikkatin yoğunlaştığı tekniklerin kullanılması da yararlı bulunmaktadır.

1.8.1.6. Aleksitimi İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Yapılan literatür taramasında yurt dışında aleksitimi ile ilgili deney ve kuramsal düzeyde çok sayıda araştırmanın yapılmış olduğu gözlenmiştir. Aleksitimi kavramı psikosomatik ve klinik çalışmalar sonucu ortaya çıkan bir kavram olmasından dolayı belli bir

süre araştırmalar klinik ağırlıklı olarak yapıla gelmiştir. Ancak daha sonraki çalışmalarda aleksitimik özelliklerin psikosomatik ve psikiyatrik hastalar dışında normal popülasyonda da dikkati çekecek bir oranda görüldüğü tespit edilmiştir ve araştırmaların çeşitliliği artarak devam etmiştir.

Aleksitimi öncelikle bireyin iletişim biçiminde kendini gösteren psişik fonksiyonlardaki bozukluk olarak tanımlanmıştır. İlgili literatür taramasında başlangıcından itibaren oldukça uzun bir süre aleksitiminin psikosomatik bireyler, yani çatışma ve sorunlarını bedensel tepkiler olarak ifade eden hastalar olarak kabul edilmiş olup klinik gözlem ve araştırmalar bu alanda yoğunlaşmıştır.

İlk olarak 1948’de Ruesch, psikosomatik hastalarla yaptığı araştırmalarda bu kimselerin çoğunun nevroitiklerden farklı olarak duyguları sözel-sembolik olarak ifade etmekte zorlandıklarını tespit etmiştir. Ruesch psikosomatik hastaların ortaya çıkardığı bu özelliklerini “infantil-çocuksu” kişilik olarak isimlendirmiştir (87).

İlerleyen yıllarda Maclean psikosomatik hastalarda duygularını söze dkmede ve ifade etmede özel bir yetersizlik olduğunu vurgulamıştır. Maclean bu bireylerin uyarıcılara bağlı olarak harekete geçen duygularının neo-kortekse ulaşamayıp, amigdalaya takılıp kaldığından ve buna bağlı olarak da sözel yolla anlatım bulamadıklarını ne srmştir. Sözel yolla anlatım bulamayan duygular psikosomatik hastalar otomatik olarak, beden diline “*organ diline*” çevrilerek fizyolojik belirtiler olarak ortaya çıkmaktadır (56).

1954’de Freedmen ve Sweet psikosomatik hastalar üzerinde yaptıkları incelemelerde; bu hastaları “duygu cahilleri” (emotional-illiterates) olarak isimlendirmişler ve bu bireylerin problem ve çatışmalarını bedenselleştirmede oldukça başarılı olduklarını ve duygusal yaşamlarının farkında olmadıkları belirtmişlerdir (56).

Krystal, nazi toplama kamplarından kurtulan ağır travma geçirmiş, post-travmatik bozukluk yaşayan hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, bu hastaların duygularını tanıma ve ifade etmede güçlük çektiklerini, düşlem ve fantezi yaşantılarında kısıtlılık olduğunu gözlemlemiştir. Ayrıca benzer özelliklerin madde bağımlısı bireylerde de ortaya çıktığını tespit etmiştir (58).

Nemiah ve arkadaşlarının 20 psikosomatik hastanın çalışma kayıtlarını inceleyerek yaptıkları araştırmada, yirmi hastadan on altısının sözel ifade etme ve tanımada zorlandıkları,

içsel uyarıcılardan çok dış olaylara odaklandıkları saptanmıştır. Bu kişiler aynı zamanda psikolojik yardım veren uzman tarafından da donuk, ölgün, renksiz, sıkıcı ve engellenme duygusu yaşayan kişiler olarak tanımlanmaktadır (56).

Freyberger (1971) yaptığı bazı gözlem ve araştırmalar sonucu aleksitimik özelliklerin geçici (state) ve sürekli (trait) olabileceğini belirtmiştir. Bunu da birincil ve ikincil aleksitimi olarak ikiye ayırmış olup, karışıklığın giderilmesine yardımcı olmuştur. Freyberger'e göre birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda bedensel bozuklukların ortaya çıkmasına yatkınlık sağlayan uzun süreli olan kişilik özelliğidir. İkincil aleksitimi ise ağır stres altında çalışan, üzücü bir olay sonucunda travma yaşayan bireylerde ortaya çıkan, geçici ve kalıcı olabilen bir çeşit savunma mekanizmasıdır (10).

Blanchard ve arkadaşlarının 230 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları 'Aleksitiminin Psikometrik Belirtilerini Ölçme' araştırmada; kızların % 1.8'inin; erkeklerin ise % 8.2'sinin aleksitimik özellikler taşıdığı saptanmıştır (11).

Parker ve arkadaşlarının havaalanı ve tren garlarının bekleme salonlarındaki Kanadalı 52 erkek ve 49 kadın yolcunun katıldığı, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) kullanarak yaptıkları araştırmada aleksitimik özelliklerin sağlıklı bireylerdeki yaygınlığı %18.8 olarak tespit edilmiştir (56).

Cooper ve Halmstrom'un "Aleksitimi ve Somatik Şikayetler Arasındaki İlişki" konulu araştırmada; aleksitimi ile bedensel şikayet-belirtileri arasında ilişki olduğu ve kadınlarda aleksitimik özelliklerin erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü tespit edilmiştir (56).

Martin ve Pihl "Normal Bireylerde Aleksitimik Özelliklerin Stresle İlişkisi"ni araştırmış ve aleksitimik özellikleri olan kişilerin yüksek düzeyde kaygıya sahip oldukları ve çok sayıda stres tepkileri sergiledikleri gözlemiştir. Herhangi bir fiziksel hastalığı olanlarla yapılan birçok araştırmada saptanan kronik bronşit hastalarında %43, bronşit-astım hastalarında %44, akciğer tbc hastalarında %57, hipertansiyon hastalarında %4, migren hastalarında %16, madde bağımlılığı olanlarda %5 ve post-travmatik stres bozukluğu olanlarda ise %41 oranında aleksitimik özellikler olduğu görülmüştür.

Taylor ve arkadaşlarının "Psikiyatri Dışında Aleksitimi ve Somatik Şikayetler" adlı, Toronto Aleksitimi Ölçeğinin (TAS) kullanıldığı araştırmada, aleksitimik özellik gösteren bireylerin göstermeyenlere oranla bedensel tepki ve şikayetlerinin daha yoğun olduğu

anlaşılmıştır. Ayrıca aleksitimik özelliklere sahip bireylerin bağımlı, düşük ego gücü sergileyen ve kaba davranışlar sergilemeye eğilimli olan kişiler oldukları tespit edilmiştir.

Arthur ve Morn 18-32 yaş grubunda bulunan üniversiteli 40 erkek öğrenciyi kapsayan araştırmalarında, olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini incelemişlerdir. Araştırmada öğrencilerin, olumsuz duyguları, olumlu duygulara göre daha fazla ifade ettikleri bulunmuştur. Araştırmacılar, olumlu ve olumsuz duyguların yoğun olarak yaşanmasının bireylerde kendinin ifade etme isteğinin ortaya çıkmasına, bunun da daha yakın ilişkilerin kurulmasına yol açtığını belirtmişlerdir (56).

Fricchione ve Hwanitz (1985) yaptıkları araştırmada beyninin sağ yarım küresi zarar görmüş hastaların aleksitimik belirtiler gösterdiğini saptamışlardır. Bunun yanı sıra aleksitimiye beynin yarım küreleri arasındaki ilişki bağlamında inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Bu araştırmaların çoğunda; aleksitiminin beynin sağ ve sol yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu oluştuğu, sağ yarım kürenin duyguları işlemede ve düzenlemede dilin duygusal öğelerini tanıma ve ifade etmede önemli rol oynadığı buna bağlı olarak bağlantının sağlıklı olmadığı durumlarda aleksitimik belirtilerin oluştuğu sonucuna ulaşmışlardır (60).

Vingerhoets ve arkadaşları yaptıkları ilginç bir çalışmada, ağlama eylemi ile kişilik, başarı ve bireysel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmanın örneklem grubunu Hollanda ve Belçikalı 16-59 yaşları arasında 131 kadın oluşturmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, ağlama eylemi sıklığı ile aleksitimi ve başarıma becerisi arasında bir ilişki bulunurken; yine ağlama eylemi sıklığı ile kendini suçlama, soğuk olma, hayal kurma ve duyguları ifade etme arasında yüzeysel bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar ağlamanın aleksitimi ve soğuk olma özelliklerinin önemli bir yorumlayıcısı olduğunu gözlemlemişler ve aleksitimi ile ağlama arasında saptanan bu negatif ilişkinin kendilerini şaşırtmadığını ifade etmişlerdir (91).

Yine Vingerhoets ve arkadaşlarının yürüttüğü bir başka çalışmada gönüllü 55 erkek ve 149 kadın denek ile yapılmıştır. Bulgulara bakıldığında, erkeklerdeki ağlama sıklığı ile nevrozizm arasında pozitif bir ilişki çıkmasına rağmen, aleksitimi ile negatif bir ilişkinin olduğu, yani erkeklerde ağlama sıklığı arttıkça aleksitimik özelliklerin azaldığı görülmüştür. Kadın deneklerde, erkeklerde görülen bu sonuca ek olarak, ağlama sıklığındaki yükseklik ile, yüksek heyecan ve durgun kişilik özellikleri arasında ters yönde bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Elde ettikleri bu bulguları değerlendiren araştırmacılar, ağlamanın duyguların boşalımı olduğunu, aleksitimik bireylerin ise duygularının tam olarak bilincinde olmadıklarından, ağlama ile aleksitimi arasında saptanan negatif ilişkinin kendileri için sürpriz olmadığını açıklamışlardır (91).

Parker ve arkadaşları ise, Ontorio Üniversitesi'ne devam etmekte olan 131 kız, 85 erkek, toplam 216 öğrenci üzerinde aleksitimi ile yüzdeki duygu ifadeleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırmacılar, dokuz farklı insanın, stresli, hayret, merak, iğrenme, utanç, kızgın, korku, zevk, küçümseme, aşağılık duygularını ifade eden siyah-beyaz fotoğrafları uyarıcı olarak göstermişlerdir. Denekler, uygulanan TAS'dan aldıkları puanlara göre düşük, orta, yüksek aleksitimik gruplar olarak sınıflanmıştır. Araştırma sonucunda, yüksek aleksitimik grubun, düşük aleksitimik gruba göre yüzdeki duygu ifadelerini anlamlı bir şekilde daha az tanıyabildiği, yüzdeki duygu ifadelerini tanıyabilme yeteneği açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Araştırmacılar, bu bulgulara dayanarak, aleksitimik özellikler ile duyguları sözel olarak ifade edememek arasında da bir ilişki bulunduğunu açıklamışlardır (56).

Wise ve Man; bireyin eylemlerinin sonucunun bilincinde olma potansiyeli ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi, aleksitiminin sağlıklı denetim odağından farklı olup olmadığı açısından incelemişlerdir. Araştırmacılar, psikiyatrik hastalığı olmayan 78 hastaya Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Sağlıklı Denetim Odağı (HLC) ile nevrotizmi, dışa dönüklüğü, uyumluluğu ve dürüstlüğü ölçen 5 faktör ölçeğini uygulamışlardır. Araştırma sonucunda, kişinin eylemlerinin sonucunu dış çevreye yükleme potansiyeli ile aleksitimik özelliklerdeki artış arasında anlamlı bir ilişki olduğu, nevrotizmin, aleksitimideki artışı en iyi tahmin eden değişken olduğu bulguları elde edilmiştir (56).

Berenbaum'un 186 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, bireyin tercih ettiği yaşantıdaki duygulanım çeşitleri ile duygularını tanıma becerisi arasındaki ilişkiyi araştırmada TAÖ, Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış, ayrıca öğrencilerin hangi sinema filmlerini tercih ettikleri sorulmuştur. Araştırma sonunda duygularını tanıma güçlüğü çeken aleksitimik bireylerin, bu özelliğe sahip olmayanlara göre olumsuz (kötümser, karamsar) filmleri seyretme eğiliminde oldukları, hem aleksitimik hem de depresyon düzeyleri yüksek olan bireylerin şiddet ve kızgınlık içeren filmlerden daha çok, korku ve heyecan içeren filmleri seyretme eğiliminde oldukları ortaya konmuştur (56).

Beach ve arkadaşları çalışmalarında 45 psikiyatrik hastalığı olmayan hastaya TAÖ ve Symptom Tarama Listesi-90 (SCL-90 R) uygulamışlardır. Araştırma sonucunda, aleksitimik bireylerin SCL- 90 R de çok fazla psikiyatrik belirti gösterdikleri, aleksitiminin DSM-III R'deki somatoform bozukluk ve diğer tanılarla ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmacılar, bu bulgulara dayanarak aleksitimik özelliklerin, bedensel belirtiler üzerindeki rolünü tam olarak değerlendirebilmek için daha fazla psikometrik ölçüme, klinik değerlendirme ve veriye ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir (23).

Ziotkowski ve arkadaşlarının aleksitimik özellikler gösteren 60 alkolik erkek hasta üzerinde Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) kullanarak yaptıkları araştırmada; erkek alkoliklerdeki aleksitimik özelliklerin, zevk alma, zevk almaktan kaçınma ve alkolü bırakma üzerinde olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir (56).

Lumley ve Robby, aleksitimi ile patolojik kumar oynama arasındaki ilişkiyi araştırdıkları ve örneklemin 17-55 yaşları arasında 456 erkek, 691 kadın toplam 1147 üniversite öğrencisinden oluştuğu çalışma sonucunda hem kadın hem de erkeklerde, patolojik kumar oynama alışkanlığı olan bireylerin, olmayanlara kıyasla aleksitimik özelliklere daha fazla sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgudan yapılan yorumda, aleksitimik özelliklerin patolojik kumar oynama davranışı için bir risk oluşturduğu ve patolojik kumar oynayanlarda aleksitimik özelliklerin giderek arttığı vurgulanmaktadır. Bu verilere dayanarak aleksitimik özelliklerin sağlıklı olma ile yakın ilgili olduğuna dikkat çekilmektedir (63).

Loas ve arkadaşlarının normal popülasyonda (nüfusda) aleksitiminin yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında; 263'ü üniversite öğrencisi ve 183'ü öğrenci olmayan toplam 446 bireye TAS'ı uygulamışlardır. Araştırma sonucunda aleksitiminin normal popülasyondaki yaygınlığı % 23, öğrenci grubunda ise % 17 olarak tespit edilmiştir (56).

Kokkonen ve arkadaşlarının çok geniş bir örneklem grubu (n=5993) üzerinde aleksitiminin yaygınlığı ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkisini araştırdığı çalışmada erkeklerin % 9,4'ünün, kadınların ise % 5,2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği; aleksitiminin düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, düşük sosyal statü ve bekarlık ile ilişkili olduğu bulguları elde edilmiştir (56).

Troisi ve arkadaşları duygusal farkındalık ile sözel olmayan ifadeler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarını, psikiyatrik bozukluğu olmayan gönüllü 24 denek üzerinde

TAÖ'yü kullanarak yapmışlardır. Araştırma sonucunda, duygularını güçlükle tanımlayabilen ve açıklayan deneklerin duygularında kısıtlılık, sözel olmayan ifade ve kendini kontrol edici davranış kalıplarının, gerilim ve anksiyete yaşadıklarına bir gösterge olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, deneklerin dışsal merkezli düşünme (axtenally oriented thinking) eğilimi için de oldukları, görüşme sırasında ise daha çok kaçınma davranışları gösterdikleri görülmüştür. Aleksitiminin duygusal ve kişilerarası davranışların her ikisi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (56).

Montreuil ve Pedinelli 773 öğrenci üzerine Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) uygulanarak genel nüfustaki aleksitimik bireylerde, görsel, sembolik ve bilişsel süreçleri inceledikleri bir araştırmasonucunda öğrencilerin %6,8'inin aleksitimik özelliklere sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca duyguların insan beyninin sağ yarım küresinde yer aldığı ancak sağ elini çok yoğun kullanan bireylerde ise duygusal ifadelerin sol yarım kürede yer aldığı söylenmektedir. Bu bulgulara dayanarak araştırmacılar aleksitimin aslında beynin iki yarım küresi arasındaki ilişki kopukluğundan kaynaklandığı şeklinde açıklayan nöropsikolojik kuramı destekledikleri görülmektedir (56).

Parker ve arkadaşlarının "Aleksitimi; Savunma Mekanizması ve Baş Etme Stilleri" başlıklı araştırmalarında aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır. Araştırma normal yetişkinlerden oluşan bireylere, öğrencilere, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) Savunma Mekanizmaları Ölçeği (DSQ) ve Stresli Durumlarla Mücadele Ölçeği (CISS) uygulanarak yapılmıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde aleksitiminin üç önemli özelliği (Duyguları ifade güçlüğü, fantezi ve düşünme eksikliği, işe vuruk düşünme eğilimi) ile sağlıklı savunma mekanizmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aleksitimik öğrencilerin ise olmayanlara göre daha çok sağlıklı savunma mekanizması kullanma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Ancak Parker ve arkadaşları, araştırmanın genel bir sonucu olarak aleksitiminin bir savunma mekanizması veya stresle mücadele şekli olmadığı, *duygusal bir bozukluk* olduğunu vurgulanmaktadır (56).

1.8.1.7. Aleksitimi İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Ülkemizde aleksitimi ile ilgili olarak yapılan araştırmaların çok sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Sınırlı sayıdaki bu araştırmaların çoğununda klinik ağırlıklı betimsel araştırmalar oldukları anlaşılmaktadır.

Okyavuz ve arkadaşları Ankara Üniversitesi Psikiyatri Servisine yatan hastalar ile Psikiyatri Servisine başvurmamış hastalara MMPI uygulayarak yaptıkları araştırma sonucunda, psikiyatri servisindeki hastaların aleksitimi düzeylerinin oldukça yüksek çıktığını bildirmektedirler (56).

Yemez ve ark yaptığı bir başka çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniğine başvurmuş veya kliniklerde yatmış 16-65 yaşları arasında 151'i kadın, 86'sı erkek toplam 237 kişi üzerinde yapılmıştır. Deneklere TAÖ'ni uygulamıştır. Bu çalışma sonunda araştırmacı, psikosomatik ve somatik bozukluklarda aleksitiminin, diğer bozukluklar ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada, aleksitimi ile demografik özellik arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Yaş ilerledikçe aleksitimik özelliklerin arttığı; kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu, ev hanımlarında ise çalışan kadınlara göre daha sıklıkla rastlanıldığı ortaya çıkmıştır. Yine, anne-babanın öğrenim düzeyi ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu; aleksitimik özelliklerin, sosyo-ekonomik düzey düştükçe arttığı; çocukluğun geçtiği yerleşim birimi, evdeki çocuk sayısı, ailenin ilk, ortanca ya da son çocuğu alma ile aleksitimi arasında bir ilişki olmadığı; kardeş sayısı arttıkça aleksitimik özelliklerin arttığı saptanmıştır (95).

Pektaş ve arkadaşları aleksitimik özelliklerin psikoaktif madde bağımlısı olan kişilerde de görülebileceğinden hareketle eroin bağımlıları üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada DSM-III-R kriterlerine göre eroin bağımlılığı tanısı alıp Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisine yatarak tedavi gören ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 30 kişiye TAS uygulanmıştır. Çalışma sonunda araştırmacılar eroin bağımlıları grubunda olan 30 kişiden yirmisinde; kontrol grubunda ise 30 kişiden altısında aleksitimik özellikler saptanmış ve eroinin bağımlılarında aleksitimik özelliklerin yüksek düzeyde olduğuna dikkat çekmişlerdir (73).

Şahin'in üç grup oluşturarak peptik ülser ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi incelediği ve deneklere TAS uyguladığı deneysel çalışmasında peptik ülser ile birlikte başka hastalığı olan grubun aleksitimik özelliklerinin sadece peptik ülserli olan veya kontrol grubunda yer alanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer önemli bir bulgu; her üç grupta da elde edilen aleksitimi oranlarının literatürde bildirildiğinden oldukça yüksek çıkmasıdır. Bu araştırmada normal popülasyonda, sağlıklı bireylerde aleksitimi oranı % 30 olarak bulunmuştur. Şahin tarafından yapılan bir başka araştırmada ise peptik ülserli hastaların

sağlıklı bireylere göre duygularını tanıma, duygularını ve bedensel tepkilerini ayırt etmede ve hayal kurmada yetersiz oldukları anlaşılmıştır (85).

Türk, üniversite 2. ve 3. Sınıf öğrencilerinden oluşan 324 kız 218 erkek toplam 542 bireyin dahil edildiği ‘Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimik Özellikler ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki’ adlı araştırmasında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) Kalz Genel Uyum Skalası (KAS-S) ile verilerini toplamış ve araştırma sonucunda; aleksitimik özellikler ile ruh sağlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada, ruh sağlığı daha kötü olan deneklerin aleksitimik özelliklerinin de yüksek olduğu; somatik yakınmalarla aleksitimik özellikler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve kızların aleksitimik özelliklerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre, somatik yakınmalar arttıkça aleksitimik özelliklerde de artış olmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen, ailesinden ayrı yaşayan, ailesi köy/kasabada yaşayan, anne ve babası eğitimsiz ya da sadece okuryazar, babası işsiz, kendisine ait odası olmayan, çocukluğunun ilk on yılını köy/kasabada geçiren, sorunlarını hiç kimseye paylaşmayan, en önemli sorunu bedensel sağlık sorunları olan, alkolü sık kullanan ve bağımlılık yapıcı ilaç veya madde alışkanlığı olan deneklerde diğerlerine oranla aleksitimik özelliklerin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (89).

Gücer “Bazı Psikosomatik Hasta Gruplarının Aleksitimi Açısından Araştırılması” adlı doktora tez çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır. TAS ölçeği uygulanarak yapılan araştırma sonuçlarına göre normaller ile diğer hasta grupları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Peptik ülser, ülseratif kolit, sırt ağrısı ve romatoid artrit, nörodermatit ve psoriasis hastaları orta derece aleksitimik özellikler göstermişlerdir. Ancak hipertansiyonlu hasta grubu diğerlerine kıyasla yüksek düzeyde aleksitimik özellikler göstermiştir (47).

Candansayar ve arkadaşları (1993), “Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevalansı (yaygınlığı)” konulu araştırmalarında, örneklem grubunu Gazi Üniversitesinde 18-25 yaş arası 460 kişilik bir öğrenci grubu oluşturmaktadır. Irvine ve Toronto Aleksitimi Ölçeklerinin kullanıldığı araştırmada, aleksitimi puanlarıyla psikiyatrik tedavi görme, cinsiyet, psikosomatik hastalık özellikleri, sigara içme ve ailede psikiyatrik hastalık durumu karşılaştırılmıştır. Araştırma sonunda yapılan analizlerde çalışmaya alınan 210 erkek, 250 kadın toplam 460 deneklerin % 5.6’sı her iki ölçekten pozitif puan almışlardır. Deneklerin % 16.7’si TAS’dan ve % 3.4’ü ise Irvine Ölçeğinden pozitif puan aldığı gözlenmiştir. Deneklerin puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (28).

Yemez ve arkadaşları aleksitimik bireylerde yaratıcılık, empati ve duygularını söze dökmeye güçlüklerin olduğu tezinden yola çıkarak, aleksitimik özellikler ile sosyometrik test sonuçları arasındaki ilişkileri araştırmışlardır. Araştırmanın örneklemini beş ay süren psikodrama uygulamasına katılan 14 Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırmada uygulamalar haftada bir iki saat süren seanslar halinde yürütülmüştür. Sürecin sonunda yapılan sosyo metrik testle deneklere test ölçütü olarak “psikodrama grubunda en çok hangi arkadaşınızla çalışmak istersiniz ve hangileri ile çalışmak istemezsiniz” soruları sorulmuştur. Ölçek olarak TAÖ’nin kullanıldığı araştırmada bulgular değerlendirildiğinde araştırmacıların beklediklerinin aksine, aleksitimik kişilerin grubun en fazla birlikte çalışılmak istenen bireyler olduğu görülmüştür. Buda aleksitimiklerin insan ilişkileri ve çevreyle uyumlarının iyi olduğunu gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (95).

Aslan ve arkadaşları, diğer kliniklerden, konsültasyon istemiyle psikiyatri polikliniğine gönderilen 17-65 yaşları arasında 146 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastalara TAÖ, Spielberger Süreklilik Kaygı Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği ve Sosyo demografik Veri formu uygulamışlardır. Araştırma sonucunda, hastaların % 67’ sinde aleksitimi belirlenmiştir. Bu çalışmada aleksitimi, sosyoekonomik düzey ile ilişkili bulunmazken, eğitim düzeyi ve cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Bu araştırmada, eğitim düzeyi düştükçe aleksitimin yükseldiği, erkeklerin aleksitimi puanlarının kadınlardan daha düşük olduğu, Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki dış olaya yönelik düşünme, duyguları sözel olarak ifade etme ve hayal kurma alt boyutlarının puanlarıyla Süreklilik Kaygı Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif ilişki olduğu sonuçları da elde edilmiştir (10).

Bayazid ve arkadaşlarının “Psikodramanın Kontrol Odağı Aleksitimi ve Empatik Eğilim Düzeylerine Etkisi” konulu araştırmasında Dokuz Eylül Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü’nden gönüllü olarak katılan 7 öğrenci üzerinde 2-3 saatlik 20 seans psikodrama uygulaması yapılarak gerçekleştirilmiştir. Psikodrama öğrenci grubunun kontrol odağı ön-test, son-test puanları analiz edildiğinde, bütün öğrencilerin içsel kontrollülük düzeyinde bir iyileşme görülürken, empatik eğilim ve aleksitimi ön-test ve son-test puanları arasında bir değişim belirlenememiştir. Psikodrama yaşantısı aleksitimik iki öğrenciden birini olumlu olarak etkilerken, diğeri üzerinde hiçbir değişim yaratmamıştır. Yine, en az aleksitimik olan iki öğrencinin aleksitimi puanlarının da grup yaşantısından hiç etkilenmediği tespit edilmiştir (56).

Gürkan aleksitiminin psikiyatrik, psiko-somatik ve normal kişilerde görülme sıklığı ve bunun bazı sosyo-demografik özelliklerle ve depresyonla ilişkisini araştırmıştır. Toplam 234 deneğin katıldığı araştırma sonucunda aleksitimiye en sık psikiyatrik grupta (% 67.9) rastlandığı ve bunu psikosomatik (% 57.7) ve kontrol grubunun (% 38.5) izlediği, depresyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Ancak sosyo demografik özelliklerle her üç grupta da aleksitimiyle cinsiyet arasında ilişki olmadığı, sosyo-ekonomik düzey ile ise ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlardan aleksitimin sağlıklı bireylerde % 38'e varan bir oranda görülmesi aleksitiminin sağaltımına yönelik daha ciddi ve kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiğini göstermektedir (56).

Varol “Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimik Özellikleri Üzerine Etkisi” konulu araştırmasında aşağıdaki bulguları elde etmiştir. Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesinden seçilen öğrenciler üzerinde uygulanmıştır. Bu araştırma öntest son-test kontrol gruplu olup deney ve kontrol grupları 26’şar denekten oluşmaktadır. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) deney ve kontrol grubuna öntest ve sontest olarak iki kez uygulanmıştır. Deney gruplarına haftada bir seans olmak üzere 12 hafta boyunca grupla psikolojik danışma uygulanmıştır. Deneme bitiminde yapılan istatistiksel analizler (Kovaryans Analizi) sonucunda deney grupların öntest ve sontest puanları arasında .001 düzeyinde anlamlı farklılık olduğu anlaşılmıştır. Bunun yanı sıra aleksitimi düzeyi düşük olan deney grubunun ön-test, son-test puanları arasında da önemli bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($p < .001$). Ayrıca bu iki deney grubunun sontest puanları arasında da istatistiksel açıdan önemli farklılık çıkmamıştır. Ancak psikolojik danışmanın cinsiyete göre değişmediği sonucuna da ulaşılmıştır. Sonuç olarak grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin aleksitimik özelliklerinin iyileştirmesinde etkili bir yöntem olduğu gözlenmiştir (56).

Koçak tarafından yalnızlık ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen, 109 kız ve 121 erkek olmak üzere toplam 230 öğrencinin katıldığı bir çalışmada aleksitimi (TAS) ve yalnızlık (UCLA) ölçekleri uygulanmış ve yapılan analiz-lerde aleksitimi ve yalnızlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .663$) olduğu tespit edilmiştir (56).

Atasoy, ‘Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşlemenin (EMDR) Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimik Özellikleri Üzerine Etkisi’ başlıklı doktora tez çalışmasında, EMDR’ın aleksitimik özelliklerin azaltılmasında etkili olduğu bulgusuna ulaşmıştır (56).

1.8.1.8. Sonuç

Şimdiye kadar bahsedilen araştırma bulguları değerlendirildiğinde aleksitiminin ortaya çıkışı ile ilgili nöro-fizyolojik yaklaşımı destekleyen bazı bulgular olmasına rağmen, araştırma sonuçlarının çoğu sosyal öğrenme, davranışçı, gelişimsel ve bilişsel yaklaşımları desteklediği anlaşılmaktadır. Yani aleksitimik özellikler çocukluktan itibaren gelişim sürecinde, yaşantı ve sosyal öğrenmelerle oluşan bilişsel şemalardaki işlevsel olmayan sayıltılar, gerçeğe uygun olmayan bilişsel çarpıtmalar ve otomatik düşünceler sonucu ortaya çıkıyor gibi görünmektedir (56).

Literatür taraması, ülkemizde aleksitimi ile ilgili çalışmaların klinik ağırlıklı olarak daha çok psikosomatik, somatik ve psikiyatrik bozukluklarla sınırlı olduğu göstermiştir. Bu hastalıklarla aleksitimi ve bazı demografik özellikler arasında ilişkiler araştırılmıştır. Bu araştırmaların çoğunda sağlıklı kontrol grubu da yer almıştır. Araştırma sonuçları aleksitiminin sadece hasta gruplarında değil normal popülasyonda da ciddi bir sağlık problemi olarak toplumsal sağlığı tehdit eden ve depresif duygulanımla yakın ilişkisi olan dolayısı ile normal popülasyonda da kapsamlı araştırılması gereken bir durum olarak dikkat çekmektedir. Özellikle ruhsal patolojisi olmayan sağlıklı (normal) kabul edilen bireyler arasında gözden kaçan aleksitimiklerin saptanması ve etkin sağaltımlara yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Bu araştırmanın bundan sonraki araştırmaları teşvik etmesi ve ışık tutması beklenmektedir.

1.8.2. Öfke

1.8.2.1.Öfke Tanımı

Öfke bireyin hissettiği en temel duygulardan biridir. Öfkenin birçok farklı nedeni vardır. Öfke duygusunun işlevsel ve uyumsal yönleri de vardır. Ancak bu durum öfkenin nasıl ifade edildiğine bağlı olarak değişmektedir. Öfkenin kontrolü, sağlıklı ve olumlu bir şekilde ifade edilmesi, bireyin kendine ve diğerlerine saygılı bir şekilde davranması anlamına gelir. İnsanlar istediklerini elde edemedikleri veya istemedikleri bir şeyle karşılaşmaya engel olamadıkları zaman gerilim hissetmektedirler. Bireyin gerginlik yaratan olayın kesinlikle olmaması gerektiğini düşünmesi, istediği yönde bir gelişme sağlayamadığı için durumu çok kötü olarak algılaması öfkeye neden olmaktadır (32,46).

Öfke insan yaşamının doğal bir parçasıdır. Öfke birbirini etkileyen bir takım bileşenlerden oluşmaktadır. Duygusal, psikolojik ve bilişsel bileşenlerin oluşturduğu öfke duygusu, bunların hızlıca birbirlerini etkileyerek harekete geçtiği bir iç deneyim sürecidir.

Öfke çok yönlü bir kavram olduğu için farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Öfke kavramı psikoloji sözlüğünde, “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma vb. durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu” olarak tanımlanmaktadır (27).

Kassinove ve Sukhodolsky, öfkeyi *hissedilen duygusal bir durum* olarak tanımlarlar. Ayrıca, Kassinove öfkeyi, spesifik bilişsel ve algısal bozulmalar, eksiklikler, subjektif etiketlemeler, fizyolojik değişimlerle ilişkili fenomenolojik, negatif bir duygu durumu ve sosyal olarak yapılandırılmış bir eğilim ve pekiştirilmiş organize davranış senaryosu olarak da tanımlamaktadır (2).

Öfke, bireye özgü, kalıcı bilişsel özelliklerle ilişkilidir. Birey, öfkeyi sıklıkla benlik şemasına önemli bir karşı çıkma, birinin ego kimliğine suçlayıcı bir saldırı, bireyin kişisel alanına tecavüz, yaşama ve davranışları kodlama için kişisel kuralların bozulması ve hedefe yönelik davranışın engellenmesi aracılığıyla canlandırır. Bu süreçler katı (esneklikten uzak) ve rastgele olduğunda yoğun ve işlevsiz öfke meydana gelir (2).

Adler’e göre öfke, güçlü olma ve başkalarına söz geçirme çabasının tipik bir örneğidir. Başka bir tanımda ise öfke, haz dünyasını engelleyecek her durum, olay ve kişi karşısında ortaya çıkan duygu olarak tanımlanmaktadır (17,18).

Novaco’nun öfke modeline göre, öfke bilişsel, uyarılmışlık ve davranışsal alanların birbirini karşılıklı bir şekilde etkilediği bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu alanlar aynı zamanda çevresel bileşenlerle birleşmektedir. Novaco’ya göre öfke, çevresel durumlarla harekete geçen bilişsel süreç, psikolojik uyarılma hali ve davranışsal tepkilerin birleşiminden oluşan bir duygudur (2).

Hankins ve Hankins’e göre öfke, kişinin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında spontan olarak yaşadığı, içsel ve evrensel bir duygudur. Ancak ifadeedilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye değişmektedir. Ayrıca ifade edilişindeki farklılıklar nedeniyle, kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık bir hale getirebilmektedir. Araştırmacıların, öfke

özellikleri arasında en çok vurguladıkları, öfke ifadesinin öğrenilen bir özellik oluşu ve olumsuz saldırganlık öğeleri taşıyan öfke ifade biçimlerinin yerine, yeni ve daha uygun ifade biçimlerinin öğrenilebileceğidir (2).

Geçtan, öfke ve kızgınlığı hakkımız olanı almadığımızda ya da önem verdiğimiz bir insan beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygu olarak tanımlamaktadır (46).

Golden'e göre, bireyler isteklerinin, ihtiyaçlarının ve beklentilerinin doyurulmadıklarını algıladıklarında öfke tepkisi gösterirler. Öfkeye verilen tepki, bireyin bilinçli olup olmadığı, bu duygu nedeniyle karşısındaki üzerinde bir güç sağlayıp sağlamadığı, ortaya çıkan dürtünün bastırılıp bastırılmadığına göre değişir (2).

Spielberger, Crane ve Kearns öfkeyi, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddete kadar değişen bir durum olarak tanımlarken; Deffenbacher'e göre öfke, sosyal beceri eksikliğinin bir sonucu olarak yaşanan çatışma durumunda ortaya çıkan duygu durumudur (2).

Ayrıca Spielberger ve diğerleri öfkenin durumsal ve süreklilik gösteren öğeleri içerdiğini ifade eder. Ona göre durumsal öfke, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık olarak algılanması karşısında şiddette gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi objektif duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur. Sürekli öfke ise durumsal öfkenin genelde ne sıklıkla yaşandığını yansıtan bir kavramdır (2).

Öfke bireyin kendini savunmak ve karşısındakini uyarmak amacıyla ortaya koyduğu bir duygulanım biçimidir. Öfkenin ortaya konulması; yapıcı veya yapıcı olmayan bir şekilde sözel, davranışsal veya fizyolojik bir biçimde olabilir (55).

Öfkenin ortaya konulması, yani ifade edilişiyle ilgili Spielberger ve diğerleri, öfkeyi ifade etme biçimlerini içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olarak üç ayrı boyutta ele almıştır. *İçselleştirilmiş öfke*, öfkeli duyguları ve düşünceleri bastırma eğilimini göstermektedir. Buna karşılık, *dışsallaştırılmış öfke* ise çevredeki eşya veya kişilere karşı öfkenin dışavurumu eğilimini göstermektedir. Son olarak, *öfke kontrolü*, öfkenin olumsuz bir şekilde ifade edilmesini veya hissedilmesini engelleme kabiliyetini ifade edilmektedir (2).

Calamari ve Pini'ye göre, öfke çoğunlukla korku ile bağlantılı, içe yönltilen veya dışa vurulan, kontrollü veya çözümlenmemiş olan temel bir duygu olarak ortaya çıkmaktadır (2).

Beck, belirli tür düşüncelerin spesifik duygulara yol açtığını belirtmiş, bireyin kendine karşı hatalı olunduğu veya hakkının ihlal edildiği düşüncesinin öfke duygularına yol açtığını varsaymıştır (94).

Öfke birbirini etkileyerek ortaya çıkan üç olay olarak sınıflandırılabilir. Bir kaynağı spesifik, tanımlanabilir dış olaylardır. Bazen de öfke, dış olaylar, öfkeyle ilgili hatıralar ve hayallerin bir kombinasyonu tarafından tetiklenir. Diğer öfkeler ise ağır derecede iç uyaranlar tarafından tetiklenir. Bunlar hem bilişsel hem de duygusal uyaranlardır. Öfkeyi daha iyi anlamak için öfkeden önceki duyguları ve bilişleri anlamak önemlidir. Öfke öncesi durumda; öfke bireyin, tetikleyen bir olay karşısında anlık ve sürekli bilişsel ve fiziksel özelliklerinden etkilenir. Bireyin içinde bulunduğu duygusal psikolojik durum öfkenin olasılığını, şiddetini ve yönünü etkiler. Berkowitz yaptığı araştırmada, bireyin içinde bulunduğu farklı fiziksel ve duygusal durumun, bireyin hissedeceği duyguları, hayalleri ve öfke tepkilerini etkilediğini ortaya koymuştur. Öfke, bireyin kişisel alanına tecavüz edildiğinde, kişisel değerlerin, davranış ilkelerinin ve yaşam kurallarının ihlali, önemli öz-şemalar ya da ego kimliğine suçlama olması ve amaç yönelimli davranışlarda hayal kırıklığı durumlarında ortaya çıkma eğilimindedir (2).

Öfkeyi değerlendirme sürecinde, birincil ve ikincil değerlendirme yapılır. Birincil değerlendirme, direkt olarak tetikleyici ve onun özellikleriyle ilgilidir. Birey değerlerin ve beklentilerin ihlali, kişisel alana tecavüz, öz kimliği suçlama tetikleyicileriyle karşılaştığında yoğun öfke ve olası saldırganlık yaşar. İkincil değerlendirme ise, kişisel başa çıkma kaynaklarıyla ilgilidir. Esnek bir başa çıkma özelliğine sahip bireylerde öfke daha hafif düzeyde hissedilmekte ve öfke duygusu uyumsal ve olumlu bir şekilde ifade edilmektedir. Negatif bilişlere sahip kişilerde ise, öfke daha yoğun hissedilmekte ve yapıcı olmayan yollarla ifade edilmektedir (2).

1.8.2.2. Öfke İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

Öfke duygusuna ilişkin günümüze kadar pek çok araştırma yapılmış ve bununla ilgili bazı kuramsal yaklaşımlar ortaya konmuştur. Bu görüşlerin birçoğu, öfkenin yaşamın doğal

bir parçası olduğunu, bireyin hissettiği temel duygulardan biri olduğunu belirtmektedir. Bu bölümde öfkeyle ilgili farklı bazı kuramsal yaklaşımlara yer verilmiştir.

1.8.2.2.1. Biyolojik Yaklaşım

Darwin (1938), hayvanlar, üzerinde yaptığı gözlemlere dayanarak, hayvanların gurur, utanç, sıkılma, merak, kıskançlık, öfke gibi insanların yaşadığı tüm duyguları yaşadığını iddia etmiştir. Duyguların ifadesi hayvanlarda ve insanlarda aynı amaca yöneliktir. Darwin, yüz ifadelerinin evrensel olduğunu gözlemlemiştir. O, yüz ifadelerinin genetik ve biyolojik olduğunu ve nesilden nesile aktarıldığını öne sürmüştür. Darwin, yüz ifadelerinin, kişinin ne hissettiğini anlatmada en etkin araç olduğunu söylemiştir (69).

1.8.2.2.2. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik kuramın kurucusu olan Sigmund Freud, insanoğlunun bazı davranışlar için programlandığını savunur. Psikoanalitik kurama göre, insan iki temel içgüdüyle doğar; yaşam içgüdü ve ölüm içgüdü. Bu kurama göre saldırganlık ve öfke ölüm içgüdüsünden köken almaktadır (46).

Saldırganlık, doğuştan gelen bir özellik olarak kontrol altında değildir ve ölüm dürtüsünün bir ifadesidir. Freud'a göre saldırganlık, insanın kendine dönük yıkıcı eğilimlerinin, dış dünyadaki nesnelere çevrilmesidir. İnsan, diğer insanlarla savaşır ya da onlara karşıt davranışlar geliştirir. Çünkü insanda, kendini yok etme isteği vardır ve bu istek bilinçsizce dış dünyadaki objelere yönelir. Saldırganlık, birincil olarak kişinin kendisini tahrip etmeye yönelik ölüm içgüdüsünün diğer insanlara yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Kurama göre öfke gibi bazı kuvvetli duygular, bireyde bir enerji birikimi oluştururlar. Bu enerji boşaltılıp, gerilim öncesi duruma gelmezse, saldırganlık ve şiddete neden olmaktadır (32,46).

Freud'a göre, çocukta kişiliğin olduğu temel gelişim dönemlerinde saldırganlık ve öfke duyguları oluşmaktadır. Yaşamın ilk dönemi olan oral dönemdeki, oral saldırganlık olan ısırma, çiğneme, tükürme ve ağlama tepkileri, insanda var olan yıkıcı eğilimlerin ilk belirtileridir (46). Bu dönemde takılıp kalma ya da bu döneme geri dönüş, saldırgan davranışların temeli olarak kabul edilmiştir. Sözel saldırganlıktan cinayete kadar varan geniş davranış yelpazesinde yer alan bütün belirtilerin kökeninde bu dönemin kalıntıları görülür.

Öfkenin temellerinin atıldığı bir dönem de anal dönemdir. Anal dönemle sadist eğilimler arasındaki ilişkinin temelinde iki öge bulunur. Bunlardan ilki, dışkının püskürtülmesinin saldırgan bir davranış olarak yorumlanmasıdır. Bir başka deyişle, dışkı ile öfke eş anlam taşır ve dışkı, çocuğun kızgınlık duygularını dile getirmesinde başlıca araç durumuna gelir. Bilindiği gibi, yetişkin yaşamda öfke boşaltırken seçilen deyimlerin bir bölümü, dışkı ya da dışkıyı püskürtme anlamına gelen sözcükleri de içerir. İkinci öge, çocuğun anüs kaslarının denetimini kazanmasından kaynaklanan güçlülük duygusudur. Ne var ki, bu güçlülük duygusu annenin uygulamak istediği programın tehdidi altındadır. Dışkıyı tutmakta inat etmesi aşırı biçimde cezalandırılır ya da denetimini yitirmesi çok ayıplanırsa, çocuk anneye ilişkisinde oral dönemin ilkel nitelikli davranış örüntülerine gerileyebilir. Anal dönemde tuvalet eğitimi barışçı yollardan tamamlanmamışsa çeşitli uyumsuz karakter özellikleri geliştirilir. Kızgınlık duygularını (dışkıyı) tutma çabası tüm duygusal tepkilerin ketlenmesine neden olabilir (anal tutucu karakter). Annenin tutarsız davranışlarına ya da ilgisizliğine karşı duyduğu öfkeyi boşaltma alışkanlığı geliştiren çocuklarda, karşıt duyguları (sevgi ve nefret) birlikte yaşama, derbederlik, öfke tepkileri gösterme, başkaldırma ve sadist-mazohist eğilimler yaşam boyu izlerini sürdürür. Bu gibi kişiler her şeye, özellikle otoriteye, karşıt öneri de getirmeksizin, sürekli karşı çıkarlar (46).

Freud'a göre, öfke duygusunun ve saldırganlığın gelişmesini etkileyen diğer bir dönem ise fallik dönemdir. Genellikle 3–4 yaşlarında anal dönemden fallik döneme geçen çocukta, başlangıçta cinsel bölge doyum kaynağıdır, fakat amaç kaka ve idrar yapmaktır. Daha sonra doyum kaynağı cinsel organda odaklaşır ve kendi kendine doyum arama amaç olur. Önceleri kendine dönük özsever nesne ve kişi ilişkisi, daha sonraları karmaşa oluşumuna yol açar. Bu karmaşaya da Oedipus karmaşası adı verilir. Bu dönemde son aşamasına ulaşan ve tamamlanan üst benlik, Oedipus karmaşasının bastırılması için gerekli gücü sağlar. Önceleri annenin, babanın, çevrenin suçlamasından ve cezalandırmasından çekinen ve korkan çocuk benliği, Oedipus karmaşasının çözülmesiyle kendi üst benliğinden çekinip korkmaya başlar. Bu yapının oluşturduğu baskı oranında pişmanlık ve suçluluk duyar. Üst benlikten benliğe yöneltilen aşırı baskı, korku ve suçlama bazen saldırgan davranışlara dönüşür. Kişilik üst benliğin yarattığı korku ve baskıya karşı benliğini korumak amacıyla şiddet eylemlerine başvurur. Kırıcı, yok edici, yıkıcı bir şekilde davranır. Diğer bir deyişle, toplumsal değerler tarafından oluşturduğu kabul edilen üst benlik ne kadar baskıcı, katı ve sert olursa, saldırgan davranışların da ortaya çıkması o denli kolay ve şiddetli olur. Çocuk üst benliğini oluşturan ve özdeşleşmesinde etkisi olan ana-babasıyla birlikte bulundukça, bu tür

saldırgan davranışlarını başka nesnelere ve kişilere yöneltir. Onlardan ayrıldığında ise hiçbir kural, engel ve yasa tanımayan bir birey durumuna gelir (57).

1.8.2.2.3. Engellenme ve Saldırganlık Hipotezi

Engellenme-saldırganlık hipotezi olarak bilinen kuram Dollard, Doob, Miller, Mowrer ve Sears tarafından bir hipotez olarak ortaya atılmıştır. Bu kurama göre saldırgan hareketler çevredeki engellenmelere tepki olarak yapılmaktadır. Engellenme duygusu sonucu ortaya çıkan dürtü, saldırganlık davranışının temelini oluşturmaktadır. Bu davranış, güdünün önüne geçen engellere saldırma şeklinde kendini gösterir (32). Engellenme, bireyin belirli bir amaca ulaşılması ya da gereksinimlerinin giderilmesi önlediği zaman ortaya çıkar.

Engellenme kızgınlık ve saldırganlık duygularının ağır bastığı bir süreçtir ve saldırganlıkla sonuçlandığı düşünülmektedir. Buna karşılık, Berkowitz'in yeniden ele aldığı "Engellenme Saldırganlık Hipotezi"nde ise, öfke merkezi konuma alınmıştır. Berkowitz, engellenmeyi saldırganlığın doğrudan sebebi olarak görmez ve saldırganlığın her zaman arzu edilen bir amacın gerçekleştirilmesinin engellenmesinden kaynaklanamayacağına vurgu yaparak, engellenmenin bireyde düşmanlık ya da öfke duygusu yaratabileceğine dikkati çeker (69).

1.8.2.2.4. Durumluk-Sürekli Kişilik Kuramı

Durumluk-sürekli kişilik kuramının kurucuları Spielberg ve diğerleridir. Bu kuramı temel alarak, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Spielberg ve arkadaşları Durumluk-Sürekli Kişilik Kuramı'nı, kaygıda olduğu gibi, öfke duygusuna adapte etmişler ve öfkeyi, durumluk öfke ve sürekli öfke olarak incelemişlerdir. Durumluk öfke; amaca yönelik davranışın engellenmesi veya haksızlık algılaması karşısında ne şiddette gerginlik, sinirlilik, kırgınlık ve hiddet gibi öznel duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur. Sürekli öfke ise; durumsal öfkenin genellikle ne sıklıkta yaşandığını yansıtan bir kavramdır. Öfkeyi durumluk ve sürekli öfke boyutları açısından inceledikleri gibi, öfkenin ifade edilmesini de araştırmışlar ve bireyin üç ayrı öfke ifade tarzı olduğunu iddia etmişlerdir (69).

Öfkenin ifadesi, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol olarak üçe ayrılmaktadır. Öfke içte: hissedilen öfkenin bastırılarak içte tutulmasıdır. Öfke dışa ise, hissedilen öfkenin

sözel ve davranışsal olarak dışa vurulmasıdır. Öfke kontrol; öfkenin mantığa bürünme, bastırma, inkar gibi savunmalarla kontrol edilmesidir (68).

Durumluk ve sürekli öfke ile ilgili açıklamalarda görüldüğü gibi, Spielberg ve arkadaşlarına göre öfke ne tamamen biyolojik ve psikolojik bir tepkidir, ne de tek başına duygusal bir tepkidir. Öfke, fizyolojik ve duygusal tepkilerin bileşkesi olan bir durum olarak görülmektedir (77).

1.8.2.2.5. Bütüncül Yaklaşım

Horney, kusurlu ana-baba tutumları sonucu çocuklukta oluşmaya başlayan temel anksiyeteyi, düşman bir dünya içinde yalnızlık ve çaresizlik duygusu olarak tanımlamıştır. Temel anksiyetenin iç ögesi çaresizlik, düşmanlık ve insanlardan soyutlanma duygularıdır. Bu duyguların yanı sıra çocuk, çevresine karşı tutumlarında üstü kapalı bir ikiyüzlülüğün varlığını da hissetmeye başlar. Temel anksiyete kızgınlık ve bu kızgınlığın yarattığı düşmanca duyguların dıştan fark edilmesi olasılığına karşı geliştirilen korku duygularını da içerir. (46).

Nevrotik süreç; insanı saldırgan, boyun eğen ya da kendine dönük tiplerden biri olmaya zorlar. Böyle bir durum kişilikte köklü değişiklikler yapılmasını, belirli bir yaşam biçiminin geliştirilmesini, bir dizi ihtiyaçların, duyarlıkların ve ketlemelerin edinilmesini gerektirir. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş kişiyi bir kimlik oluşturmaya da zorlar. Nevrotik kişilerde bu kimliğin oluşum sürecinde bireyin istekleri önemli değildir. Tek amaç kendini koruyabilmektir. Bu ise insanı çaresizliğe, kızgınlığa ve insanlardan soyutlanmış olma duygularına iter (46).

1.8.2.2.6. Varoluşçu Yaklaşım

Schuerger'e göre varoluşçu yaklaşım, öfkeyi; insanın yok oluşa, işlenmemiş potansiyele ve yaşamın anlamsızlığına karşı tepkide bulunması olarak açıklamaktadır. Bu görüşe göre her insan öfke duygusunu farklı yaşar. Kişinin öfkesi, yaşama karşı kendisini çaresiz ve güçsüz hissetmesiyle ilgilidir (69).

1.8.2.2.7. Gestalt Kuramı

İnsancıl yaklaşımlardan olan Gestalt yaklaşımı; bireylerin, farkındalık kazanması, iç çatışmaların yaşanması, bitirilmemiş işlerini bitirmesi, performans anksiyetesini yenebilmesi, kutuplaşmalarda oluşan tutarsızlıklarının üstesinden gelebilmesi, sorumluluk alabilmesi temeline dayalıdır (92).

Bu görüşe göre, duygulardan bahsetmek yerine onların yaşanması önemlidir. Şekil arka plandan, zeminden çıktığı halde tamamlanmamış ya da çözümlenmemişse, bireylerin, küskünlük, öfke, nefret, acı, kaygı, keder, suçluluk ve vazgeçme gibi açığa vurulmamış duygularında kendini gösteren bitirilmemiş işleri kalmıştır. Bu duygular, tam bir farkındalık içinde yaşanmadığından, arka planda gezinip dururlar ve kişinin kendisi veya başkalarıyla etkin bir biçimde ilişki kurmasını engelleyen biçimlerde şimdiki yaşama taşınırlar. Bitmemiş işler, bireyin açıklayamadığı duygularıyla yüzleşip, bu duygularıyla baş edemediği ana kadar varlıklarını sürdürürler (30).

Gestalt terapide farkındalık, ihtiyaçlarca ortaya konan, şekilden şekle canlı bir ilerleyiş biçiminde algısal akış olarak tanımlanmaktadır. Gestalt terapi sürecinden geçen bireyler, farkındalık aracılığıyla ihtiyaçlarının, isteklerinin ne olduğunu, nasıl işlev gördüğünü bilir. Böylece yaşamda daha dengeli bir birey haline gelir. Sills, Finch ve Lapworth, insanda üç farkındalık kuşağı bulunduğunu belirtmektedirler:1. İç Kuşak, 2. Orta Kuşak, 3. Dış Kuşak'tır. İç Kuşak, bedende ve duygulanımdaki farklılıklardır. Bedenin hangi bölümleri gevşemiş, hangi bölümleri sert ya da duyguların ve duygulanımların neler olduğunu ayırt edilmesidir. Merak, kızgınlık, üzüntü, korku, mutluluk gibi duyguların fark edilmesi ve bu duyguları yaşarken bedende olan değişikliklere dikkat etmek bu kuşağa girmektedir (92).

1.8.2.2.8. Davranışçı Yaklaşım

Skinner, çevrenin davranış üzerindeki etkisine odaklanmıştır doğrudan gözlemlenemeyen ve değiştirilemeyen zihinsel süreçler ve güdülere gereğinden fazla dikkat edildiğini, oysa doğrudan gözlemlenebilen ve değiştirilebilen çevresel etkenlere yeterince önem verilmediğini öne sürmüştür (30).

Davranışçılık yaklaşımına göre, insanlar daha önce öğrenilmiş davranışlar aracılığıyla benzer durumlarda, benzer davranışlar gösterir. Çevresel etkileşimlerden kaynaklanan ve birbirini takip eden sürekli uyaran davranışlar dizisi geliştirirler (30).

Davranışçılara göre, öfkeye ve saldırganlığa verilen tepkiler aynen diğer davranışlar gibi öğrenilmiştir. Özellikle insanlar engellenmeye karşı saldırgan davranmayı çevreden öğrenirler, çünkü daha önce çevre tarafından bu etkileşimler körüklenmiştir (Adams, 1973). Berkowitz (1965)'in, 3 bileşenli modeline göre; engellenmeler duygusal tepkilerin bir sonucu olan saldırganlığa zemin hazırlar, bu hazır oluş durumu, ne zaman uygun bir zemin bulursa saldırganlıkla sonuçlanır, öfke ve saldırganlık davranışının özelliği zihinsel bağlantı veya olay ve önceki biçimlendirici etmenlerin bileşkesi olarak ortaya çıkar (30).

1.8.2.2.9. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramı, davranışların çevresel uyarıcılarla şekillendiğini vurgulamaktadır. Bandura, insanlardaki saldırgan davranışların geçmiş yaşantılardan, gözlem yoluyla ya da taklit yoluyla öğrenildiklerini belirtmiştir (30).

Engellenme hipotezinin tersine, sosyal öğrenme kuramı, saldırgan davranışların doğuştan gelen faktörler sebebiyle ortaya çıktığını reddeder. Bunun yerine, insanın saldırgan davranışların ödüllendirici olduğunu öğrenmesi durumunda, engellenmenin saldırganlıkla sonuçlanacağını belirtir (69).

Sosyal öğrenme kuramı çocukların, davranışsal tepkileri başkalarını gözlemleyerek öğrendiklerini savunmaktadır (69). Bu noktadan hareketle, çocuğun şiddet ve saldırganlık davranışı sergilemesinde ebeveynlerin uygulamış olduğu disiplin yöntemi ve kuralların işleyiş biçiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır (69). Yani birey, erken çocukluk döneminden itibaren, gözlemlediği ve öğrendiği davranışları sergilemektedir.

1.8.2.2.10. Bilişsel- Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar duygu, düşünce ve davranış arasında karşılıklı ve birbirini etkileyen dinamik bir etkileşim olduğu görüşünü savunmaktadır. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre, bilişler, bir olay ve bireyin bu olaya verdiği tepki arasında arabulucu bir faktördür. Davranış örüntüsü, uyarı-biliş-tepki döngüsünü izler. Beck, duygularla ilişkili üç faktör olduğu hipotezini oluşturmuştur. Bunların ilki, bireyin, kendisiyle, dünyayla ve gelecekle ilişkili olumsuz bakışını içeren bilişsel üçlüdür. İkinci faktör, bireyin yaşamla ilgili kendine özgü tahminlerini açıklayan şemalardır. Üçüncü faktör ise, bireyin gerçek hakkındaki düşüncesini çarpıtmasını içeren bilişsel çarpıtmalardır. İnsanın duygusal ve

davranışsal tepkiler geliştirmesinde belirleyici etken; durumlarla ilgili beklentileri, çıkarımları, anlam verme, bilgiyi işleme biçimleri, kısaca bilişsel yapılarıdır (79).

Benzer şekilde Mialkowski, bilişsel modelin, öfke yada diğer duyguların gelişimini bilişlerin neden olduğu bir modelle açıkladığını belirtmiştir. Bilişsel modele göre, biliş daha temkinli, amaçlı, bilinçli ve akılcıdır. Bununla birlikte, bilişler sık sık duygularla karıştırılır. Bilişsel model duyguların bilişlerin bir sonucu olduğunu ileri sürer. Yani duygusal tepkiler bilişlerin bir sonucudur. Ellis'e göre duygular, büyük ölçüde düşüncelerin ürünüdür: Birey bir şeyin kötü olacağını düşünür ve ardından o şey hakkında olumsuz duygu yaşar. Yani öfke ve saldırganlık, bilişlerin bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır (36).

Benzer olarak, Novaco, özellikle öfke duygusuyla ilişkili, stres tepkisi olarak öfkeye neden olan bilişsel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç bileşen tanımlamıştır. Bilişsel ifade, kişinin algıları, yorumları, uyarıcıları değerlendirmesi ve sosyal çevredeki tetikleyici etmenlerle ortaya çıkar. Bu bileşenler, bireyin, davranışsal tepkiye yol açabilen durumlar hakkında kendi tutumlarını değerlendirmesini vurgular (36).

Dodge tarafından ortaya atılan hipotez, saldırgan çocukların, olayları negatif bir şekilde yorumladığını ve diğerlerine bakışlarının düşmanca olduğunu ileri sürer. Bu bireyler tipik olarak, nötr olayları bile tehdit ve misilleme olarak algırlar. Bu görüşe ek olarak, Thompson ve Rudolph, irrasyonel düşünce döngüsü adı verilen bir model önermişlerdir. Buna göre, bireyin irrasyonel düşünceleri, kendinden nefret etmeye, kendine zarar verici davranışlara ve diğerlerinden nefret etmeye neden olur (79).

Bilişsel-davranışçı kuram, öfkenin kaynağını 3 şekilde ele alır. Kişinin değer verdiği bir amaca ulaşırken engellendiğinde ortaya çıkan öfke, kibarca, sebepli, doğrulukla ve saygılı davranılma gibi kişisel kuralların yıkılmasıyla ortaya çıkan öfke ve kişinin öz saygısına başka insanlar veya kurumlar tarafından tehdit altında kaldığında ortaya çıkan öfke olarak ele alınır (68).

Bununla birlikte bilişsel davranışçı terapilerde, diğer duygular gibi öfke duygusu da birbirini etkileyen ve belirli bir sıra izleyen bir takım bileşenlerden oluşturulmaktadır.

Bu sıra şu şekilde olmaktadır :

a) Tetikleyici Olay

b) Değerlendirme (bilişsel yapılar ve şemalara göre)

c) fke

d) Davranış

e) Sonuç

Bireylerin yaşadıkları olaylarda, tetikleyicilerin, deneyimlerin, ifadelerin ve öfkenin sıralamasının daha çok farkında olan bireyler başa çıkma becerilerini ve bunları geliştirme stratejilerini uygulayabilir (35).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre öfke, insan yaşantısının doğal bir parçasıdır. Bununla beraber öfke birbirini etkileyen bazı bileşenlerden oluşur. Bunlar; a) bir ya da daha fazla tetikleyici olay, b) kişinin anlık durumdan oluşan öfke öncesi durumu ve sürekli bilişsel yorumlama süreçleri, c) tetikleyici olaylar ve başa çıkma kaynaklarının değerlendirmesi. Öfke duygusal, psikolojik ve bilişsel bileşenlerin oluşturduğu ve bunların hızlıca birbirini etkileyerek harekete geçtiği bir i deneyim sürecidir. Öfke bilişsel ve duygusal i uyaranlar tarafından tetiklenir. Bu nedenle öfkeyi daha iyi anlamak için öfke öncesi duyguları ve bilişleri anlamak önemlidir (35). Günümüzde bilişsel davranışçı yaklaşımların öfkeyi azaltmada, etkili bir yaklaşım olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur. Bilişsel-davranışçı yaklaşım öfkeyi azaltmada birincil olarak bazı beceriler kazandırmaya odaklanır (pratik geवंeme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi). Deffenbacher, Filetti, Lynch, Dahlen ve Oetting (2002), bir araştırmasında, yoğun öfkeli sürücülerden oluşan iki gruptan birine geवंeme ve bilişsel rahatlama teknikleri uygulamış, kontrol grubuna ise herhangi bir bilişsel müdahalede bulunmamıştır. Geवंeme ve bilişsel rahatlama müdahaleleri yapılan grupta öfke yoğunluğu, düşmanca yaklaşım ve saldırganlık davranışlarında düşük belirtiler görülmüş ve grubun öfke ifadesinde uyumsal/yapıcı yollar kullandığı saptanmıştır. Bilişsel geवंeme egzersizleri riskli davranışlar frekansını da düşürmüştür. Teorik olarak Bilişsel Davranışçı terapide farklı müdahaleler, farklı şekillerde görülür. Bilişsel davranışçı terapide bilişsel yeniden yapılandırma ve problem çözme teknikleri ile öfkenin bilişsel elementleri bulunur ve bireyin iç konuşma, imaj/hayal oluşturma, provokatif durumlarda öz sakinliği korumaya

yardımcı olma ve daha iş odaklı yollar kullanılarak öfke düzeyi azaltılmaya çalışılır. Bununla birlikte gevşeme teknikleri de bireyin duygusal ve fiziksel rahatlığı için kullanılan tekniklerdir (35).

Davranışsal teknikler de öfke durumlarında alışılmış davranışsal ifade modelleri, tanımlama ve pozitif becerileri güçlendirme hedeflenir. Bu müdahale yöntemleri bireyin esnek yollar oluşturmaya kadar sürdürülür (35).

1.8.2.2.11. Akılcı-Duygusal Terapi Yaklaşımı

Akılcı-Duygusal Terapi, bilişsel-davranışçı yaklaşımın spesifik bir şeklidir. Ellis'e göre, inanç sistemimiz, yapıcı ve akılcı inançlar ile yıkıcı ve mantık dışı inançlar olmak üzere iki temel kategoriye bölünür. Akılcı Duygusal Terapi ABC modeli çerçevesinde şekillenmiştir. Ellis öfkeye de bu çerçevede yaklaşmıştır(2).

Akılcı Duygusal Terapiye göre ABC teorisi kişiliğin merkezini oluşturmaktadır. ABC modeline göre; A, sonucu ortaya çıkaran ve başlatan olaydır. C ise, duygusal ve davranışsal sonuçtur. Başlatan olay duygusal sonuca direkt olarak katkıda bulunur, fakat tek ve tamamen nedeni değildir. Dolayısıyla A ve C ilişkisine bakıldığında bu ilişkiyi etkileyen başka bir faktör görülür. A ve C arasında davranışı etkileyen bir düşünce süreci vardır. Bu da B, yani inanç sistemidir. İnsanlar gelişimi esnasında karar vermelerine ve durumları, diğer insanları ve olayları değerlendirmelerine yardımcı olacak bir inanç sistemi geliştirirler. Bu inanç sistemi de C'yi ve buradaki tepkileri etkileyebilir. Bu inanç sistemi öfke yaşantısı üzerinde de aynı şekilde işler. Ellis'e göre öfke, bireyin sahip olduğu öfkeye neden olan mantık dışı inançların bir sonucu olarak oluşur ve devam ettirilir (41).

Akılcı Duygusal Terapi, öfke duygusunu da bu şekilde ele almaktadır ve Ellis, sağlıklı öfkenin kişinin gerçeği yanlış yorumlamasına ve çarpıtmasına neden olurken, sağlıklı öfkenin gerçek çizgisinde olduğunun ayrımını açıklamıştır (2).

1.8.2.3. Öfke İle İlgili Araştırmalar

1.8.2.3.1.Öfke İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Öfke ile ilgili hem yurt içinde hem de yurt dışında birçok araştırmabulunmaktadır. Yurt dışında son yıllarda yapılan araştırmalar şu şekildedir:

Ford, öfke ve akılcı olmayan inançlar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve araştırma sonucunda sürekli öfke, öfkeli mizaç, haksızlık algılaması ve kişiler arası tahrik faktörleri ile akılcı olmayan inançlar arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuştur. Namka, 18 yaşın altındaki gençlerin %17-22'sinin duygusal ve davranışsal problemlerinin bulunduğunu belirtmiştir. Bu gençlerin büyük çoğunluğu öfkelerini idare etmekte güçlük çekmekte, saldırganlık, şiddet ve hoşgörüsüzlük içeren davranışlarda bulunmaktadırlar (2).

Bir diğer araştırma Bridewell ve Chang tarafından yapılmıştır. Yapılan araştırmada öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrolü durumlarının depresyon, kaygı ve düşmanlık belirtilerinin belirleyicisi olup olmadıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Sonuçta içe dönük öfkenin depresyon ve kaygının belirleyicisi olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca depresyon için içe dönük öfkenin yanı sıra dışa dönük öfkenin ve cinsiyetin de belirleyici olduğu bulunmuştur (2).

Cautin ve arkadaşları tarafından, ergenlerdeki madde kullanımı ve intihara yönelme davranışı ile içte ve dışta yaşanan öfke arasındaki ilişkisinin incelendiği bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada psikiyatrik tedavi gören 92 ergenle çalışılmış ve araştırma sonuçlarında içe yönelik öfke düzeyi yüksek olanların daha depresif olduğu ve ümitsizlik duygusu yaşadığı bulgulanmıştır. Dışa yönelik öfke düzeyi yüksek olan ergenlerin düşük olan ergenlere göre daha fazla alkolle ilgili problemler yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Gonenstein ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada bilişsel-davranışçı terapinin sürekli öfkeyi azalttığına ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir. Karşıt şartlandırma becerileri modellerinden elde edilen stratejiler, danışanların öfkeyi ortaya çıkaran doğal ya da yapılandırılmış olay/durumlara maruz bırakıldığında, öfkenin, psikolojik, bilişsel yada davranışsal yöntemlerle azaltılabildiği görülmüştür. Buna karşılık, öfke azaltımında en belirgin yöntemlerin, kas gevşetme hareketleri, bilişsel yeniden yapılandırma, aşırı tepki engellemesi, problem çözme ve etkili iletişim becerileri kazandırılması olduğu belirlenmiştir. Yapılan 12 oturumluk terapiden sonra bu yöntemlerin en etkili yöntemler oldukları bulunmuştur (2).

Deffenbacher ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, iki grup üzerinde öfke azaltma programı uygulanmıştır. Birinci grupta bilişsel rahatlama teknikleri, ikinci grupta ise zaman sınırı, öfke-odaklama ve uyum sağlama süreci yöntemlerinin kullanıldığı grupla danışma yapılmıştır. Bu iki grup danışma yapılmayan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Danışma uygulanan gruplarda 5 haftadan 15 ayakadar bazı beceriler ve genel kaygıyı azaltan kazanımlar elde edildiği görülmüştür. Benzer şekilde, Deffenbacher ve Stark tarafından yapılan deneysel araştırmada, öfkenin kontrol altına alınmasında bilişsel ve fiziksel rahatlama tekniklerinin birlikte kullanılmasının etkisinin belirlenmesi amacıyla bilişsel gevşeme teknikleri ve fiziksel gevşeme tekniklerinden her birisinin etkisi kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Her iki tekniğinde kayda değer bir biçimde öfke azalmasını sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (35,36).

Beck ve Fernandez, öfke tedavisinde kullanılan Bilişsel-Davranışçı terapilerin etkinliğini meta analiz yöntemlerini kullanarak değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmalarında, bilişsel-davranışçı terapiler ile tedavi görenlerin, görmeyenlerin %76'sından daha iyi olduklarını ve bilişsel-davranışçı terapi yaşantısı geçirmeyen deneklerin yalnızca %33'ü başarılı olurken, bu yaşantıları geçiren deneklerin %67'sinin tedavilerinde başarılı olduklarını göstermiştir (20).

Gerzina ve Drummond, bilişsel-davranışçı öfke azaltma programının tipik araştırma popülasyonu dışında da uygulanabileceğini göstermek amacıyla, 26 polise 6 hafta boyunca süren ve içinde gevşeme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma, öfke tepkisini kesme ve problem çözme becerileri bulunan eğitim uygulamışlar, tedavi öncesi ve sonrasında yapılan ölçümlerde mantık dışı inançların anlamlı düzeyde azaldığı, buna karşılık gevşeme becerilerinin anlamlı düzeyde arttığı ve eğitim grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, öfke ve anksiyete düzeyinin önemli ölçüde azaldığını saptamışlardır. Benzer şekilde, Valliant, genç suçlularda bilişsel-davranışçı terapiyle öfke yönetimi adlı araştırmasında, hapse atılmış ve gözetimde tutulan 107 suçlu üzerinde, kısa dönemli bilişsel-davranışçı terapinin etkileri incelenmiştir. Sonuçlar suçlulardaki sözel düşmanlık ve alınma belirtilerinin önemli ölçüde değiştiğini göstermiştir (2).

Gonzales, Jozefowicz ve Hernandez tarafından yapılan araştırmada, öfke problemleri yaşayan paranoid düşüncelere sahip 32 erkek ve öfke problemleri yaşamayan paranoid düşüncelere sahip 27 erkek üzerinde bilişsel-davranışçı yaklaşım temelli müdahale yöntemleri kullanılmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Yapılan öntest-sontest çalışmasında

grup içi ve gruplar arası farklılıklar incelenmiştir. Öntest çalışmasında, öfkeli grubun paranoid düşüncelerinin, öfke problemleri yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale sonrası yapılan son test çalışmasında ise, bilişsel-davranışçı öfke terapisinin öfke ve paranoid düşünceleri azalttığı bulunmuştur (2).

Kellner ve Tutin, yaptıkları çalışmada gelişimsel ve duygusal bozukluğu olan lise öğrencileriyle okul temelli öfke yönetimi programının etkililiğini incelemişlerdir. Bu çalışmada kullanılan öfke yönetimi programı Novaco'nun (1975) bilişsel davranışçı yaklaşımlı öfke yönetimi programından temel alınmıştır. Grup pekiştirme, rol oynama, beceri geliştirme ve gevşeme egzersizlerinin kullanıldığı programda saldırgan davranışı yönetme amacıyla öğrenciler öfkenin fizyolojisi, tetikleyicileri ve sonuçlarını öğrenmişler ve öfkeyi yönetme becerilerini edinmişlerdir. Çalışma sonuçlarının yararlı olduğu açık bir şekilde ortaya konmuştur (2).

Dykeman davranım bozukluğu olan ergenlerde öfkeyi ifadeye bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımını kullanmıştır. 14-16 yaşlarındaki küçük bir grup ergenleyaptığı çalışmada öfke ifadesinin bileşenlerinde okul temelli bilişsel-davranışçı programın etkililiğini incelemiştir. Ön test ve son test ölçümlerine göre, öfkeyi ifadeye, öfke kontrolünde ve durumluk öfkede anlamlı farklılık gözlenirken, sürekli öfke de anlamlı farklılık gözlenmemiştir (2).

Moretti ve Peled tarafından 121 ergen üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada, öfke ve üzümlük yoğunluğu yaşayan ve bu durumu uzun uzadıya düşünen, klinik başvuruda bulunmuş ergenlerin, öfke ve üzümlük yoğunluğunun yordayıcıları bulunmak istenmiştir. Bu amaçla faktör analizi yapılmış ve 2 ana faktör belirlenmiştir. Öfke ve öfke yoğunluğunun saldırganlığın yordayıcılarıyla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Öfke saldırgan davranışlarda oldukça önemli bir yordayıcıdır. Öfke ve öfke yoğunluğunun hem öfkenin boyutları (kırgınlık hissi gibi) hem de bilişsel süreçler (öfke ile ilgili düşünceler) tarafından etkilendiği bulgulanmıştır (2).

Campano ve Munakata'nın 650 Filipinli ortaokul öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada; öfkenin, öğrencinin saldırganlığı ile arasında önemli bir bağlantının olduğu ve yüksek seviyede öfke ile okulda problemleri davranış, zayıf akademik başarı, arkadaşları tarafından dışlanma ve psikosomatik şikayetler arasında belirgin bir bağlantı olduğu ortaya

çıkmiştir. Bunun dışında kontrol edilemeyen öfke, ciddi olarak okuldaki şiddetle bağlantılı faktörlerden biri olarak gösterilmiştir (2).

1.8.2.3.2. Öfke İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Yurt içinde de son yıllarda öfkeyle ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan bazıları aşağıda verilmiştir:

Ülkemizde öfke ile ilgili pek çok araştırma yapan Özer, öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapılarını araştırmıştır. 225 kişi üzerinde yapılan araştırma da, öfke, kaygı ve depresif eğilimlerin altında yatan ortak düşünce yapısına, “başka insanların bireyin mutluluğunu engellediği” ve “ilişkilerin planlandığı gibi yürümesi gerektiği” inançları olduğu görülmüştür. Ayrıca öfke duygusunun temelinde yer alan dikkat çekici düşünce, “bireyin başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi için, hata yapmaması gerektiği”dir. Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu ise, lise ve üniversite öğrencilerinin öfke denetimini içeren düşünce biçimini diğer gruplara göre daha fazla benimseme eğiliminde olduklarıdır (68).

Danışık, ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile problem çözme arasındaki ilişkiyi incelemiş, problem çözme ile öfke kontrolü arasında anlamlı bulgular elde etmiştir. Buna göre öfkesini kontrol edebilen bireylerin problem çözme becerilerinin yüksek olduğu bulunmuştur (2).

Kısaç, üniversite öğrencilerinin sürekli öfke ve öfke ifade düzeylerini öğrencilerin yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yerleşim merkezine göre incelemiştir. Örneklem 712 öğrenciden oluşmakta ve bulgular, sürekli öfke düzeyi en yüksek olan grubun köylerde yaşayanlar ve öfkelerini en fazla içinde tutanların ise küçük kentlerde yaşayanlar olduğunu göstermiştir (55).

Güngör sosyal destek, negatif yaşam olayları, öfkenin ifade ediliş biçimi, kendini suçlama ile fiziksel sağlık ve sosyal uyum arasındaki ilişkiyi incelemek, fiziksel sağlık ile sosyal uyumu bu değişkenlerden hangisinin daha iyi yordadığını bulmak, fiziksel sağlık ve sosyal uyum arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada, fiziksel sağlığı yordayıcı değişkenlerin sosyal destek, negatif yaşam olayları ve kendini suçlama olduğunu, sosyal uyumu yordayan değişkenlerin ise sosyal destek ve öfkenin ifade ediliş biçimi olduğunu tespit etmiştir (2).

Soyaldın tarafından yapılan araştırmada, ortaöğretim öğrencilerinin öfke ve öfke ifade tarzları ile mizah tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. 542 lise öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada, öğrencilerin öfke kontrolü alt ölçeği ile geliştirici mizah puanları arasında ve öfkeyi dışa yöneltme durumu ile saldırgan mizah puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu; öfkeyi içe yöneltme durumu ile katılımcı mizah puanları ve öfkeyi kontrol etme durumu ile saldırgan mizah puanları arasında negatif bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca, öğrencilerin öfke ifade tarzları ile mizah tarzları arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (2)

Yöndem ve Bıçak, öğretmen adaylarının bölüm, cinsiyet, yaş, sınıf, yerleşim birimi ve gelir düzeyi değişkenlerine göre öfke düzeylerini ve öfke tarzlarını incelemiştir. 713 öğretmen adayı üzerinde yapılan araştırmada, bölüm ve cinsiyet değişkenleri açısından öfke düzeyi ve öfke tarzlarında anlamlı farklar olduğu gözlenmiştir. Sınıf, yaş, yaşamını geçirdiği yerleşim birimi ve gelir düzeyine göre ise anlamlı farka rastlanmamıştır (33).

Yıldırım tarafından yapılan araştırmada, ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin çatışma çözme davranışını belirleme ölçeğinin saldırganlık alt puanı ile sürekli öfke arasında orta düzeyde anlamlı ve doğrusal bir ilişki, saldırganlık alt puanı ile öfke içe puanı arasında düşük düzeyde anlamlı ve doğrusal bir ilişki ve saldırganlık ile öfke dışa puanı arasında orta düzeyde anlamlı ve doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Saldırganlık puanı ile öfke kontrol puanları arasında ise anlamlı ancak ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Problem çözme ve öfke kontrol arasında anlamlı ve doğrusal ilişki bulunmuştur (2).

Okman, 15-16 yaş grubu ergenlerinin öfke ifade tarzlarının kendilik imgelerini algılamalarına göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla 428 ergen ile yaptığı çalışmada, olumlu kendilik algısına sahip ergenlerde bastırılmış öfke, dışa vurulmuş öfke ve sürekli öfke boyutlarında azalma ve öfke kontrol düzeyinde artma olduğunu bulgulanmıştır (2).

Olmuş, ergenlerin aile içi psikolojik örüntülere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını incelemiş ve bunların farklılaştığını ortaya koymuştur. 419 öğrenci üzerinde yapılan araştırmada, sıcak bir aile ortamını ve aileden destek gördüğünü algılayan ergenlerin öfkelerini sağlıklı bir şekilde ifade edebildikleri, uygun bir şekilde kontrol edebildikleri sunucuna varılmıştır. Aile ortamlarını denetleyici ve kontrol edici bulan ergenlerin ise öfke duygusuna daha fazla kapıldıkları, duygularını rahatlıkla ifade edemedikleri, bu duyguyu kontrol etme gereksinimi duydukları ve öfkelerini daha çok kendilerine yönelttikleri görölmüştür (69).

Yazgan tarafından öfke kontrolü ile tolerans düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçeklerinin tolerans envanteri puanlarıyla anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre tolerans düzeyi yüksek olan kişiler, tolerans düzeyi düşük olanlara göre, yaşadıkları olay veya karşılaştıkları farklı durumlarda daha az öfke duygusu yaşayacaklar, çevrelerine daha az öfkeli tepkiler verecekler ve öfkelerini daha fazla kontrol edebileceklerdir (94).

Avcı tarafından yapılan ergenlerin ailelerinin aile işlevleri, öfke ve öfke ifade tarzları açısından incelendiği araştırmada şiddet davranışı gösteren ergenlerin ailelerinin problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, ailedeki roller, davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel aile işlevlerinde karşılaştırma grubunda yer alan ailelere göre önemli oranda yetersizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Öfke düzeyleri açısından incelendiğinde, şiddet davranışı gösteren ergenlerin ailelerinin karşılaştırma grubunda yer alan ergenlerin ailelerine göre “sürekli öfke”, “içe-yönelik öfke” ve “dışa yönelik öfke” düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şiddet davranışı göstermeyen ergenlerin ailelerinin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri görülmüştür. Ayrıca şiddet davranışı gösteren ergenlerin aile üyelerinin daha fazla psikolojik probleme sahip oldukları, alkol kullandıkları ve suç işleme davranışında bulundukları saptanmıştır (2).

Aytek, araştırmasında lise birinci sınıf öğrencilerinin öfke düzeyini kontrol etmeleri ve uygun başa çıkma stratejilerini kullanabilmeleri için gerekli olan becerileri kazanabilmeleri konusunda yardımcı olmayı amaçlayan bir grup rehberliği programı uygulamıştır. Eşit sayıda kız ve erkek öğrenciden oluşan 20 kişilik deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Uygulama sonucunda, bilişsel davranışsal teknikler doğrultusunda yer alan etkinliklerin öğrencilerin gerekli becerileri geliştirebilmelerini sağladığı belirlenmiştir (2).

Benzer şekilde Cenkseven, yaptığı deneysel çalışmada bilişsel davranışsal yaklaşımı temel alarak hazırlanan öfke yönetimi becerileri programının ergenler üzerindeki etkisini incelemiştir. Öfke düzeyi yüksek olan ergenler üzerinde yapılan araştırmanın deney ve kontrol grupları 13 kişiden oluşturulmuştur. Araştırma sonucunda deney ve kontrol gruplarının ön ölçüm ve son ölçüm -içe yönelik öfke dışında- sürekli öfke, dışa yönelik öfke, öfke kontrol ve saldırganlık puanları arasında deney grubu lehine anlamlı farklar belirlenmiştir. Deney grubuna dört ay sonra uygulanan izleme ölçümü sonucunda son ölçüm ve izleme ölçümü puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (2).

Kaplan, yaptığı çalışmada öfke yönetimi eğitiminin ilköğretim 5. Sınıfa giden öğrencilerin saldırganlık ve benlik saygısı üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda, öfke yönetimi eğitimi sonunda deney grubundaki öğrencilerin saldırganlık düzeyinde kontrol grubundaki öğrencilere göre anlamlı bir azalma olduğu ve deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubundaki öğrencilere kıyasla benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir değişme olmadığı görülmüştür (53).

Akgül'ün çalışmasında, öfke denetimi eğitiminin, ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin öfke denetimi becerileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla, verilen öfke denetimi eğitimi grubu ve kontrol grubuna uygulanan ön test son test sonuçları değerlendirilmiş, deney grubundaki öğrencilerin sürekli öfke, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke düzeylerinde anlamlı bir azalma, öfke kontrol düzeylerinde de anlamlı bir artma olduğu saptanmıştır (2).

Sütçü, çalışmasında ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmada bilişsel davranışçı bir müdahale programının etkililiğini değerlendirmeyi amaçladığı araştırmada, öncelikle programın işleyişi hakkında bilgi edinmek ve eksikliklerini gidermek amacıyla bir pilot çalışma yapmıştır. Bunun ardından müdahale programına son şekli verilmiştir. Çalışmaya öfke ve saldırganlık eğilimleri gösteren 19 deney ve 21 kontrol olmak üzere 40 öğrenci katılmıştır. Deney grubuna 12 oturumluk müdahale programı uygulanmış, kontrol grubu üzerinde bir işlem yapılmamıştır. Elde edilen verilere göre, deney grubundaki ergenlerin sürekli öfke, dışa yöneltile öfke, saldırganlık alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, öfke kontrolü alt ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı ölçüde arttığı bulunmuştur (2).

Saçar, ilköğretim 8.sınıf öğrencilerinin öfke tepkisiyle arkadaş bağlılığı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada 706 öğrenciden oluşan bir örneklem grubu belirlemiştir. Araştırma sonuçları öğrencilerin öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeyleri ile arkadaş bağlılığı arasında anlamlı bir fark olmadığını, öfkeyi kontrol etme düzeyiyle arkadaş bağlılığı arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir (2).

İlgili araştırmalara bakıldığında, öfkenin, cinsiyet, yaş, bölüm, sınıf, anne baba eğitim düzeyi, akılcı olmayan inançlar, saldırganlık, şiddet, hoşgörüsüzlük, depresyon, kaygı, düşmanlık, madde kullanımı, intihar, sözel düşmanlık, paranoid düşünceler, bireyin kendi saldırganlığını değerlendirmesiyle, başkalarının değerlendirmesi arasındaki ilişki, esneklik,

denetim odağı, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrolünü etkileyen değişkenler, bilişsel süreçler, problemlili davranış, zayıf akademik başarı, arkadaşları tarafından dışlanma, psikosomatik şikayetler, problem çözme, yerleşim yeri, anne baba tutumu, sosyo ekonomik düzey, gelir düzeyi, sosyal destek, negatif yaşam olayları, kendini suçlama, mizah tarzları, çatışma çözme, kendilik imgesi, aile içi psikolojik örüntüler, tolerans düzeyi, aile işlevleri, benlik saygısı ve arkadaş bağlılığı gibi pek çok değişkenle ilişkisinin incelendiği görülmektedir.

1.8.3. Psikiyatrik Komorbidite

1.8.3.1. Ruh Sağlığı ve Bozukluğu Tanımlaması

1.8.3.1.1. Normalin Tanımı

a) İstatistiksel Tanım

İstatistiksel olarak, çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir. Hekimlikte istatistiksel tanım çok kullanılır ve istatistiksel bulgulara göre normalin alt ve üst sınırları çizilir. Ancak ruh sağlığı açısından istatistiksel tanım çoğu zaman göreceli bazen de geçersizdir (72).

b) Klinik Tanım

Klinik olarak belirgin bir ruhsal bozukluğun tanımı genellikle yapılabilir. Fakat kişide böyle bir bozukluğun olmaması normaldir demek için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle; klinik açıdan normal tanımlayabilmek için değişik ölçütler kullanılır(72). Bu ölçütler; kişinin çevresine uyum sağlayabilmesi, kişide herhangi bir psikiyatrik semptomun bulunmaması, kişinin benlik ögeleri (id-ego-süper ego) arasında denge olması, kişinin benlik gelişiminin sekiz basamağını tamamlamasıdır (72).

1.8.3.1.2. Anormalin Tanımı

Anormalin tanımını yapmak daha kolaydır. Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk, yetersizlik gibi özellikler barındırır. Her kişide tutarsız, aşırı, uygunsuz, yetersiz davranışlar görülebilir.

Hasta sayılabilecek kişide, bu özelliklerin sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişiler arası ilişkilerini bozması niteliklerini taşıması gerekir (72).

1.8.3.2. Ruhsal Bozukluklarda Tanı ve Sınıflandırma

Hastaların sağaltımı ve hastalıkların önlenmesi için ilk başta iyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırma dizgesinin elde olması gerekir.

Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve dizgeli bir biçimde sınıflandırılmasında ilk önemli adım Alman ruh hekim Emil Kraepelin tarafından 1886 yılında atılmıştır. Kraepelin'in koyduğu tanımlamalar birçok yönden bugün de geçerlidir. II.Dünya Savaşı dönemlerinde ruhsal hastalık kavramının sınırları belirsizleşmeye başlayarak Kraepelinci hastalık anlayışı reddedildi. 1952 yılında, DSM-I 'de (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ruhsal bozukluklar birer tepki olarak sınıflandırıldı. 1960'lardan sonra öncelikle yeni bulunan ilaçların etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla psikiyatrik tanı ve sınıflandırmayı öznellikten kurtarmak ve bilimsel çerçeveye oturtmak için çabalar yaygınlaştı. 1968'de DSM-II ile tepki teriminden uzaklaşıldı. DSM-I ve DSM-II'de yer alan sendromlar az çok tanımlanmaktaysa da bu tanımlamalar yeterli gelmemekteydi. 1980'de DSM-III ve 1987'de DSM-III-R (DSM-III-Revised) psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında etiyolojik önermelerin yerini kuram dışı yaklaşımla yapılan kısmen araştırmalara dayanan tanı ölçütleri aldı. Böylece standartlaştırma yolunda önemli bir adım atılmış oldu ve kullanımı çok yaygınlaştı (72).

Bu süre içinde Avrupa psikiyatrisinin etkisi ile Dünya Sağlık Örgütü de sırasıyla 1968'de ICD-8, 1979'da ise ICD-9 yayınları ile uluslararası tanı dizgeleri geliştirdi. Hekimlikteki bütün hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasını içeren ICD'nin (International Classification of Diseases) içeriği ruhsal bozuklukları tanımlamak ve sınıflandırmaktır. 1992'de çok çeşitli araştırmalar yapılarak ICD-10 yayınlanmış ve en son şekli verilmiş oldu (72).

1994'te DSM dizgesinin gözden geçirilmiş hali olan DSM-IV yayınlanarak bütün dünyada kullanılır hale geldi. DSM-IV'ün DSM-III ve DSM-III-R'den en önemli farkı; temel dayanağının uzman görüşlerinden çok geniş kapsamlı kaynak taramasına ve araştırma verilerine dayandırılmış olmasıdır. (72).Bu çalışmanın planlanmasından sonra DSM V yayınlanmıştır ve 2013 yılında beri kullanılmaktadır.

1.8.3.2.1.DSM dizgesinin önemli özellikleri

Her bozukluk için tanımlama, eşlik eden özellikler, başlangıç yaşı, yaygınlık, gidiş, neden olduğu bozukluğun derecesi, komplikasyonları, oluş nedenleri, ayırıcı tanı ve tanı ölçütleri sırasıyla özetlenerek verilmektedir.

Hastaların değişik özelliklerini, hastalıklarını, uyum düzeylerini belli bir tanı dizgesi içinde belirtebilmek için DSM dizgesi çok-eksenli tanı yöntemini getirmiştir. Her hastaya beş eksen üzerinden tanı değerlendirmesi yapılmaktadır.

I.eksen : Klinik Bozukluklar, Klinik olarak önem taşıyan başka bozukluklar

Bu eksen de, klinik görünüme egemen olan asıl hastalığın(kişilik bozukluğu ve zeka geriliği dışındaki) tanısı konur. Hastada başka ruhsal bozukluklar varsa bunlar da bu eksen de, asıl hastalığın altında sıralanır.

II.eksen : Kişilik Bozuklukları, Zeka Geriliği

Bu eksen de hastada saptanan kişilik bozukluğunun tanısı ya da baskın olan kişilik bozukluğu belirtisi konur. Zeka gerilikleri de II. eksen tanısı altında yazılır.

III.eksen : Psikiyatri Dışı Bozukluklar (Genel Tıbbi Durumlar)

Bu eksen hastada görülebilecek psikiyatri dışı hastalıkların tanıları içindir.

IV.eksen : Psiko-sosyal ve Çevresel Sorunlar

Bu eksen de ruhsal bozukluğun oluşunda, gidişinde ve sağaltımında etkisi olabilen çeşitli psiko-sosyal etkenler belirtilmektedir.

V.eksen : Uyum İşlevlerinin Toplu Değerlendirilmesi

Bu eksen de gözlemlere dayanarak ya da Genel Uyumu Değerlendirme Ölçeği ile elde edilen uyum değerlendirmesi yazılır.

1.8.3.2.2. ICD dizgesinin önemli özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü'nce hazırlanarak 1992 yılında yayınlanmış olan ICD-10'un (Classification of Mental and Behavioral Disorders- Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması) Türkçe'ye çevirisi Dünya Sağlık Örgütü'nün izniyle yapılmış ve kitap olarak basılmıştır. Bu kitap, ruhsal bozuklukları F00'dan F99'a kadar uzanan kategorilere ayırarak düzenli bir kodlama yöntemi getirmiştir (72,93).

ICD-10'da her bozukluk için;

1. Tanı ölçütlerini de içeren bir tanı kılavuzu
2. Bu tanının içerdiği ve içermediği benzer bozukluklar
3. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bozukluklar
4. Tanıların alt grupları

verilmektedir.

ICD-10'un DSM-IV'ten temel farkları ise;

1. Çok eksenli olmayışı
2. Belirti sayıları ile sınırlanan katı tanı ölçütlerine fazla bağlı olmayışı
3. Başlangıç yaşı, yaygınlık, gidiş, neden olduğu yetmezlik derecesi, komplikasyonları, oluş nedenleri gibi hastalık özelliklerini tanımlayan ayrı ayrı başlıkların bulunmayışıdır(72,93).

1.8.3.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I)

1.8.3.3.1. Duygudurum Bozuklukları

Duygulanım; bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygudurum ise; bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur (27).

Duygudurum; dört ana başlık altında sınıflandırılır. Normal duygudurum; belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre aşırılığı olmayan bir duygusal durumdur. Taşkın duygudurum; kişinin günlük yaşamında aşırı neşelilik gösterdiği, kendini iyi hissetmesinin egemen olduğu bir duygusal durumdur. Çökkün duygudurum; kişinin günlük yaşamında üzüntü, elem, hüznün egemen olduğu duygusal durumdur. Tedirgin duygudurum ise; kişinin günlük yaşamında tedirginlik, sıkıntı, öfke, mutsuzluk duygusunun egemen olduğu duygusal durumdur (72).

DSM IV'de duygudurum bozuklukları; Depresif Bozukluklar, Bipolar Bozukluklar, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozuklukları, Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu, Başka Türlü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu ana başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.3.1.1. Depresyon Dönemi

Derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli, iştah ve uyku bozukluklarının ortaya çıktığı bir sendromdur(27). Ağır durumlarda intihar etme düşünceleri ve psikotik bulgulara tabloya eklenebilir. Genellikle depresyon döneminde belirtiler hafif, orta, ağır derecelerde görülebilir ve en az iki hafta sürmelidir. Belirtiler ağır ise bir haftalık süre tanı için yeterli olabilir (72).

Ayırıcı tanıda ikincil çökkünlükler, bunama, yas, uzun süreli mutsuzluk, şizofreni, ikiüçlü bozukluk göz önünde tutulmalıdır.

1.8.3.3.1.2. Mani Dönemi

Mani, depresyon döneminin tam tersi, aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir (27).

Mani dönemindeki belirti ve bulguların depresyondaki belirtilerin hemen hemen tam karşıtı olduğu görülür. Bu belirtiler ve bulgular farklı şiddet düzeylerinde olabilir (72).

Canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları ve abartılı renkli giyimi dikkat çeker. Çok ağır durumlarda aşırı hızlanma ve devinim artması yüzünden kişi dağınık, yorgun, bitkin durumda olabilir. Kişi kendisini iyi hatta çok iyi hissettiğinden hasta olduğunu ve doktora gelmesi gerektiğini kabul etmez. Hem doktora hem de kendisini getirenlere öfke duyar (72).

Ayırıcı tanıda; şizofreni, paranoid bozukluklar ve yalancı psikoz göz önünde tutulmalıdır.

1.8.3.3.1.3. Tekuçlu (unipolar) ve İkiuçlu (bipolar) Bozukluklar

DSM ve ICD sınıflandırma dizgelerine göre tekuçlu (unipolar) bozukluk, yineleyici depresyon ile eş anlamlıdır. İkiuçlu (bipolar) bozukluk ise ya yalnız mani dönemleri ya da mani ve depresyon dönemleri geçirenler için kullanılan terimdir. İkiuçlu duygudurum bozukluğu ikiuçlu I ve II olarak sınıflandırılır. İkiuçlu I'de tipik mani ya da mani ve depresyon dönemleri görülür. İkiuçlu II ise yineleyen depresyon dönemleri arasında zaman zaman hipomani dönemlerinin yaşandığı bir duygudurum bozukluğudur (72).

1.8.3.3.1.4. Distimik Bozukluk

En az iki yıl süren, çok ağır olmayan, depresyon belirtileri arasında uyku bozukluğu, süregen mutsuzluk ve karamsarlık, halsizlik, istek ve ilgi azlığı, güvensizlik, süregen yakınmalar, sızlanmalar, değişik somatik sıkıntıların olduğu bir bozukluktur (72).

1.8.3.3.1.5. Siklotimik Bozukluk

Duygudurum dalgalanmaları gösteren siklotimik kişilik bozukluğunda görülen, klinik olarak görece hafif ve kısa süren taşkınlık, depresiflik durumlarıdır. Genellikle 21 yaşından önce başlar. Kişi coşkulu dönemlerinde canlı, devingen, toplumsal ve iş etkinlikleri artmış, aşırı güvenli, fazla dışa dönüktür. Kısa bir süre sonra ortada çok belirgin nedenler yok gibi görünürken kişide sıkıntılı, durgun, karamsar, çekingen saatler ya da günler olur (72).

1.8.3.3.2. Anksiyete Bozuklukları

1.8.3.3.2.1. Anksiyete

Anksiyete, her insanın hayatının bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, yakından tanıdığı bir yaşantıdır. Psikoloji ve psikiyatride bir emosyon olarak kavramlaştırılmıştır. Anksiyete, genellikle tüm benliğe nüfuz eden iyi tanımlanamayan ve çok yönlü bir yaşantıdır. Anksiyeteli bir kişi, deneyimlediği ve emosyonel ya da psikolojik olarak adlandırılan korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü bir şey olacak hissinin yanı sıra başka belirtiler de yaşar. Özde bir emosyon olmakla birlikte her türlü anksiyete haline ve dolayısıyla anksiyete bozukluklarına üç farklı öge eşlik eder. Bedensel ya da somatik olarak kalp çarpıntısı, terleme, irritabilite, uykusuzluk, bilişsel olarak öznel bir huzursuzluk, olaylara ve duyumlara tehlikelilik atfetme, davranışsal olarak ise korunma amaçlı aktif kaçınma eylemleridir (72).

DSM-IV-TR’te bozukluk, klinik önemi olan, davranışsal ya da ruhsal bir sendrom veya patern şeklinde tanımlanmıştır. Bu durum distresle, yeti yitimiyle önemli derecede artmış ölüm, ağrı ya da yeti yitimi riskiyle veya önemli bir özgürlüğün kaybıyla ilişkili olmalıdır (72).

DSM-IV-TR’de anksiyete bozuklukları; Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu, Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu, Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu ana başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.3.2.2. Panik Bozukluk

Prevelansı %3’tür. Başlangıç yaşı ortalama 25’tir. Dikkat bedene yönelmiştir. Bedensel duyumlar yanlış biçimde tehdit edici olarak yorumlanır. Çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, soluğun kesilmesi, göğüs ağrısı, bulantı, karın ağrısı, baş dönmesi, derealizasyon veya depersonalizasyon, kontrolünü kaybedeceği korkusu, parestezi ve ölüm gibi semptomlar mevcuttur. Bu semptomlardan dördü ya da daha fazlası birden başlar ve 10 dakika içerisinde en yüksek düzeye ulaşır. Yineleyen beklenmedik ataklar olur. Başka atakların da olacağına ilişkin yoğun ve sürekli kaygı mevcuttur. Atakların yol açabilecekleri ya

da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma hakimdir. Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği görülür (49,72).

1.8.3.3.2.3. Özgül Fobi

Prevelansı %11'dir. Başlangıç yaşı 13-16'dır. Özgül nesneler, olaylar ve durumlar tehdit edici olarak algılanır. Fobik nesneyle temas etmenin ya da fobik duruma girmenin felaketle sonuçlanacağı düşüncesi mevcuttur. Korkulan nesne ya da durumla temas etmek korku ve öfke yaşatır. Fobik nesne ya da durumdan kaçınılır. Fobik uyaranla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan anksiyete tepkisi doğurur. Bu duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen panik atağı biçimini alabilir (49,72).

1.8.3.3.2.4. Sosyal Fobi

Kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı ve başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı ve bu konuda belirgin olarak sürekli korku yaşayıp bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur. Prevelansı %13'tür. Başlangıç yaşı 10-15'tir. Sosyal ortamlarda pot kırma ve rezil olma düşüncesi mevcuttur. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunun bilincindedir (49,72).

1.8.3.3.2.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesyon; kişinin rahatsız edici bulduğu, sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon ise; bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan motor ya da mental eylemlerdir (49,72).

Bu bozukluğun prevelansı %2'dir. Başlangıç yaşı orta ergenlik ve erken yirmilerdir. Özgül durumlar tehdit ve obsesyonları etkiler. Obsesyonel düşünce, imge ya da dürtüler bilinci sarar ve bulaşma, seks ve agresyon temaları içerir. Bu düşünceleri bilinçten kovmak için çabalanır. Obsesyonel anksiyete ortaya çıkar. Obsesyonların tetiklediği ve gelecekte olabilecek katastrofik olayları önlemeye yönelik kompulsiyonlar vardır. Kişinin ailesi ya da sosyal destek ağı kompulsiyonlara ortak olabilir yani kişinin kompulsiyonlarını pekiştirebilir. Bazı kompulsiyonlara ikincil suçluluk duyguları eklenir (49,72).

1.8.3.3.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Prevelansı %3'tür. Başlangıç yaşı çocukluk dahil her yaşta olabilir. Kişiyi travmayı anımsatan ipuçları tehdit edicidir ve travmanın bazı bölümleri algılandığında halüsinasyonlar ya da illüzyonlar yaşanabilir. Travmaya ilişkin yineleyici anılar mevcuttur. Kişi bu anıları anımsamamak için dikkatini dağıtmaya çalışır. Korku, dehşet, öfke ya da duygusal küntlük ve duyguları yaşayamama mevcuttur. Travmayı anımsatan ipuçlarından kaçınma, ilgi- girişim kaybı, intrusif hatırları önlemek için alkol madde kullanımı görülür. Kişilerarası ilişkiler olumsuz etkilenebilir, şiddetli durumlarda tam izolasyon olabilir (49,72).

1.8.3.3.2.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Prevelansı %5'tir. Başlangıç yaşı erken 20'lerdir. Tüm çevre tehdit edici olarak algılanır. Birçok günlük olay felaketleştirilir. Sürekli olarak orta-yüksek düzeyde ve bazen serbest yüzen anksiyeteye benzer anksiyete vardır. Endişe şiddetlendiğinde sosyal etkinlikler kısıtlanır. Ailesel ve mesleki yakın ilişkiler bozulabilir (49,72).

1.8.3.3.3. Psikotik Bozukluklar

1.8.3.3.3.1. Psikotik Bozukluklarının DSM-IV Sınıflandırması

DSM-IV-TR'de psikotik bozukluklar; Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Paylaşılmış Psikotik Bozukluk, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk ana başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.3.3.2. Şizofreni

Şizofreni geçen yüzyıldan beri ruh hekimlerini en çok uğraştıran fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur.

Şizofreni; her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerine veriler oldukça değişiktir. Bunun birçok nedeni vardır. Bunlardan ilki; şizofreni hastalarının önemli bir bölümü doktora, hastaneye gitmemekte, aşırı bir durum olmadıkça aile ve toplum içinde garip, içe kapanık, uyumsuz kişiler olarak yaşamaktadırlar. Bir diğeri; tanı ölçütleri uzun yıllar çeşitli ülkelerde değişik olmuştur. Ayrıca araştırma

yöntemlerinde farklılık vardır. Ve şizofreni sağaltım yöntemlerinde önemli değişimler olmaktadır (49,72).

Şizofrenik bozukluğun türüne, ağırlığına, dönemine göre konuşma ve ilişki kurmada çok değişiklikler görülür. Ses tonu tekdüze olabilir ve duygularını belli etmeyebilir. Kişinin düşünce içeriğindeki bozukluklar, sanrılar konuşmalarına yansır. Şizofrenisi olan kişide kendiliğinden konuşma belirgin olarak azalmış olabilir, konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, kalıplaşmış yinelemeler, konuşma yankılanması yani ekolali, çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama yani mutizm gibi değişik düşünce bozukluğu belirtileri olabilir (49,72).

Şizofrenide devinim bozuklukları çok çeşitlidir. Ağır durgunluk, ilgisizlikten, aşırı kamçılanma, taşkınlık durumuna dek değişik derecelerde niceliksel bozukluklar olabileceği gibi önemli niteliksel devinim bozuklukları da görülebilir. Garip yüz-göz devinimleri, kalıplaşmış yineleyici el-kol-beden devinimleri, sık sık elini yüze- saça götürme gibi tik benzeri devinimler olabilir. Çılgınca taşkınlık gösterebileceği gibi kişi, belli durumda da donmuş gibi kalabilir (49,72).

1.8.3.3.3. Şizoaffectif Bozukluk

Sınıflandırma sistemlerinde şizofreni ve başka psikotik bozukluklarla aynı grupta yer alır. DSM-IV'e göre duygudurum dönemşeri arasında duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz her türlü psikotik belirti olabilir. Duygudurum dönemleriyle giden hastalık sırasında bu dönemlerin dışında sanrı ya da varsanılar sürüyorsa şizoaffectif bozukluktur (49,72).

1.8.3.3.4. Şizotipal Bozukluk

Davranış ve görünümde başkalık, acayıplık, kişiler arası ilişkilerde yüzeysellik, duygulanımda soğukluk, ilgilerde kısıtlılık, gerçek sanrı derecesine varmamış fantastik düşünceler, cinsel ve saldırgan dürtüler, öze yabancılaşma, gerçekdışılışma algıları, metaforik ve stereotipik düşünceler hakimdir. Süregendir (49,72).

1.8.3.3.4. Somatoform Bozukluklar

Bedenselleştirme olarak Türkçeye çevrilebilen ve ilk olarak 20.yüzyılın ilk yarısında kullanılan somatizasyon kavramı, kişinin psikolojik amaçlarla bedenini veya bedensel belirtilerini kullanması olarak tanımlanabilir (49,72).

Birkaç yıllık dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsü olan bir bozukluktur. En az dört ayrı yer ya da işlev ile ilişkili ağrı öyküsü vardır. Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsü bulunur. Ayrıca en az bir cinsel ya da üreme organına dair semptom öyküsü de mevcuttur (49,72).

DSM-IV-TR’de somatoform bozukluklar; Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu, Hipokondriasis, Vücut Disformik Bozukluğu, Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk ana başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.3.5 Yeme Bozuklukları

1.8.3.3.5.1. Yeme Bozukluklarının DSM-IV Sınıflandırması

DSM-IV-TR’de yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları ana başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.3.5.2. Anoreksiya Nervoza

Bozukluk, genellikle ergenlik döneminde başlamasına rağmen çocukluk ya da geç erişkin döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Prevelansı %0.3’tür. Kişinin beden imgesi bozulabilmekte, kişi aşırı zayıf olmasına karşın kendisini çok şişman olarak niteleyebilmektedir. Genellikle çok az miktarda yer, kilo vermek adına aşırı egzersiz yapma, kusma, laksatif kullanma yollarını seçerler. Bazen de aşırı yemeyi kontrol edememe ve tıkinırcasına yeme dönemleri olabilir. Bu durum kronikleşme sürecinde ve yaştan ilerlemesiyle daha sık ortaya çıkar. Tıkinma sırasında genellikle sakındıkları yiyecekleri yiyerek şişkinlik hissederler ve akabinde kusarlar. Tıkinmaların ardından kilo kaybetme çabaları daha da şiddetlenir. Depresyon, anksiyete, sosyal fobi, obsesyon, cinsel istek kaybı en sık rastlanan

psikiyatrik belirtilerdir. Kişilik özellikleri olarak, içe dönüklük, emosyonel kısıtlılık, sosyal güvensizlik, kendini yadsıma, aşışılama, katı ve stereotipik düşünme belirgindir (49,72).

1.8.3.3.5.3. Bulimiya Nervosa

Yemeye karşı kontrol kaybı çok belirgindir. Epizodları, stres ya da uyguladıkları diyet kurallarının bozulması kolaylaştırabilir. Çok miktarda gıda tüketilir, önce bir rahatlama duygusu olurken zamanla bu duygu yerini suçluluk, kendinden nefret etme duygularına bırakır. Akabinde kusma davranışı ve laksatif kullanma yollarına başvurulur. Majör depresyon, alkol-madde kullanımı ve B kümesi kişilik bozuklukları sık görülür (49,72).

1.8.3.3.6 Uyum Bozuklukları

Uyum bozuklukları, boşanma ve ayrılık, liseden üniversiteye geçmek, göç veya emeklilik gibi iş ve mekan değişiklikleri, hamilelik, özürlü çocuk doğumu, askere alınma gibi yeni durumlara uyum sağlamaya ilişkin ortaya çıkan ruhsal tepkilerdir. Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterilebilir stres etkenlerine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomlar gelişir. Toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma, uykusuzluk, sosyal çekilme, intihar düşünceleri görülebilir. Yas ile ilişkili değildir (49,72).

DSM-IV-TR’de uyum bozuklukları; Uyum Bozukluğu ana başlığı altında sınıflandırılmıştır.

1.8.3.4. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II)

1.8.3.4.1. Kişilik Bozuklukları

1.8.3.4.1.1. Kişilik Kavramı

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirilmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir (49,70,72).

Çağdaş psikiyatride kişilik tanımlamaları ve sınıflandırması daha çok gözlenebilen davranışlara göre yapılmaktadır. DSM dizgesi kişilik bozukluklarını 3 küme altında ve 10 başlıkta sınıflandırmaktadır. Öte yandan kişiliğin kategorik, yani var ya da yok olarak değerlendirilemeyeceği, boyutsal yaklaşımın daha uygun olduğu kanısı yaygındır(70,72).

Kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir(70,72).

Kişilik bozukluklarında sık görülen ortak özellikler

- Benliğe yerleşmiş olan davranış örüntülerinin uyum amacı ile esneklik göstermeden sürdürülmesi
- Biliş, duygulanım, dürtü denetimi ya da insan ilişkilerinde belli bir toplum için geçerli ölçütlerden sapması, topluma aykırı davranışlar gösterebilmesi
- Çocukluk ya da ilk ergenlik çağından beri süregelmesi
- Toplum içinde, iş yaşamında belirgin bozulmaya ya da şiddetli sıkıntılara yol açması
- Genellikle benliğe uyumlu (ego-sintonik) yani benimsenmiş olup değiştirilmek istenmemesi; bazen de benliğe yabancı(ego-distonik) yani benimsenmemiş olup yine de değiştirilememesi
- Genel olarak çevre ile çatışma ve sürtüşmeye yol açması, kendisini çevreye değil çevreyi kendisine uydurmaya çalışması
- Kişinin bilişsel yetilerinde temel duygulanım ve düşünce yapısında belirgin bozukluk olmaması
- Bu durumun ruhsal bir bozukluk ya da madde etkisi ile açıklanamaması

Kişilik bozukluklarının başlangıcı genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerine kadar gider(70,72).

Kişilik bozuklukları ile birlikte başka ruhsal bozukluklar da bulunabilir. Bu tür olgularda asıl tanı (I.eksen tanısı) geçirilen rahatsızlığın tanısıdır.

1.8.3.4.1.2. Kişilik Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

ICD-10 ve DSM dizgelerinde kişilik bozukluklarına kategorik olarak tanı konulmaktadır.

ICD-10'da kişilik bozuklukları; '*Erişkinde kişilik ve davranış bozuklukları*' ana başlığında yer almaktadır (8,9,93).

DSM-IV'ün çok eksenli dizgesinde kişilik bozuklukları, zeka gerilikleri ile birlikte ikinci eksende tanımlanmaktadır (8,9,93).

DSM-IV'de ise Kişilik Bozuklukları üç kümeye ayrılır. A kümesi Kişilik Bozuklukları (Garip ya da Eksantrik Kişilik Bozuklukları) başlığı altında Paranoid Kişilik Bozukluğu, Şizoid Kişilik Bozukluğu, Şizotipal Kişilik Bozukluğu yer alır. B kümesi Kişilik Bozukluklarında (Dramatik, Coşkusal Kişilik Bozuklukları) Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, Histrionik Kişilik Bozukluğu, Narsisistik Kişilik Bozukluğu'na yer verilmiştir. C Kümesi Kişilik Bozuklukları(Korkulu,Bunaltılı Kişilik Bozuklukları) grubunda ise Çekingen Kişilik Bozukluğu, Bağımlı Kişilik Bozukluğu, Obsesif-kompulsif Kişilik Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu' na yer verilmektedir.

1.8.3.4.1.3. Kişiliği Değerlendirme Araçları

Kişiliğin ve kişilik bozukluklarının nesnel olarak değerlendirilmesine yönelik geliştirilmiş birçok yapılandırılmış ölçüm ve değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bunlardan en bilinenleri,*DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II) Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory,MMPI), Mizaç ve Karakter Envanteri (temperament and Character Inventory;TCI), Eysenck Kişilik Envanteri*'dir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan bu ölçekler ülkemizde de halen kullanılmaktadır.

1.8.3.4.1.4. Kişilik Bozukluklarında Sıklık ve Yaygınlık

Kişilik bozukluğunda sıklık ve yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplum içinde değişik kesimlere göre farklılık gösterir. Yaygınlık oranını saptamak bakımından bir başka güçlük kaynağı da kişilik bozukluklarının çoğunda çökkünlük, alkolizm, bunaltı bozuklukları vb. gibi Birinci eksen bozukluklarında bulunmasıdır (72).

Kişilik bozuklukları erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kat daha fazla bulunmaktadır. Farklı kişilik bozukluklarının kadın ve erkeklerde görülme oranları farklıdır. Örneğin; paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal, narsisistik, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları erkeklerde daha sık görülür. Kadınlarda daha sık karşılaşılan kişilik bozuklukları ise sınırda (borderline), histriyonik ve bağımlı kişilik bozukluklarıdır. Kaçınan kişilik bozukluğunda kadın,erkek farkı bildirilmemektedir (72).

1.8.3.4.1.5. Kişilik Bozukluklarının Oluş Nedenleri

1.8.3.4.1.5.1. Kalıtım

İkizlerde, normal ya da kişilik bozukluğu olarak adlandırılabilen kişilik özelliklerinin ortaklık gösterdiği bildirilmiştir. (11) Aileler, ikizler ve evlat edinilenler üzerinde yapılan ilk araştırmalara göre, kimi kişilik bozukluğu türlerinde soyaçekimin rolü vardır (72).

Son yıllarda kişilik bozukluklarında gen-çevre etkileşimini destekleyen, kişinin genotipinin çevresel zorlanmalara verdikleri yanıtları yönlendirdiğini gösteren araştırma bulguları bulunmaktadır (72).

1.8.3.4.1.5.2. Nörobiyoloji

Kişiliğin biyolojik temeline yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Farklı nörotransmitter sistemleriyle farklı kişilik bozukluklarının ve kişilik boyutlarının ilişkileri üzerinde çalışılmıştır (72).

1.8.3.4.1.5.3. Gelişimsel Etkenler

Beden yapısı ile kişilik arasında bir bağ saptanamamıştır. Ancak, doğumdan önce, doğum sırası ve doğumdan sonra merkez sinir dizgesini etkileyen durumlar kişilik bozukluğuna zemin hazırlayabilir (72).

1.8.3.4.1.5.4. Çevresel Etkenler

Kişilik bozukluğunun gelişmesinde aile ve toplumsal çevrenin önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Psikanalitik kurama göre belirli ruhsal-cinsel gelişme dönemlerinde saplanmaya yol açacak aile tutumları ya da koşulları belli kişilik yapılarının ve bunlara bağlı kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açar (72).

1.8.3.4.1.6. Kişilik Bozuklukları Türleri

1.8.3.4.1.6.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.8.3.4.1.6.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Kuşkucu,alınan,kuruntulu kişilerdir. Başkalarının tutum ve davranışlarından kendilerine bir kötülük gelebileceği kuşkusu ile aşırı dikkatli, tetikte ve savunucudurlar. Gurur, alınganlık, kincilik ve kıskançlığa bağlı olarak olayları büyötmeye, tartışmaya, kavgaya eğilimlidirler. Başkalarına soğuk, yukardan bakan, çabuk eleştiren, eleştiri ve şaka kaldıramayan özellikleri belirgindir (72).

1.8.3.4.1.6.1.2.Şizoid Kişilik Bozukluğu

Yakın ilişkiler kurmaktan, topluma karışmaktan kaçınan, duygularını belli etmedikleri için soğuk görünen, içedönük kişilerdir. Cinsel yakınlaşmaları sınırlıdır. Belirgin duygusal dalgalanma göstermezler, sevnçleri,üzüntüleri, öfkeleri dışarıdan kolay belli olmaz. İlgileri ve eylemleri kısıtlıdır. Kendilerine yakınlık gösterenlere soğuk ve itici davranırlar, kendilerinden uzaklaştırırlar (72).

1.8.3.4.1.6.1.3.Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Bu kişilik bozukluğu Seymour ve arkadaşlarının şizofrenide kalıtım araştırmaları sırasında tanımlanmıştır (29). Düşünce ve davranışlarında garip,olağan dışı özellikler taşıyan, zor ilişki kuran,eksantrik kişilerdir. Garip,büyüsel inanışlar,alınganlık,kuşkuculuk ve üstüne alınma fikirleri sık görülür. Zaman zaman belirgin olmayan algı yanılsamaları olabilir. Konuşmaları çevresel,teğetsel,aşırı metaforik, duruma uyumsuz ve acayıptır. Garip ve değişik bir tip izlenimi bırakırlar. İlişkileri kısıtlı,anlaşılması güç kişilerdir. Duygulanımları genellikle kısıtlı, kimi zaman da uygunsuzdur. Ağır zorlanma altında geçici psikoz belirtileri gösterebilirler; fakat belirtiler şizofreni tanısı koymaya yetmez (72).

Şizotipal kişilik bozukluğu, paranoid ve şizoid kişilik bozukluğundan psikoz benzeri belirtilerinin bulunması ile ayrılır. Ayrıca sınırda kişilik bozukluğundan ayrılan biryönü de yakın insan ilişkileri ve yoğun duygusal oynamaların görülmemesidir (72).

1.8.3.4.1.6.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.8.3.4.1.6.2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Toplumsal kurallara ters düşen, suç sayılan davranışlar gösteren kişiler bu tanı sınıfına girerler. bunlar çocukluk çağında da yalancılık, hırsızlık, evden kaçma, kavgacılık davranışları göstermişlerdir. Çocukluk çağında davranım bozukluğu tanısı konan bu kişilere 18 yaşından sonra antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konur. <yetişkin yaşta da süren antisosyal davranışlar nedeniyle bu kişiler sık sık karakollara düşüp, tutuklanırlar. gördükleri cezalardan, olumsuz deneyimlerden ders almazlar. Çoğunda bu davranış bozuklukları 40-50 yaşlarından sonra görece azalır, kişinin çok sorunlu yaşamı bir miktar yatıştır; fakat sorumsuzlukları sürer. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla 3 kat fazladır. Dentimsiz atak, saldırgan davranış gösterirler. Üstbenlikleri gelişmemiştir, genelde suçluluk duymazlar. pişmalıkları olsa bile yüzeysel ve geçicidir. bir başka deyişle kendini içten yargılama ve özdenetim zayıftır ya da yoktur (72).

Ayırıcı tanıda; antisosyal kişilik bozukluğunun kibirli, başkalarının duygularına aldırma tavrılarıyla kimi zaman narsisistik kişilik bozukluğu ile karışabileceği akılda tutulmalıdır. Ancak narsisistik kişilik bozukluğunda saldırgan davranışlar görülmez, ayrıca çocukluklarında davranım bozukluğu öyküsü yoktur (72).

1.8.3.4.1.6.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu

Bireyin kimlik duygusunda, ilişkilerinde, u-duygulanımında yaygın ve süregelen bir dengesizlik belirgindir. Bu kişiler cinsel, mesleki, toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik, tutarsızlık gösterirler. Sağlam bir kimlik duygusu gelişmemiştir. Bunaltı, çökkünlük belirtileri gösterirler. Zaman zaman antisosyal, atak davranışlar, psikoaktif maddelere yönelme, hızlı yaşam çabaları, kendilerine zarar verme eğilimleri gösterirler (72).

1.8.3.4.1.6.2.3. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Histrionik kişilik bozukluğunda dikkati üzerine çekme isteği ve çabaları, olayları büyütme, dramatize etmeye, hatta yalan öyküler anlatmaya eğilim, abartılmış duygusal tepkiler ve beden, yüz hareketleri, çabuk etkilenme gibi özellikler bulunur. Gösterişli, çekici olmaya çalışırlar. Ben merkezilik ve öz sevicilik eğilimleri fazladır. Kimilerinde baştan çıkarıcı davranışlar dikkat çekebilir. Çabuk arkadaş olur; fakat çabuk reddedilmiş hissedirler. Genel olarak yapaylık ve yüzeysellik vardır. Çoğunda, temelde derin cinsel korkular ve kısıtlanışlar varsa da dış görünümüne yansıtmazlar. Şefkat ve sevgi açlığı

gösterirler ; fakat olgun ve dengeli ilişkiler kuramazlar. Histriyonik kişilik bozukluğu daha çok kadınlarda görülür (72).

Histriyonik kişilik bozukluğu birçok açıdan narsisistik kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu ile karışabilir (72).

1.8.3.4.1.6.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Kendilerini fiziksel ve ruhsal yönden aşırı beğenen, üstün gören, sürekli beğeni, ilgi, ve onay bekleyen, gittikleri her yerde hemen özel ilgi göreceğine, üstün bir yeri hak ettiğine inanan kişilerdir. Böylesine yoğun özsevisel beklentiler içinde kuşkusuz hayal kırıklıkları, incinmeler sık görülür. Eleştiriye dayanamazlar, sürekli övgü beklerler. bu nedenle görünüş ve davranışları bunları elde etmeye yöneliktir. Kendilerini yüceltmek, daha üstün görmek için başkalarını kullanır hatta sömürürler. Kurduğu arkadaşlıkları buna yöneliktir. Bencil ve ben merkezidirler (72).

B kümesindeki başka kişilik bozuklukları ile ayırıcı tanısı gerekmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğunda da obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda ki gibi mükemmelliyetçi özellikler bulunabilir (72).

1.8.3.4.1.6.3.C Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.8.3.4.1.6.3.1. Kaçınan Kişilik Bozukluğu

Toplum içinde olumsuz değerlendirilmekten korkan, utangaç, çekingen, kendilerini fazla gözleyen ve sürekli başkalarının kendilerinin nasıl görüldüğünü merak eden kişilerdir. toplumda anlamsız görünmekten ve yanlış bir şey yapmaktan korkarlar. Bu yüzden toplumsal ilişkilerden kaçınırlar, istemedikleri halde yalnız kalırlar. Risk almaktan, yeni etkileşimlere girmekten kaçarlar (72).

Sosyal fobiden ayırmak güç olsa da kaçınan kişilik bozukluğunda, genel olarak toplumdan, insanlarla ilişkilerden kaçınmayı içeren uzun süreli yaşam biçimi vardır ve bu bir kişilik örüntüsüdür (72). Ayrıca; şizoid kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğundan ayırt edilmesi de gerekir.

1.8.3.4.1.6.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Yalnız başlarına karar veremeyen, özerk girişim yapamayan, eyleme geçemeyen, sorumluluk alamayan bu kişiler yetişkin çağın doğal beklentileri karşısında bir çocuk gibi çaresiz kalırlar. Yakınlarının karar vermesini, girişime geçmesini beklerler. isteyici

ve alıcı tiplerdir ; ama vermeyi bilmezler. Dikkat edilirse, bu tutum ve davranışlar küçük bir çocuğun davranışına benzer. Çocukluklarında aşırı korunan, aşırı verilen, özerklik ve girişim yetileri kısıtlanarak büyütülen kişilerde gelişir. Yanlarında kendilerine bakan, veren, koruyan, destek olan kişiler olmadığında çok güvensiz ve tedirgin olurlar (72).

Kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmekle birlikte, bu bulgu tanı ölçütlerinin cinsiyet açısından önyargılı olması yönünde tartışmalara yol açmıştır.

1.8.3.4.1.6.3.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Kişide aşırı düzen, titizlik, kusursuz olma, kuralcılık, inatçılık ve bütün bunlarda aşırı katı tutum sergileme, başkalarının kendi kurallarına tam uymasını bekleme, bu kurallara kişiler uymayınca hoşgörüsüz olma, aşırı kararsızlık, erteleme eğilimi, olayların olumlu ve olumsuz yönlerini sürekli tartma ve bu yüzden karar verememe, iş sorumluluklarına aşırı düşkünlük ve hırslı oluş, aşırı sorumluluk duygusu, ahlaki ve estetik değerlerde katılık, cimrilik, biriktirme eğilimi, konuşmalarında ve ilişkilerinde aşırı kuralcılık, ayrıntıcılık, duygusallıktan uzaklık, evhamlılık, kuruntulu ve ikircikli olma eğilimi gibi özellikler hakimdir.

1.8.4. Bağımlılık

1.8.4.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi

ABD’ de yapılmış yakın dönem bir çalışmanın sonucuna göre halkın madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlığının %16,7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından yaşam boyu yaygınlığı %13,8; alkol dışı maddeler için bu oran %6,2’ dir. Bu çalışma sonuçlarına göre en sık kullanılan maddeler alkol ve nikotindir. Kötüye kullanım ve bağımlılık erkeklerde kadınlara göre daha sıktır. Daha az yaygınlıkla kullanılan maddeler esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiyazepinler, amfetaminlerdir (75).

Ülkemizde uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanımı ve satışı ağır cezalandırıcı yasalarla karşı karşıya olduğu için bu kişilerin hekime ve hastaneye başvurmaları daha nadirdir. Sevinçok ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yaşam boyu

en az bir kez kullanma oranı sigara için %80; alkol için %31,9; başka bağımlılık yapan maddeler için %3,6 bulunmuştur (4).

1990-1992 yılları arasında ABD’de yapılan Ulusal Tarama Çalışması’ na göre 15-54 yaş arasında alkol ve tütün dışı madde bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlık oranı %7,5 olarak bulunmuştur. 1993 yılında yapılan bir diğer tarama çalışmasında madde kullanımı için yaşam boyu yaygınlık oranları eroin için %1,1; halusinojenler için %8,7, kokain için %11,3; marijuana için %33,7; yasa dışı maddelerden herhangi birisi için %37,2 olarak belirlenmiştir (75).

1.8.4.2. Demografik özellikler

Madde kullanımının ve bağımlılığının erkeklerde, siyah ırkta ve büyükşehirlerde kullanımı daha sıktır. ECA sonuçlarına göre bir yıl içinde madde bağımlılığı geliştirme riski erişkin erkekler için %1,7 iken bu oran kadınlar için %0,7’ dir. Erkeklerin maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının daha fazla olması bu farkın cinsiyetin biyolojik etkisinden daha çok sosyal rollerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Madde kullanımı yaygınlığı 18-25 yaş arasında en yüksektir. 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek sıklığı düşmektedir (4,75).

1.8.4.3. Madde bağımlılığı oluş nedenleri

1.8.4.3.1. Psikolojik kuramlar:

Alkol gerginliği gideren, güçlülük duygularını artıran, ruhsal acının etkilerini azaltan bir maddedir. Psikolojik kuramlar bir bölümüyle; gergin bir sosyal ortamda ya da zorlu bir günün ardından alınan düşük dozda alkolün , kişilerin kendilerini iyi duyumsamalarına ve ilişkilerinde rahatlamaya yol açtığı şeklindeki gözlemlere dayanmaktadır. Alkol bağımlılarının hastalık öncesi kişilik yapısı üzerine çok araştırma yapılmıştır. Yapılan düzenli, kontrollü araştırmalar alkolizme özgül bir hastalık öncesi kişilik yapısı göstermemektedir. Madde bağımlılığı olan hastalarda da özgül bir kişilik yapısı tanımlanamamıştır. Psikoaktif madde kullanan kişilerin çoğunda aşırı güvensizlik, bağımlılık, ego zayıflığı, engellenmeye dayanma eşiğinde düşüklük, bunaltı, panik, çökkünlük ve ağır yılgınlık durumlarının sık yaşanması; güvensizlik, güçsüzlük ve başarısızlığı kapatabilmek için otoriteye karşı gelme,yasaları ve kuralları çiğneme eğilimi, hazcılığa eğilim gibi özellikler bulunmaktadır (67).

1.8.4.3.2. Davranışsal kuramlar

Madde kötüye kullanımını içeren bazı davranışçı modeller fiziksel bağımlılık belirtilerinden çok madde arayışı içeren davranışlar üzerine odaklanmıştır 4. Davranış bilimciler sürekli alkol almayı öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak görürler. Alkol alımının gerginliği azaltan, rahatlatan özellikleri gibi olumlu pekiştirici yanları ilk alkol alımından sonra bu davranışın sürmesinde katkıda bulunur . Aile içindeki alışkanlıklar özellikle ebeveynin içme alışkanlıklar alkol içme alışkanlığını belirlemede etkili olabilmektedir (67).

1.8.4.3.3. Biyolojik kuramlar

Alkolizm adayları daha alkol kullanmaya başlamadan önce alkolün etkilerine düşük tepki verme özelliği ya da yüksek dayanma gücü göstermektedirler. Bu kişiler çok fazla miktarda içseler bile otonomik belirtiler ve sarhoşluk belirtileri daha az olmaktadır. Bu nedenle daha kolay ve daha çok içebilmektedirler . Bu kişilerin alkolik olma riski daha yüksektir. Bu klinik gözlem Schuckit' in araştırmaları ile doğrulanmış görünmektedir. Kimi ırklarda (Japonlar, Koreliler, Tayvanlılar ve Amerikan kıızılderilileri) alkole karşı bir dayanıksızlığın olduğu bilinmektedir (67).

Alkolizmde kalıtsal bir etkenin varlığı kabul edilmektedir. Aile araştırmalarında alkoliklerin babalarının %50'si, erkek kardeşlerinin %30' u, annelerinin %6' sı, kız kardeşlerinin %3' ü alkolik bulunmuştur. Alkolik bir babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı normal nüfusa göre 4-5 kat fazladır. Alkolizm konusunda ikiz araştırmaları çok az olmakla birlikte tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksektir (67).

1.8.4.4. Madde kötüye kullanım/bağımlılık tanısı ve klinik özellikleri

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DSM-IV' te her bir madde ayrı bir kategori oluşturmak üzere Madde Kullanım Bozuklukları ve Madde Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar şeklinde başlıca 2 ana başlık altında sınıflanmaktadır. Madde kullanım bozuklukları ise Madde Bağımlılığı ve madde kötüye kullanımını içermektedir.

Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri:

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

1. Tolerans
2. Yoksunluk(kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma
3. Maddenin tasarlandığından(niyetlenenden) çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve bir çok kez bırakma girişiminde bulunma
5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama
6. Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememe
7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri :

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması:

1. Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması
2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda(örneğin araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması
3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı
4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

1.8.4.5. DSM-IV’te Kötüye Kullanım ve Bağımlılığı Olan Maddeler

DSM-IV’ te tanımlanan maddeler: alkol, amfetamin, kafein, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opioidler, fensiklidin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik etkili ilaçlardır.

1.8.4.5.1. Alkol

Alkol çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmıştır. Tarih boyunca toplumların ve kişilerin alkole karşı tutumları çok değişik olmuştur. Bir yandan dinsel törenlerde kullanılırken bir yandan dinler tarafından yasaklanmıştır. Fakat her çağda ve birçok toplumda alkolün ılımlı miktarda kullanımı az çok kabul görmüş; aşırı, uzun süreli kullanımı ise onaylanmamış, kötü bir davranış olarak görülmüştür. İslamiyet alkolü yasaklamış ise de, bu toplumlarda da alkol kullanımının başarı ile önlendiği söylenemez (71,72).

Psikiyatrik açıdan alkolizm, nasıl kullanılırsa kullanılsın alkolün her türlü davranış, duygu ve bilişsel yetiler üzerinde geçici ya da kalıcı etkiler yapabilmesi nedeniyle son derecede önemli bir konudur. Her ruh hekiminin alkol kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili sorunları çok iyi bilmesi gerekir. Alkol kullanımı ile ilgili sorunlar sosyal içicilikten, sorunlu içme ve riskli içme gibi durumlara ve daha sonra alkol bağımlılığına uzanan bir yelpaze oluşturduğundan birinci basamakta çalışan hekimler ve dahiliye, nöroloji gibi uzmanlık uzmanlık alanlarında çalışan hekimler de bu sorunlara ilişkin temel değerlendirme ve yaklaşım ilkelerini bilmek zorundadır (71,72).

1.8.4.5.1.1. Alkol Kötüye Kullanımı ya da Zararlı Kullanımı

"*Riskli içme*" den alkol bağımlılığına uzanan tanı yelpazesinde bir ara tanı kategorisi olan alkol kötüye kullanımının, tanısal geçerliliği ve güvenilirliğinin, alkol bağımlılığı tanısına göre çok daha düşük olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Son yıllarda daha çok üzerinde durulan bir kavram olan "riskli içme", erkekler için haftada 14 standart içkiden fazla ya da bir seferde 4 standart içkiden fazla; kadınlar için haftada 7 standart içkiden ya da bir seferde 3 standart içkiden fazla içme olarak tanımlanmaktadır. " Standart içki", içinde aşağı yukarı 10 gr etil alkol taşıyan bir birimdir. Bunun pratikteki karşılığı bir küçük kutu (35 cl) bira, bir kadeh şarap veya rakı, votka, cin gibi kuvvetli içkiler için " bir tek" ölçüsüdür. Alkol kötüye kullanımı ya da riskli içme özellikleri gösteren kişilerin saptanması

ve bunlara uygun girişimlerde bulunulması, sorunun ilerlemesini önlemede oldukça etkili olmaktadır (71,72).

1.8.4.5.1.2. Alkol Bağımlılığı

Alkol bağımlılığı bir hastalıktır; bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozar. Toplantılarda, eğlencelerde içki içme ya da akşamcılık olarak da nitelendirilen her akşam belli bir miktarda içme alışkanlığı kişinin iş ve aile uyumuna, çevreye, beden sağlığına verdiği zararlar ve bağımlılığın tanı ölçütleri bakımından kişiye özgü olarak değerlendirilmelidir (71,72).

Alkol bağımlılığının en önemli özelliği; içme üzerindeki özdenetimin yitimidir. Bu özellik normal içme ile alkol kullanım bozuklukları arasındaki sınırın belirlenmesine de yardımcı olmaktadır. Bazı kişiler sürekli ve düzenli içmemekle birlikte, başlayınca çok yüksek miktarda içen, içme nöbetleri olan, kendisine ve başkalarına zarar verebilen kişilerdir. Bu durumda sürekli içme olmasa bile alkol bağımlılığı ya da alkol kötüye kullanımı tanısı konabilmektedir (71,72).

Alkol bağımlılığı sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte görülür. Alkolizm tanısı konan kişilerde başka maddelere bağımlılık, çökkünlük, duygudurum bozuklukları, şizofreni, kişilik bozukluğu ek tanıları (komorbidite) çok sık konur (71,72).

1.8.4.5.2. Alkol Dışı Psikoaktif Maddeler

1.8.4.5.2.1. Opioidler

Opiyum ve türleri ile yarı sentetik, sentetik opiyum benzeri narkotikler bu gruptadır. Morfin, kodein, tebain, papaverin ve noskapin doğal opiyum alkaloididirler. Genellikle hekimlikte kullanılırlar. Eroin ve dilaudit yarı sentetik, metadon ve petidin de sentetik yapılı narkotik analjeziklerdir (71,72).

Fiziksel etkileri açısından bakıldığında; merkezi sinir sisteminde hem depresan hem de uyarıcı etki yaparlar. Bazen bulantı ve kusma görülebilir. Güçlü ağrı gidericidirler. Alındığında bir iyilik, gevşeme ve rahatlama, uyuklama durumu olur (71,72).

Opioidlere kısa sürede bağımlılık oluşur. Kandaki miktar azalıp gerginlik hissi belirince ilacı alma gereksinimi artar. İlaç alınca ortaya çıkan rahatlama hissi ile ilacı alma

eğilimi pekiştirilmiş olur. Giderek fiziksel bağımlılık ve tolerans gelişir ve aynı etkiyi elde edebilmek için ilacın dozu arttırılır (71,72).

1.8.4.5.2.2. Kannabinoidler (Esrar)

Esrarın etkin maddesi, tetrahidrokannabinoldur (THC). Bağımlılık yapma gücü az olsa da, bağımlılık oluşturduğu kesindir. Esrar, beynin kendi kannabinoid reseptörleri ile etkileşerek mesolimbik ödül dizgesinde dopamin salınımını arttırır (71,72).

Sigara olarak içilirse, etkisi 2-4 saat, ağızdan alınırsa 5-12 saat sürmektedir. Esrar alındığında dış uyaranlara duyarlık artar, ayrıntıcı bir algılama olur, renkler daha parlak ve zengin görülür. Zaman, yer algısı değişir. 5-10 dakikalık bir süre sanki saatler sürmüş gibi algılanır. Öfori, inhibisyonların kalkması, sese karşı aşırı duyarlık olur. Nadiren yanılama ve varsanılar olabilir. Kişi bir yandan bu değişikliklerin gözlemcisidir. Esrar alan kişi düşüncelerin netleştiğini, olayları daha açıkça algılayıp anladığını, farklı bir bilinç düzeyine ulaştığını ifade eder (71,72).

Uzun süre esrar kullanımı kişide bir yavaşlama, edilginlik, istek ve canlılıkta sönme durumu doğurabilir. Entelektüel yetilerde yıkım olmaz. Esrar kullanım bozukluğunda, psikiyatrik ek tanılar sık olarak görülebilmektedir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete ve kişilik bozukluklarında esrar kullanımı daha sıktır ve özellikle bu bireylerde daha büyük sorunlara yol açabilir. Şizofreni benzeri psikotik belirtiler gösteren kişilerin esrar kullanımı sağlıklı nüfusla karşılaştırıldığında daha yüksek orandadır (71,72).

Esrarın; kokain, halüsinojenler, uyarıcılar ve opiatlar gibi başka maddelerin kötüye kullanımı için bir geçiş maddesi olduğu görüşü kabul görmektedir. Esrar bağımlılığı ile birlikte başka madde bağımlılıkları sık olarak birliktelik gösterir (71,72).

1.8.4.5.2.3. Sedatifler, Hipnotikler

Barbitürat ve benzeri hipnotikler, metakualon, benzodiazepinler, meprobamat gibi sedatif ve bunaltı giderici ilaçlarla önemli zehirlenme ve bağımlılık durumları ortaya çıkabilir. Bunlar merkezi sinir sisteminde baskılayıcı etki yapar. Bağımlılık yapabilen ilaçlardır. Bu nedenle Türkiye’de serbest kullanımı önlenmiştir ve ancak yeşil reçete ile alınabilmektedir (71,72).

1.8.4.5.2.4. Amfetaminler

Sentetik uyarıcı ilaçlardır. Merkez sinir sistemini uyarıcı ve semptomimetik etkileri ile canlılık, güçlülük ve neşe verirler. Uykuyu önlerler. Narkolepsi ve çocuklarda dikkat eksikliği sendromlarında etkili ilaçlardır. Türkiye’de satımı ve kullanımı 1975’ten itibaren yasaklanmıştır. Bu nedenle ülkemizde bu ilaca bağımlılık ve zehirlenme olayları pek görülmemektedir (71,72).

Amfetaminlerin uzun süre kullanımı ile bağımlılık ve tolerans oluşur. Akut zehirlenmede,; uykusuzluk, huzursuzluk, çarpıntı, kan basıncında yükselme, iştahsızlık, bulantı, kusma, ağır bunaltı ve panik, istemsiz hareketler, karında kramplar, konvülsiyonlar, bilinç bulanıklığı, deliryum, yüksek ateş, kardiyovasküler kollaps, koma ve ölüm olur (71,72).

Amfetaminle birlikte uyarıcılar sınıfında yer almakta olan metilfenidat; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) sağaltımında kullanılmaktadır. Kırmızı reçete ile verilmekte ve DEHB’li çocuk ve ergenlerde yararlı olmaktadır. DEHB tanısının atlanmış olduğu durumlarda, bu çocukların sık olarak madde kullanımına yöneldiği ve uyarıcı nitelikli maddeleri kötüye kullandıkları bilinmektedir. Bu nedenle, bu grupta doğru tanım ve sağaltımın büyük bir önemi vardır (71,72).

Farmakolojik yapısı amfetamine benzetilerek geliştirilen ecstasy; sentetik bir maddedir. Uyarıcı özelliğinin yanında, halüsinojen özelliği de vardır. Ve halüsinojenler başlığı altında da sınıflandırılabilir. Son yıllarda, gençler arasında kullanımının yaygınlaştığı bildirilmektedir. Ülkemizde de ecstasy kullanımına bağlı sorunlar gençler arasında görülmektedir. Diğer halüsinojenlerden farklı olarak, ciddi bedensel sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Kalp-damar dizgesi, sinir-kas dizgesi ve psikiyatri ile ilgili komplikasyonlar ön plandadır. Gençlerde, alkol ile birlikte kullanımı ve bedenin su kaybına bağlı olarak ecstasy ölümleri bildirilmiştir (71,72).

1.8.4.5.2.5. Kokain

Amfetaminler gibi merkezi uyarıcı ve semptomimetik etkisi vardır. Kişiyi öfori, güven, güçlülük duygusu verir. Fakat; zamanla ve fazla alındıkça gerginlik, sıkıntı, öfkeli, paranoid psikoz belirtileri ortaya çıkar. Yüksek dozlarda konvülsiyonlara, subkortikal merkezleri baskılanmasına, solunum ya da kalp durmasından ölüme kadar neden

olabilir. Fiziksel bağımlılığın olmadığı, fakat çok şiddetli psikolojik bağımlılığın olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizde kullanılması nadirdir (71,72).

1.8.4.5.2.6.Halüsinojenler

LSD (Liserjik asid dietilamid), heyod, meskalin, psilosibin, dimetil-triptamin gibi maddelerdir. Bu ilaçlar bilinç, algılama, duygudurum ve düşüncüyü ileri derecede etkilerler. Algı artar ve yoğunlaşır. Normalde algılanmayacak uyaranlar algılanır. Bazen görme ve işitme algısı birbirine karışır; rengi işitme, sesi görme gibi algılar (synesthesia) olabilir. Beden, zaman ve yer algılaması çok değişir. Yanılsamalar ve yalancı-varsanılar (pseudo-hallucination) olabilir. Eski anıların anımsanması, bilinç dışı içeriğin açığa çıkması ve regresyona eğilim görülebilir (71,72).

1.8.4.6. Psikiyatrik hastalıklarda alkol ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı

Psikiyatrik hastalarda psikoaktif madde kullanım bozukluğunun göze çarptığı açıktır. Son 20 yıldır psikiyatrik bozukluklarla alkol ve madde kullanımının birlikteliği artan şekilde tanımlanmaktadır. Yatan psikiyatri hastalarında sıklığı değişik çalışmalarda %25-75 arasında bulunmuştur. Diğer psikiyatrik hastalıklarla madde kullanım bozukluklarının birlikteliğinin sıklığını hesaplamak için çeşitli çalışmalar uygulanmıştır (25,26).

1.8.4.6.1. Şizofreni ve diğer Psikotik Bozukluklarda Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları:

Madde kullanım bozuklukları eş tanısı şizofreni ve ilişkili psikotik bozuklukların yaygın bir sorundur. Şizofreni ve alkolizmin sık olarak birlikte görülmesine ilişkin ilk makaleler 1960 yılında yayınlanmıştır ve bu konu üzerine giderek artan bir ilgi vardır (71,72).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (ECA), şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerin %47' sinin alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu ek tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu oran alkol bağımlılığı tanısı için %33,7, madde kullanım bozukluğu tanısı için ise %27,5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada şizofrenili bireylere genel toplumlakiyaslandığında 4,6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı

konma olasılığı bildirilmiştir. Yatan hastalarda kötüye kullanım/bağımlılık prevalans oranları %12-60 arasında; yaşam boyu kötüye kullanım/bağımlılık oranları ise %48-64 arasında değişmektedir. Ayaktan hastalarda bu oranlar %6-60 arasındadır (71,72).

Psikotik hastalarda bağımlılık ve kötüye kullanım oranlarının çeşitliliği örneklem büyüklüğüne, hasta seçimine, tanı kriterlerine ve madde kullanım bozukluğu tanımlamasına göre değişmektedir. Şizofrenlerde yapılan bazı çalışmalarda saptanan demografik özellikler arasında en belirgin olan, gençlerin ve erkeklerin, yaşlılara ve kadınlara göre daha fazla alkol ve/veya madde kötüye kullandıklarıdır (71,72). Genel toplumda olduğu gibi şizofrenili hastalardaki madde kötüye kullanımı da yaşla birlikte azalma eğilimindedir. Bir çok çalışmada madde kullanım bozukluğu ek tanısı olan hastalarda düşük eğitim düzeyi bildirmişlerdir. Rabinowitz ve ark. yaptıkları çalışmada ek tanılı olgularda psikozun başlama yaş ortalaması ve ilk hastaneye yatış ortalaması sadece psikozu olan olgulara göre daha düşük bulunmuştur (71,72).

Şizofreni alt tiplerinin değerlendirildiği çalışmalarda alkol dışı madde bağımlılığının paranoid şizofrenide daha sık olduğu saptanmıştır. Madde kötüye kullanan şizofrenili hastalarda pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (71,72). Alkol ve/veya madde kötüye kullanımı olan şizofrenili hastaların olmayanlara göre daha fazla sayıda psikotik depresme gösterdikleri bulunmuştur. Madde kötüye kullanımının şizofrenili hastaların hastane yatışını arttırdığı saptanmıştır. Şizofreni hastalarının %24'ünde alkol kötüye kullanımı şizofreni belirtilerinin başlangıcından öncedir (71,72).

Ülkemizde şizofreni ve madde kullanım bozukluğu üzerine yeterli çalışma olmasa da, yapılan çalışmaların sonuçları klinik gözlemlerle birleştirildiğinde ek tanılı hastaların literatürde belirtildiği kadar sık olmadığı göstermektedir. Akvardar ve ark şizofreni hastalarında sigara kullanım sıklığını %69,4; sigara tüketimini 16 adet/gün olarak bildirmişlerdir. Yaşam boyu alkol kullanma sıklığı %63,3, alkol kötüye kullanım/bağımlılık %8,1 bulunmuştur (4,80).

1.8.4.6.2. Duygudurum Bozukluğu olan hastalarda alkol- madde kullanım bozuklukları:

Duygudurum bozukluğu olan yatan hastalar diğer psikiyatrik tanılarla yatan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek madde kötüye kullanım oranları bildirilmiştir (90).

Amerikan Ulusal Ek Tanı taramasında ise herhangi bir duygudurumbozukluğu olan kişilerde alkol madde kullanım bozukluğu olma riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir. Bipolar bozukluğu olanlara bakıldığında bu riskin alkol bağımlılığı için 6 katına; alkol dışı madde bağımlılığı için 8 katına çıktığı görülmektedir. Bazı çalışmalarda major depresyonda ek tanı riskindeki artış bipolar bozukluğa göre daha düşük bulunurken başka bir çalışmada major depresyon hastalarında daha fazla madde kullanımı saptanmıştır (75,76).

Miller ve ark bipolar bozukluklu hastanın chart analizinde nikotin dışı birya da daha fazla madde kötü kullanımı %25 bulmuşlardır. %18' inde alkol kötü kullanımı saptanmıştır. İçicilik oranı şizofrenlerde %90, manide %70, diğer psikiyatrik bozukluklarda ise %45-70 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada ayaktan 16 yaş üzeri 304 hasta değerlendirilmiştir. Genel olarak tüm hastalarda nikotin bağımlılığı oranı %29,3, Psikotik Bozukluğu olanların %44,1' inde bulunmuştur. Bu çalışmada ayaktan 16 yaş üzeri 304 hasta değerlendirilmiştir. Genel olarak tüm hastalarda nikotin bağımlılığı oranı %29,3 bulunmuştur. Depresif bozukluk hastalarının %25,3' ünde, anksiyete bozukluğu olan hastaların %25,8' inde, Somatoform bozukluğu olanların %21,2' sinde, Psikotik Bozukluğu olanların %44,1' inde, BPB' ların %70,6' sından nikotin bağımlılığı belirlenmiştir. Bu çalışmada anksiyete, depresyon, bipolar ve somatoform bozukluk hastalarında günde 30 adetten az sigara içimi oranı daha fazla iken psikoz grubunda bunun tersinin geçerli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunda (%60,7) nikotin bağımlılığının psikiyatrik bozukluktan önce başladığı saptanmıştır (90).

Ek tanı oranlarının yüksek çıkmasında en önemli nedenlerden birisi, maddelerin akut ve kronik etkileri ve kesilme belirtilerinin duygulanım bozukluklarını taklit etmesidir. Özellikle stimulan kullanımı ve alkol intoksikasyonu mani ya da hipomani belirtilerine, kesilme sendromları ise depresyon ve anksiyete belirtilerine benzer klinik tablolara yol açarlar. Bipolar bozuklukta alkol madde kullanım bozukluğunun bulunmasının gidiş olumsuz etkilediği bildirilmektedir (74,78).

Duygudurum bozukluğu ve alkol bağımlılığının birlikte görüldüğü hastalarda tedavi önceliklerinin belirlenmesi gerekir. Çoğu durumda kesilme belirtileri özellikle alkol kesilme sendromu öncelik taşır. Manik belirtiler şiddetliyse hastaneye yatırılmayı, manik tablonun tedavisi ile eş zamanlı olarak kesilme belirtilerinin klasik tedavisini gerektirir. Akut mani ve alkol kesilme tedavisinde, lityumdan yarar görmeyen hastalarda, karbamazepin ve valproat gibi duygudurum düzenleyicileri yararlı olduğuna ilişkin bazı veriler bulunmaktadır. Bu ilaçların hem bipolar hem de bağımlılık patofizyolojisinde rolü olduğu düşünülen tutuşturma (kindling) mekanizması yoluyla etkili olabileceği öne sürülmektedir (67).

BÖLÜM 2

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan erkek hükümlü ve tutuklular oluşturmıştır.

2.2. Araştırma Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan, 18-70 yaş aralığında, soruları yanıtlayabilecek yeterlilikte, çalışmaya katılmayı kabul eden, madde kullanım öyküsü olan ile olmayan 266 gönüllü erkek hükümlü ve tutuklu oluşturmıştır.

2.3. Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz eden erkek hükümlü ve tutuklularda, aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite açısından araştırılması amacıyla analitik kesitsel desende tasarlanmıştır. Araştırma, gerekli izinler alınarak Ağustos 2013-Kasım 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın başlangıç aşamasında, , İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda görev yapmakta olan kurum idari amirleri ve görevli personelle yüz yüze bilgilendirme görüşmeleri yapılmış, çalışmanın uygulanabilirlik derecesi araştırılmıştır. Çalışmanın amacı, uygulama şekli ve elde edilecek sonuçların önemi hakkında bilgi verilmiştir.

Kurum idari amirleri ve görevli personelin görüşleri alındıktan sonra, öncelikle İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz eden erkek hükümlü ve tutuklularla birebir görüşülüp çalışma anlatılmış, ön çalışma olarak ekte sunulan DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Formu çalışmaya katılmayı kabul eden hükümlü ve tutuklulara imzalatılarak uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hükümlü ve tutuklular ise hem ön çalışmaya hem de çalışmaya

alınmamıştır. Böylelikle madde kullanım öyküsü olan ve olmayan hükümlü ve tutuklular belirlenmiştir.

Madde kullanım öyküsü olan ile olmayan hükümlü ve tutuklular belirlenip iki gruba ayrıştırıldıktan sonra, bu kişilerle yüz yüze görüşülerek çalışma bir kez daha detaylıca anlatılmış, ekte sunulan bilgilendirilmiş onam formu, çalışmaya katılmayı kabul eden hükümlü ve tutuklulara imzalatılarak çalışmaya alınmış, kabul etmeyenler ise çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya alınan hükümlü ve tutuklulara ekte bulunan ve literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu uygulanmıştır. Anket formunda, demografik bilgileri içeren Demografik Form, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Sürekli öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği öz bildirim yoluyla, SCID-1 ve SCID 2 ölçekleri ise bu konuda deneyimli uygulayıcı tarafından bireysel görüşme yoluyla uygulanmıştır. Bir hükümlü/tutuklu ile ortalama 30 ile 50 dakika arasında görüşülmüştür. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun işlerliğini belirlemek amacıyla, çalışmaya katılmayı kabul eden 15 hükümlü ve tutukluya anket formunun ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekil verilmiştir.

2.4.1. Veri Toplama Araçları

2.4.1.1. Demografik Bilgi Formu

Hükümlü ve tutukluların yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, nüfusa kayıtlı oldukları yer, çalışıp çalışmama durumları ve aylık gelir durumlarının sorgulanması amacıyla hazırlanmış toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

2.4.1.2. DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Formu

DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanmıştır. Son gözden geçirilmiş baskısı DSM-IV 1994 yılında yayınlanmıştır. DSM-IV sınıflamada hastalıkların nedeninden değil bulguların tanımlanmasından yararlanır. Hastalık tanımları klinik özelliklerin tanımlanması ile yapılır. Her ruhsal hastalık için özgül tanı kriterleri vardır. Bu kriterler tanı konması için var olması gereken özellikler listesinden oluşur.

DSM-IV tanı kriterlerine uygun olarak hazırlanan kötüye kullanım ve bağımlılık formu hükümlü ve tutuklularda sigara, alkol ile madde kullanım öyküsü olup olmadığını ve kullanımları var ise kötüye kullanım ya da bağımlılık şeklinde olup olmadığını sorgulamak amacıyla hazırlanmış yaklaşık 66 sorudan oluşmaktadır. Alkol ile madde kötüye kullanım ya da bağımlılık var demek için kriter olarak, soruların üç ya da daha fazlasına evet cevabı vermiş olmak alınmıştır.

Nikotin bağımlılığının ölçülmesi amacıyla ilk kez 1978’de Fagerström Tolerans Testini önermiştir. Bu test 1992’de Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Anketi ortaya çıkmıştır(74). Nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan 6 soruluk bir ölçektir. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az(0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde 5 grupta derecelendirilmektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması M.A. Uysal ve ark. tarafından 2003’te yapılmış olup Cronbach’s alfa katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur.

Araştırmada da Fagerström Tolerans Testi kullanılarak hükümlü ve tutukluların nikotin bağımlılıkları saptanmıştır.

2.4.1.3. Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği

Birçok kez geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Toronto Aleksitimi Ölçeği 1988 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen özgün formu likert tipi 26 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeğidir. Kişilerdeki aleksitimi düzeyini ölçmeye yarayan ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Dereboy tarafından 1990 yılında yapılmıştır. Özgün biçiminde maddeler 1 ile 5 arasında puanlanırken, Türkçe biçimi evet-hayır olarak düzenlenmiş olup bu biçimiyle de dilimizde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Toronto Aleksitimi ölçeği dört alt boyuta ayrılırken Türkçe biçimi için kesme puanı 11 olarak önerilmiştir. Çalışmada alt boyutlar incelenmemiş, ölçekten alınan toplam puanlar kesme puanına göre değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Ölçeğin türkçe biçiminin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.65’tir. Ölçekten alınan puanların artması aleksitiminin şiddetini göstermektedir.

2.4.1.4. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği; Spielberger, Jacobs, Russel ve Carne (1983) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe’ye Özer A. tarafından uyarlanmıştır. 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki bu 34 madde öfkeyi ölçmektedir. Öfkenin 4 alt bölümü

vardır. Bunlar, öfke kontrol, öfke içe yönelmiş, öfke dışa yönelmiş ve sürekli öfkedir. 34 maddenin 10 maddesi sürekli öfkeyi, 8 maddesi içe yönelmiş öfkeyi, 8 maddesi dışa yönelmiş öfkeyi, 8 maddesi kontrol edilen öfkeyi ölçmektedir. Sürekli öfkeyi ölçen maddeler; 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 numaralı maddelerdir. İçe yönelmiş öfkeyi ölçen maddeler; 13-15-16-20-23-26-27-31 numaralı maddelerdir. Dışa yönelmiş öfkeyi ölçen maddeler; 17-19-22-24-29-32-33 numaralı maddelerdir. Kontrol edilen öfkeyi ölçen maddeler ise; 11-14-18-21-25-28-30-34 numaralı maddelerdir. Uygulayanlardan maddeleri 1(hiç değil) ile 4 (tamamen) arasında puanlamaları istenir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği incelendiğinde; sürekli öfke alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0.79, içe yönelmiş öfke boyutu için 0.72, dışa yönelmiş öfke boyutu için 0.78, kontrol edilen öfke boyutu için ise 0.84 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonları; sürekli öfke alt boyutu için 0.72, içe yönelmiş öfke boyutu için 0.76, dışa yönelmiş öfke boyutu için 0.72, kontrol edilen öfke boyutu için ise 0.76 bulunmuştur.

2.4.1.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I)

Yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracı ile DSM-III-R Eksen I Bozukluklarının tanımlarını koymak amacıyla Gibbon tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Daha sonraları 1997 yılında First ve arkadaşları tarafından DSM-IV için güncellenmiştir. Türkiye’de Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında dilimize çevirisi yapılarak güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiş ve kullanım kılavuzu yayınlanmıştır. Bu ölçek tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını, böylece tanının daha güvenilir olmasını ve belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlamaktadır. Bu çalışmada, DSM-IV için güncellenmiş sürümleri kullanılmıştır.

2.4.1.6. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II)

Eksen II’de kodlanan 10 kişilik bozukluğunun ve özgül kişilik bozukluğu belirtilerinin varlığını belirlemek amacıyla oldukça yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Spitzer ve Williams tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. DSM ölçütlerine kavramsal ve yöntemsel olarak

uygun bir biçimde yapılandırılmış olup bu ölçütlerle sıkıca bağlantılıdır. 120 soruluk evet-hayır cevaplı bir öz-bildirim formu olup görüşme sırasında özellikle formda evet olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı değerlendirilmektedir. Çeviri çalışmaları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Sorias ve arkadaşları tarafından 1990 yılında yapılmıştır. SCID-II görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirlik çalışması ise 1996 yılında Coşkunol ve ark. tarafından yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Süresi

Araştırma; Ağustos 2013- Kasım 2014 tarihleri arasında yaklaşık 15 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir.

2.6. Etik

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur. Araştırmanın uygulanması için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay, Adalet Bakanlığı, İzmir Cumhuriyet Başsavcılığı ve İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'ndan yazılı izinler alınmıştır.

2.7. Araştırmaya Kabul Red Kriteri

Araştırmaya belirtilen tarihlerde İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan, 18-70 yaş aralığındaki hükümlü ve tutuklular dahil edilmiştir. Anketi ve ölçekleri okuyup yanıt verecek düzeyde olmak, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek çalışmanın temel kabul kriterleri olarak kabul edilmiştir. Ayrıca bir diğer kabul kriteri de madde kullanım öyküsü olup olmamasıdır. Bu kriterlere uyan madde kullanım öyküsü olan hükümlü-tutuklular ile madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü-tutuklular araştırmaya alınmıştır.

2.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın veri toplama aşamasında, İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan erkek hükümlü ve tutukluların ön çalışmaya çok fazla ilgi göstermemesi karşılaşılan sorunlardan ilkidir. Hükümlü ve tutuklulara konu hakkında bilgilendirme yapılmasıyla bu problem ortadan kaldırılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hükümlü ve tutuklulara öz bildirim yoluyla doldurtulan ölçeklerin kısa olması doldurmaları açısından sorun yaratmasa da hükümlü ve tutuklularla yapılan yüz yüze görüşmelerle doldurulan ölçeklerin yaklaşık 30 dakika sürmesi hükümlü-

tutukluların çalışmaya zaman ayırmak istememeleri sorununu doğurmuştur. Bu sorun da öz bildirim yoluyla doldurulan ölçekler ile yüz yüze yapılan görüşmelerle doldurulan ölçeklerin farklı günlerde yapılması yoluna gidilerek çözülmüştür.

2.9. İstatistiksel İncelemeler

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for social Science (SPSS) 18.0 programı ile bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirmeye alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov Z Test ile incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans tabloları, çapraz tablolar, kategorik değişkenler için ki-kare, Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Pearson Testi ve sayısal değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

BÖLÜM III

3.BULGULAR

3.1. Çalışmaya Alınan Tüm Örnekleme Ait Bulgular

Araştırmaya toplam 266 erkek hükümlü ve tutuklu alınmıştır. Araştırmaya alınan 266 erkek hükümlü ve tutuklunun yaş ortalaması, 34 ± 10.16 olarak bulunmuştur. Hükümlü ve tutukluların yaş aralığı 18-73 arasında değişmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımlarına bakıldığında; 2 kişi (%0.8) 0-18, 161 kişi (%60) 18-35, 81 kişi (%31) 35-50, 20 kişi (%7.5) 50-65 ve 2 kişi (%0.8) 65 üstü yaş aralığındadır.

Medeni durumları incelendiğinde; 126 kişi (%47.4) evli, 112 kişi (%42.1) bekar ve 28 kişi (%10.5) de boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır.

Eğitim düzeylerine bakıldığında; 8 kişi (%3) okur-yazar değil, 53 kişi (%19.9) okur-yazar, 158 kişi (%59.4) ilköğretim mezunu, 35 kişi (%13.2) lise mezunu ve 12 kişi (%4.5) ise üniversite mezunudur.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, cezaevine girmeden önce çalışmış olan hükümlü ve tutukluların oranı %71.1 (n=189), cezaevine girmeden önce hiç çalışmamış olanların oranı ise %28.9 (n=77) dur. Çalışan hükümlü ve tutukluların aylık gelir düzeylerine bakıldığında; 600 TL ve altında geliri olanların oranı %41.4 (n=110), 600-1000 TL arasında geliri olanların oranı %39.8 (n=55), 1000-1500 TL arasında geliri olanların oranı %13.2 (n=18) ve 1500 TL üstünde geliri olanların oranı ise %5.6 (n=6)dır.

Nüfusa kayıtlı oldukları bölgeler incelendiğinde; 27 kişinin (%10.2) Karadeniz, 35 kişisini (%13.2) Marmara, 110 kişinin (%41.4) Ege, 22 kişinin (%8.3) Akdeniz, 48 kişinin (%18) Güneydoğu Anadolu ve 24 kişinin ise (%9) Doğu Anadolu Bölgesi'nde nüfusa kayıtlı oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılan erkek hükümlü ve tutukluların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hükümlü ve Tutukluların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		
YAŞ (Ort±Std)	34±10.16	
	<u>SIKLIK(n)</u>	<u>YÜZDE</u>
<i>YAŞ DAĞILIMLARI</i>		
0-18	2	0.8
18-35	161	60.5
35-50	81	30.5
50-65	20	7.5
65+	2	0.7
<i>MEDENİ DURUMLARI</i>		
Evli	126	47.4
Bekar	112	42.1
Boşanmış&Ayrı Yaşıyor	28	10.5
<i>EĞİTİM DÜZEYLERİ</i>		
Okur-yazar Değil	8	3
Okur-yazar	53	19.9
İlköğretim	158	59.4
Lise	35	13.2
Üniversite	12	4.5
<i>ÇALIŞMA DURUMLARI</i>		
Cezaevine girmeden önce çalışmış	189	71.1
Cezaevine girmeden önce hiç çalışmamış	77	28.9

GELİR SEVİYELERİ		
<600 TL	110	41.4
600-1000 TL	106	39.8
1000-1500	35	13.2
>1500	15	5.6
NÜFUSA KAYITLI OLUNAN BÖLGE		
Karadeniz		
Marmara	27	10.2
Ege	35	13.2
Akdeniz	110	41.4
Güneydoğu Anadolu	22	8.2
Doğu Anadolu	48	18
	24	8.9

Katılımcıların sigara, alkol-madde kötüye kullanımı ile bağımlılık düzeylerine genel olarak bakıldığında; 197 kişi (%74.1) sigara kullanmakta, 69 kişi (%25.9) ise sigara kullanmamaktadır. 123 kişinin (%46.2) alkol kullanımı olmuşken, 143 kişinin (%53.8) hiç alkol kullanımı olmamıştır. 134 kişinin (%50.4) madde kullanımı olmuşken, 132 kişinin ise (%49.6) hiç madde kullanımı olmamıştır. Bağımlılık durumları incelendiğinde; 99 kişide (%37.2) alkol bağımlılığı mevcutken, 167 kişide (%62.8) alkol bağımlılığı saptanmamıştır. 134 kişi (%50.4) madde bağımlısı iken, 132 kişi(%49.6) madde bağımlısı değildir.

Katılımcıların madde kullanım türlerine bakıldığında; sadece sigara kullananların oranı %34.2 (n=91), sadece uyuşturucu kullananların oranı %2.3 (n=6), hem sigara hem de uyuşturucu kullananların oranı %12 (n=32), hem alkol hem uyuşturucu kullananların oranı %7.1 (n=19) ve sigara-alkol ile uyuşturucu maddelerin hepsini birden kullananların oranı ise %28.9 (n=77)dur. Uyuşturucu kullanmış olan katılımcıların kullandıkları uyuşturucu türü incelendiğinde; 87 kişinin (%32.7) esrar, 47 kişinin (%17.7) ise hem esrar hem de diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri (yoğun olarak kokain, ekstazi, tinaer-bali) kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların sigara, alkol- madde kullanımları, kötüye kullanımları ve bağımlılık durumları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Hükümlü ve Tutukluların Sigara, Alkol ile Madde Kullanımları ve Kullanım Türlerine Göre Dağılımı

	<u>SIKLIK(n)</u>	<u>YÜZDE</u>
<i>SİĞARA KULLANIMI</i>		
VAR	197	74.1
YOK	69	25.9
<i>ALKOL KULLANIMI</i>		
VAR	123	46.2
YOK	143	53.8
<i>ALKOL BAĞIMLILIĞI</i>		
VAR	99	37.2
YOK	167	62.8
<i>MADDE KÖTÜYE KULLANIMI</i>		
VAR	134	50.4
YOK	132	49.6
<i>MADDE BAĞIMLILIĞI</i>		
VAR	134	50.4
YOK	132	49.6

MADDE KULLANIM TÜRÜ		
Sadece Sigara	91	34.2
Sadece Alkol	6	2.3
Sadece Uyuşturucu	32	12
Sigara+Uyuşturucu	19	7.1
Alkol+Uyuşturucu	77	28.9
Sigara+Alkol+Uyuşturucu	41	15.4
MADDE TÜRÜ		
Esrar	87	32.7
Çoğul madde (esrar+kokain+tiner/bali+ekstazi+vb.)	47	17.7
Hiçbiri	132	49.6

Katılımcılar aleksitimik olup olmamaları açısından değerlendirildiklerinde; 116 kişinin (%43.6) aleksitimik özellikler taşıdığı, 150 kişinin ise (%56.4) aleksitimik özellikler taşımadığı görülmektedir. Öfke ifade tarzları açısından katılımcılar incelendiğinde; 108 kişinin (%40,6) sürekli öfke, 63 kişinin (%23,7) içe atılan öfke, 47 kişinin (%17,7) dışa vurulan öfke ve 48 kişinin ise (%18) kontrol edilen öfke ifade tarzlarına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların aleksitimi durumları Tablo 3A-1’de, öfke ifade tarzları ise Tablo 3A-2’de gösterilmektedir.

Tablo 3A-1: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Dağılımı**Tablo 3A-2: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Dağılımı**

(3A-1)	SIKLIK	YÜZDE
ALEKSİTİMİ		
VAR	116	43.6
YOK	150	56.4
(3A-2)	SIKLIK	YÜZDE
ÖFKE İFADE TARZLARI		
Sürekli Öfke	108	40,6
İçe Atılan Öfke	63	23,7
Dışa Vurulan Öfke	47	17,7
Kontrol Edilen Öfke	48	18

Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıklarına bakıldığında; 29 kişide (%10.9) majör depresyon, 19 kişide (%7.1) mani, 9 kişide (%3.4) distimik bozukluk, 11 kişide (%4.1) panik bozukluk ve 15 kişide (%5.6) obsesif-kompulsif bozukluk vardır. Kişilik bozuklukları açısından incelendiklerinde, 46 kişide (%17.3) kaçınan, 26 kişide (%9.8) bağımlı, 31 kişide (%11.7) obsesif-kompulsif, 18 kişide (%6.8) pasif agresif, 24 kişide (%9) borderline, 10 kişide (%3.8) paranoid, 12 kişide (%4.5) narsistik, 1 kişide (%0.4) borderline ve 98 kişide (%36.8) antisosyal kişilik bozukluğu vardır. Psikiyatrik değerlendirmeye ilişkin bulgular Tablo 3B-1 ve 3B-2’de gösterilmektedir.

Tablo 3B-1: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıklarına Göre Dağılımı

	<u>SIKLIK</u>	<u>YÜZDE</u>
PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR		
Majör Depresyon	29	10.9
Mani	19	7.1
Distimik Bozukluk	9	3.4
Majör Depresyon+Alkol ve Madde Bağımlılığı	33	12.4
Distimik Bozukluk+Madde Bağımlılığı	12	4.5
Distimik Bozukluk+Alkol ve Madde Bağımlılığı	7	2.6
Panik Bozukluk	11	4.1
Panik Bozukluk+Madde Bağımlılığı	2	0.8
Panik Bozukluk+Alkol ve Madde Bağımlılığı	11	4.1
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	15	5.6
Obsesif-Kompulsif Bozukluk+Madde Bağımlılığı	1	0.4
Obsesif-Kompulsif Bozukluk+ Alkol ve Madde Bağımlılığı	15	5.6
Sadece Madde Bağımlılığı	20	7.5
Sadece Alkol ve Madde Bağımlılığı	33	12.4
Yok	49	18.4

Tablo 3B-2: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozukluklarına Göre Dağılımı

	SIKLIK (n)	YÜZDE
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI		
Kaçıngan	46	17.3
Bağımlı	26	9.8
Obsesif-Kompulsif	31	11.7
Pasif Agresif	18	6.8
Borderline	24	9
Paranoid	10	3.8
Narsisistik	12	4.5
Borderline	1	0.4
Antisosyal	98	36.8

Çalışmaya katılan hükümlü ve tutukluların Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeğinden (Türkçe TAÖ-20) aldıkları toplam puan ortalaması $52,30 \pm 14,93$ dür. Tablo-4’de Türkçe TAÖ-20 maddelerinin ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4: Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği Maddelerinin Ortalaması

	Ortalama	Standard sapma
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	2,33	1,51
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	2,50	1,35
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.	2,41	1,35

4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	3,14	1,64
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	2,32	1,25
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	2,29	1,52
7. Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	2,41	1,54
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.	2,62	1,47
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	2,33	1,49
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	2,98	1,55
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	2,49	1,44
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	2,33	1,46
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	2,39	1,58
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	2,37	1,57
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	2,83	1,31
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	3,50	1,30
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	2,36	1,47
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	2,59	1,42
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	3,07	1,61
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	3,03	1,19

Araştırmaya katılan hükümlü ve tutukluların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması; $77,82 \pm 16,33$ dür. Alt ölçeklere bakıldığında; birinci alt ölçek olan sürekli öfke alt ölçeği puan ortalaması $2,25 \pm 1,18$, ikinci alt ölçek olan içe atılan öfke alt ölçeği puan ortalaması $1,41 \pm 1,18$, üçüncü alt ölçek olan dışa vurulan öfke alt ölçeği puan ortalaması $2,14 \pm 1,11$ ve dördüncü alt ölçek olan kontrol edilen öfke alt ölçeği

puan ortalaması ise $2,58 \pm 0,91$ dir. Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği maddelerinin ortalamaları Tablo-5’de verilmiştir.

Tablo 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği Maddelerinin Ortalaması

	Ortalama	Standard sapma
1. Çabuk parlarım.	2,32	1,14
2. Kızgın mizaçlıyım.	2,21	1,22
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	2,20	1,22
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	2,36	1,14
5. Yaptığım iyi bir işten sonra taktir edilmemek canımı sıkar.	2,23	1,22
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	2,32	1,15
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	2,20	1,22
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	2,21	1,22
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	2,20	1,22
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	2,33	1,14
11. Öfkemi kontrol ederim.	2,54	1,03
12. Kızgınlığımı gösteririm.	1,51	0,66
13. Öfkemi içime atarım.	2,51	2,76
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	2,61	1,04
15. Somurtur ya da surat asarım.	2,14	0,84
16. İnsanlardan uzak dururum.	2,41	1,00
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	2,20	1,19

18. Soğukkanlılığımı korurum.	2,58	1,02
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	2,26	1,17
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.	2,19	1,02
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	2,55	1,06
22. Başkalarıyla tartışırım.	2,18	1,22
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	1,95	1,05
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	2,24	1,20
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	2,65	1,06
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1,87	0,84
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	2,10	1,04
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	2,52	0,98
29. Kötü şeyler söylerim.	2,09	1,24
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım	2,64	1,02
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	2,18	0,99
32. Sinirlerime hakim olamam.	2,12	1,25
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.	2,58	1,01
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	2,62	1,04

Katılımcıların; madde kullanım öyküleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$); evli olanlarda madde bağımlılığı oranı az iken, bekarlarda madde bağımlılığı görülme oranı daha fazladır. Boşanmış ya da ayrı yaşamının bağımlılık oranını çok etkilemediği görülmektedir. Bulgular Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Medeni Durumlarının Dağılımı

		Madde bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Medeni durum	Evli	44	34,9	82	65,1
	Bekar	74	66,1	38	33,9
	Boşanmış&ayrı yaşıyor	16	57,1	12	42,9

Madde kullanım öyküleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.89$, $p>0.05$). Bulgular Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Eğitim Düzeyleri	Eğitim Almamış	31	51	30	49
	İlköğretim	78	49	80	51

	Lise/Üniversite	25	54	22	46

Katılımcıların nüfusa kayıtlı oldukları bölge ile madde kullanım öyküleri arasında fark olup olmadığı yeterli gözlem sayısı olmadığından test edilememiştir.

Çalışma durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Fark yorumlandığında; cezaevine girmeden önce çalışmış olan kişilerde madde bağımlılığı oranı az iken, hiç çalışmamış kişilerde madde bağımlılığı oranı fazladır. Bulgular Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Çalışma Durumlarının Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Çalışma durumu	Daha önce çalışmış	81	42	108	58
	Daha önce hiç çalışmamış	53	68	24	32

Gelir durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.65$, $p>0.05$). Bulgular Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Gelir Seviyelerinin Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Gelir	0-600 TL	55	50	55	50
	600-1000 TL	51	48	55	52

seviyeleri	>1000 TL	28	56	22	44

Sigara kullanımları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.06$, $p>0.05$). Ancak; yüzdelik oranlara bakılarak yorumlandığında, madde kullanım öyküsü olanlarda sigara kullanımı daha fazla iken, madde kullanım öyküsü olmayanlarda sigara kullanımı daha azdır. Bulgular Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Sigara Kullanımlarının Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Sigara kullanımı	Var	106	54	91	46
	Yok	28	40	41	60

Alkol kullanımları ve alkol bağımlılıkları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.03$, $p>0.05$). Yani; madde kullanım öyküsü kişilerde hem alkol kullanımı hem de alkol bağımlılığı fazla görülmektedir. Bulgular TABLO 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı Dağılımları

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Alkol	Var	123	100	0	0

Kullanımı	Yok	11	7.7	132	92,3
Alkol Bağımlılığı	Var	99	100	0	0
	Yok	35	21	132	79

Madde kullanım türleri ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). Bulgular Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Madde Kullanım Türleri Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Madde kullanım türleri	Sadece Sigara	0	0	91	100
	Sadece Uyuşturucu	6	100	0	0
	Sigara+Uyuşturucu	32	100	0	0
	Alkol+Uyuşturucu	19	100	0	0
	Sigara+ Alkol+Uyuşturucu	77	100	0	0
	Hiçbiri	0	0	41	100

Katılımcıların kullandıkları uyuşturucu madde türü ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). Bulgular Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Kullandıkları Madde Türü Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%

Kullanılan madde türü	Esrar	87	100	0	0
	Çoğul madde (Esrar Ekstazi, Tiner/Bali, Kokain)	47	100	0	0
	Hiçbiri	0	0	132	100

Aleksitimik olup olmamaları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). Bulgular Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Aleksitimi Durumlarının Dağılımı

		Madde Bağımlılığı			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Aleksitimi	Var	77	66	39	34
	Yok	57	38	93	62

Katılımcıların öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri karşılaştırıldığında; sürekli öfke, kontrol edilen öfke ve dışa vurulan öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). İçe atılan öfke ifade tarzı ile madde kullanım öyküsü arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.21, p>0.05$). Bulgular Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Öfke İfade Tarzlarının Dağılımı

	Öfke İfade Tarzları			
	Sürekli öfke	Dışa vurulan öfke	İçe atılan öfke	Kontrol edilen öfke
	p	p	p	p

Madde bağımlılığı	Var				
	Yok	0.00	0.00	0.21	0.00

Aleksitimik olup olmama ile sosyodemografik özellikler incelendiğinde; sosyodemografik özelliklerden olan medeni durum ile aleksitimik olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.37, p>0.05$). Eğitim seviyeleri ile aleksitimik olup olmama arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.38, p>0.05$). Ayrıca; sosyodemografik özelliklerden olan nüfusa kayıtlı olunan bölge ile de aleksitimik olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.36, p>0.05$). Bulgular Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri ve Nüfusa Kayıtlı Oldukları Bölge Dağılımları

		Aleksitimi			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Medeni durum	Evli	52	41,3	74	58,7
	Bekar	54	48,2	58	51,8
	Boşanmış&Ayrı	10	35,7	18	64,3
Eğitim düzeyi	Eğitimi yok	25	41	36	59
	İlköğretim	74	46,8	84	53,2
	Lise/Üniversite	17	36,2	30	63,8
Nüfus bilgileri		116	49,1	150	41,9

Katılımcıların çalışma durumları ile aleksitimik olup olmamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.13, p>0.05$). Ayrıca; gelir seviyeleri ile de aleksitimik olup olmamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.95, p>0.05$). Bulgular Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Çalışma Durumları ve Gelir Seviyeleri Dağılımları

		Aleksitimi			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Çalışma Durumu	Evet	77	40,7	112	59,3
	Hayır	39	50,6	38	49,4
Gelir Seviyesi	<600	49	44,5	61	55,5
	600-1000	45	42,5	61	57,5
	>1000	22	44	28	56

Katılımcıların aleksitimik olup olmamalarının; sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı değişkenlerinden her biri ile aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000$, $p<0.05$). Bulgular Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Alkol Bağımlılığı ve Madde Bağımlılığı Dağılımları

		Aleksitimi			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Sigara Kullanımı	Var	98	49,7	99	50,3
	Yok	18	26,1	51	73,9
Alkol Kullanımı	Var	67	54,5	56	45,5
	Yok	49	34,3	94	65,7
Madde Kullanımı	Var	77	57,5	57	42,5
	Yok	39	29,5	93	70,5
Alkol Bağımlılığı	Var	57	57,6	42	42,4
	Yok	59	35,3	108	64,7
Madde Bağımlılığı	Var	77	57,5	57	42,5
	Yok	39	29,5	93	70,5

Araştırmaya katılan kişilerin; madde kullanım türleri ve kullandıkları madde türleri ile aleksitimik olup olmamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Bulgular Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Madde Kullanım Türleri ve Kullanılan Uyuşturucu Madde Türü Dağılımları

		Aleksitimi			
		Var		Yok	
		n	%	n	%
Madde kullanım türü	Sadece Sigara	31	34,1	60	65,9
	Sadece Uyuşturucu	3	50	3	50
	Sigara+Uyuşturucu	19	59,4	13	40,6
	Alkol+Uyuşturucu	5	26,3	14	73,7
	Sigara+ Alkol+Uyuşturucu	50	64,9	27	35,1
	Hiçbiri	8	19,5	33	80,5
Kullanılan madde türü	Esrar	54	62,1	33	37,9
	Çoğul madde	23	48,9	24	51,1
	Hiçbiri	39	29,5	93	70,5

Öfke ifade tarzları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; sürekli, dışa vurulan, içe atılan ve kontrol edilen öfke ifade tarzlarından her biri ile aleksitimik olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Bulgular Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Öfke İfade Tarzlarının Dağılımı

	Öfke İfade Tarzları			
	Sürekli öfke	İçe Atılan öfke	Dışa Vurulan öfke	Kontrol Edilen öfke
	p	p	p	p

Aleksitimi	Var	0,00	0,03	0,00	0,04
	Yok				

Öfke ifade tarzları ile cezaevine girmeden önceki çalışma durumlarına bakıldığında; öfke ifade tarzlarından olan sürekli öfke ($p=0.10$, $p>0.05$), içe atılan öfke ($p=0.76$, $p>0.05$), dışa vurulan öfke ($p=0.24$, $p>0.05$) ve kontrol edilen öfke ($p=0.39$, $p>0.05$) ifade tarzları ile cezaevine girmeden önceki çalışma durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Çalışma Durumları Dağılımı

	Sıklık (n)	Öfke ifade Tarzları		p
		Ortalama	Standard sapma	
Sürekli öfke	Daha önce çalışmış (n=189)	23,25	11,86	0.10; >0.05
	Daha önce hiç çalışmamış (n=77)	20,87	11,42	
İçe atılan öfke	Daha önce çalışmış (n=189)	17,47	7,29	0.76; >0.05
	Daha önce hiç çalışmamış (n=77)	17,09	6,51	
Dışa vurulan öfke	Daha önce çalışmış (n=189)	17,61	8,49	0.24; >0.05
	Daha önce hiç çalışmamış (n=77)	16,14	8,18	
Kontrol edilen öfke	Daha önce çalışmış (n=189)	20,44	7,96	0.39; >0.05
	Daha önce hiç çalışmamış (n=77)	21,36	8,05	

Eğitim seviyeleri ile öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında; öfkenin alt boyutları olan sürekli öfke ($p=0.86$, $p>0.05$), içe atılan öfke ($p=0.37$, $p>0.05$), dışa vurulan öfke ($p=0.91$, $p>0.05$) ve kontrol edilen öfke ($p=0.55$, $p>0.05$) ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Eğitim Düzeyleri Dağılımı

	Eğitim seviyeleri	Öfke ifade Tarzları		p
		Ortalama	Standard sapma	
Sürekli öfke	Okur yazar	22	11	0.86; >0.05
	İlköğretim	23	12	
	Lise/Üniversite	23	11	
İçe atılan öfke	Okur yazar	17	9	0.37; >0.05
	İlköğretim	18	6	
	Lise/Üniversite	16	7	
Dışa vurulan öfke	Okur yazar	17	8	0.91; >0.05
	İlköğretim	17	9	
	Lise/Üniversite	18	8	
Kontrol edilen öfke	Okur yazar	21	9	0.55; >0.05
	İlköğretim	20	8	
	Lise/Üniversite	20	8	

Nüfusa kayıtlı olunan bölge ile öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında; öfkenin alt boyutları olan sürekli öfke ($p=0.53$, $p>0.05$), içe atılan öfke ($p=0.15$, $p>0.05$), dışa vurulan öfke ($p=0.47$, $p>0.05$) ve kontrol edilen öfke ($p=0.38$, $p>0.05$) ile nüfusa kayıtlı olunan bölge arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Nüfusa Kayıtlı Oldukları Bölge Dağılımı

	(n)	Sürekli	İçe	Dışa	Kontrol

Karadeniz	27	0,53	0,15	0,47	0,38
Marmara	35				
Ege	110				
Akdeniz	22				
Güneydoğu Anadolu	48				
Doğu Anadolu	24				

Gelir düzeyleri ile öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında; öfkenin alt boyutları olan sürekli öfke ($p=0.60$, $p>0.05$), içe atılan öfke ($p=0.22$, $p>0.05$), dışa vurulan öfke ($p=0.67$, $p>0.05$) ve kontrol edilen öfke ($p=0.96$, $p>0.05$) ile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24: Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzlarına Göre Gelir Seviyeleri Dağılımı

	Gelir seviyeleri (n)	Ortalama	Standard sapma	p
Sürekli öfke	<600	22,45	11,77	0.60; >0.05
	600-1000	23,28	11,99	
	>1000	21,30	11,37	
İçe atılan öfke	<600	17,08	7,14	0.22; >0.05
	600-1000	18,08	7,12	
	>1000	16,42	6,76	
Dışa vurulan öfke	<600	17,21	8,43	0.67; >0.05
	600-1000	17,61	8,63	
	>1000	16,24	8,01	
Kontrol edilen öfke	<600	20,70	8,65	0.96; >0.05
	600-1000	20,85	7,36	
	>1000	20,44	7,89	

3.2. Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılmaları İle Elde Edilen Bulgular

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; nüfusa kayıtlı oldukları bölge ve medeni durum değişkenleri ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkilere bakılması için yeterli gözlem sayısı olmadığından uygun testler yapılamamıştır.

Ayrıca; madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; alkol kullanımı ve madde kullanım türleri değişkenleri ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkilere bakılması için de yeterli gözlem sayısı olmadığından uygun testler yapılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; çalışma durumları ile eğitim düzeylerine bakıldığında hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda çalışma durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.02$; $p<0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda çalışma durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.00$; $p<0.05$) bulunmuştur. Bulgular Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Çalışma Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Eğitim düzeyi						p
			Eğitimi yok		İlköğretim		Lise/Üniversite		
			n	%	n	%	n	%	
Var	Çalışma durumu	Çalışmış	13	16	46	56,8	22	27,2	0,02
		Çalışmamış	18	34	32	60,4	3	5,7	
Yok	Çalışma durumu	Çalışmış	12	11,1	74	68,5	22	20,4	0,00
		Çalışmamış	18	75	6	25	0	0	

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; gelir seviyeleri ile eğitim düzeylerine bakıldığında hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda gelir seviyeleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.01$; $p<0.05$), hem de madde

kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda gelir seviyeleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.00$; $p<0.05$) bulunmuştur. Bulgular Tablo 26’de gösterilmiştir.

Tablo 26: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Gelir Seviyeleri ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Eğitim düzeyi						p
			Eğitimi yok		İlköğretim		Lise/Üniversite		
			n	%	n	%	n	%	
Var	Gelir seviyesi	<600	18	32,7	34	61,8	3	5,5	0,01
		600-1000	10	19,6	32	62,7	9	17,6	
		>1000	3	10,7	12	42,9	13	46,4	
Yok	Gelir seviyesi	<600	27	49,1	28	50,9	0	0	0,00
		600-1000	3	5,5	49	89,1	3	5,5	
		>1000	0	0	3	13,6	19	86,4	

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; sigara kullanımları ile eğitim düzeylerine bakıldığında hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda sigara kullanımları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.11$; $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda sigara kullanımları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.88$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Sigara Kullanımları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Eğitim düzeyi		
			Eğitimi yok	İlköğretim	Lise/Üniversite
			p		
Var	Sigara kullanımı	Var	0,11; $p>0.05$		
		Yok			
Yok	Sigara kullanımı	Var	0,88; $p>0.05$		
		Yok			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; alkol bağımlılıkları ile eğitim düzeylerine bakıldığında, madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda alkol bağımlılıkları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.87$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Sigara, Alkol Bağımlılıkları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Eğitim düzeyi		
			Eğitimi yok	İlköğretim	Lise/Üniversite
			p		
Var	Alkol Bağımlılığı	Var	0,87; $p>0.05$		
		Yok			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; kullandıkları uyuşturucu türü ile eğitim düzeylerine bakıldığında, madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda kullandıkları uyuşturucu türü ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.67$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türü ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Eğitim düzeyi		
			Eğitimi yok	İlköğretim	Lise/Üniversite
			p		
Var	Kullandıkları uyuşturucu türü	Esrar	0,67; $p>0.05$		
		Çoğul			
		Hiçbiri			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; çalışma durumları ile medeni durumları, gelir seviyeleri, eğitim düzeyleri ve sigara kullanımları değişkenlerinden her biri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulgular Tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri, Gelir Seviyeleri ve Sigara Kullanımları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişkiler

Madde bağımlılığı		Alkol kullanımı	Alkol bağımlılığı	Madde kullanım türü	Kullandıkları uyuşturucu türü
		p	p	p	p
Var	Çalışma durumu	0,11	0,50	0,87	0,43
Yok	Çalışma durumu	0,23	0,43	1,00	0,52

Ve; madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; çalışma durumları ile alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde kullanım türleri ve kullandıkları uyuşturucu türleri değişkenlerinden her biri arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 31’de gösterilmiştir. Ayrıca; madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; çalışma durumları ile nüfusa kayıtlı oldukları bölge arasında ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Tablo 31: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Kullanım Türleri ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişkiler

Madde bağımlılığı		Alkol kullanımı	Alkol bağımlılığı	Madde kullanım türü	Kullandıkları uyuşturucu türü
		p	p	p	p
Var	Çalışma durumu	0,11	0,50	0,87	0,43

Yok	Çalışma durumu	0,23	0,43	1,00	0,52

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; nüfusa kayıtlı oldukları bölge ile diğer değişkenler(medeni durum, gelir seviyeleri, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, sigara-alkol-madde kullanımları ve bağımlılıkları, madde kullanım türleri, kullandıkları uyuşturucu türü) arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile çalışma durumlarına bakıldığında, hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile çalışma durumları arasında anlamlı bir fark ($p=0.01$; $p<0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile çalışma durumları arasında anlamlı bir fark ($p=0.00$; $p<0.05$) bulunmuştur. Bulgular Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı		Medeni durum		
		Evli	Bekar	Ayrı&Boşanmış
		p		
Var	Çalışma durumu	0,01; $p<0,05$		
Yok	Çalışma durumu	0,00; $p<0,05$		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile gelir seviyelerine bakıldığında, hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.02$; $p<0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.00$; $p<0.05$) bulunmuştur. Bulgular Tablo 33’de gösterilmiştir.

Tablo 33: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların edeni Durumları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı		Medeni durum		
		Evli	Bekar	Ayrı&Boşanmış
		p		
Var	Gelir seviyeleri	0,02; p<0,05		
Yok	Gelir seviyeleri	0,00; p<0,05		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile eğitim düzeyleri, nüfusa kayıtlı oldukları bölge, alkol kullanımı ve madde kullanım türleri arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Ayrıca; madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile sigara kullanımlarına bakıldığında, hem madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile sigara kullanımları arasında anlamlı bir fark ($p=0.92$; $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile sigara kullanımları arasında anlamlı bir fark ($p=0.89$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 34’de gösterilmiştir.

Tablo 34: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı		Medeni durum		
		Evli	Bekar	Ayrı&Boşanmış
		p		
Var	Sigara kullanımları	0,92; p>0,05		
Yok	Sigara kullanımları	0,89; p>0,05		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile alkol bağımlılıklarına bakıldığında, madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile alkol bağımlılıklarına arasında anlamlı bir fark ($p=0.77$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 35: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Alkol Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Medeni durum		
			Evli	Bekar	Ayrı&Boşanmış
			p		
Var	Alkol Bağımlılığı	Var	0,77; $p>0,05$		
		Yok			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; medeni durumları ile kullandıkları uyuşturucu türlerine bakıldığında, madde kullanım öyküsü olan hükümlü ve tutuklularda medeni durumları ile kullandıkları uyuşturucu türleri arasında anlamlı bir fark ($p=0.69$; $p>0.05$) bulunamamıştır. Bulgular Tablo 36’da gösterilmiştir.

Tablo 36: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Medeni Durumları ile Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı			Medeni durum		
			Evli	Bekar	Ayrı&Boşanmış
			p		
Var	Kullandıkları uyuşturucu türü	Esrar	0,69; $p>0,05$		
		Çoğul			
		Hiçbiri			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; gelir seviyeleri ile nüfusa kayıtlı oldukları bölge ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; gelir seviyeleri ile medeni durumları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasında anlamlı bir fark bulunurken; katılımcıların gelir seviyeleri ile sigara kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde kullanım türleri ve kullandıkları uyuşturucu türleri ile aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgular Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Gelir Seviyeleri ile Medeni Durumları, Eğitim Düzeyleri, Çalışma Durumları, Sigara Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Kullanım Türleri ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

Madde bağımlılığı		Medeni durum	Eğitim düzeyi	Çalışma durumları	Sigara kullanımı	Alkol bağımlılığı	Madde kullanım türü	Madde türü
Var	Gelir seviyeleri	0,02	0,00	0,00	0,10	0,56	0,74	0,73
Yok	Gelir seviyeleri	0,00	0,00	0,00	0,89	0,63	0,89	0,84

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile medeni durumları karşılaştırıldığında hem madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile medeni durumları arasında ($p=0.65$, $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile medeni durumları

arasında ($p=0.29$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Madde kullanım öyküsünün olup olmaması aleksitimi ile medeni durum arasındaki ilişkiyi etkilememektedir. Bulgular Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	p
Var	Medeni durum	Evli	0.65	0.29
		Bekar		
		Ayrı/Boşanmış		
Yok	Medeni durum	Evli		
		Bekar		
		Ayrı/Boşanmış		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında hem madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile eğitim düzeyleri arasında ($p=0.31$, $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile eğitim düzeyleri arasında ($p=0.35$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Madde kullanım öyküsünün olup olmaması aleksitimi ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkilememektedir. Bulgular Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	p
Var	Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok		
		İlköğretim		

		Lise/Üniversite		
Yok	Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	0.31	0.35
		İlköğretim		
		Lise/Üniversite		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile nüfusa kayıtlı oldukları bölge arasındaki ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile cezaevine girmeden önce çalışıp çalışmamaları karşılaştırıldığında hem madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile cezaevine girmeden önce çalışıp çalışmamaları arasında ($p=0.14$, $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile cezaevine girmeden önce çalışıp çalışmamaları arasında ($p=0.20$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Madde kullanım öyküsünün olup olmaması aleksitimi ile cezaevine girmeden önce çalışıp çalışmamaları arasındaki ilişkiyi etkilememektedir. Bulgular Tablo 40’da gösterilmiştir.

Tablo 40: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	p
Var	Çalışma Durumu	Var	0.14	0.20
		Yok		
Yok	Çalışma Durumu	Var		
		Yok		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile gelir seviyeleri karşılaştırıldığında hem madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile gelir seviyeleri arasında ($p=0.65$, $p>0.05$), hem de madde kullanım öyküsü olmayan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile gelir seviyeleri

arasında ($p=0.79$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgular Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	p
Var	Gelir Seviyesi	0-600	0.65	0.79
		600-1000		
		>1000		
Yok	Gelir Seviyesi	0-600		
		600-1000		
		>1000		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile sigara kullanımları karşılaştırıldığında madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile sigara kullanımları arasında ($p=0.01$, $p<0.05$) anlamlı bir ilişki bulunurken, madde kullanım öyküsü olmayan katılımcılarda aleksitimik olup olmamaları ile sigara kullanımları arasında ($p=0.13$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgular Tablo 42’de gösterilmiştir.

Tablo 42: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	p
Var	Sigara kullanımı	Var	0.01	0.13
		Yok		
Yok	Sigara kullanımı	Var		
		Yok		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile alkol kullanımları karşılaştırıldığında madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile alkol kullanımları arasında ($p=0.02$, $p<0.05$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 43’de gösterilmiştir.

Tablo 43: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Alkol Kullanımları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	
Var	Alkol kullanımı	Var	0.02	
		Yok		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile alkol bağımlılıkları karşılaştırıldığında madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile alkol bağımlılıkları arasında ($p=0.10$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgular Tablo 44’de gösterilmiştir.

Tablo 44: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Alkol Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	
Var	Alkol bağımlılığı	Var	0.10	
		Yok		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile madde kullanım türleri arasındaki ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile kullandıkları madde türü karşılaştırıldığında madde kullanım öyküsü olan katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile kullandıkları madde türü arasında ($p=0.19$, $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgular Tablo 45’de gösterilmiştir.

Tablo 45: Madde Kullanım Öyküsü Olan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türü Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	
Var	Kullanılan madde türü	Esrar	0.19	
		Çoğul		

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım öyküsü olanlarda aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, aleksitimik olup olmamaları ile içe atılan öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Madde kullanım öyküsü olanlarda aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Bulgular Tablo 46’da gösterilmiştir.

Tablo 46: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumları ile Öfke ifade Tarzları Arasındaki İlişki

Madde Bağımlılığı			Aleksitimi	
			Var	Yok
			p	

Var	Öfke ifade Tarzları	Sürekli öfke	0,53
		Kontrol edilen öfke	0,98
		İçe atılan öfke	0,30
		Dışa vurulan öfke	0,00
Yok	Öfke İfade Tarzları	Sürekli öfke	0,00
		Kontrol edilen öfke	0,00
		İçe atılan öfke	0,00
		Dışa vurulan öfke	0,00

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; öfke ifade tarzları ile medeni durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; her iki grup için medeni durumları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

				Öfke İfade tarzları			
				Sürekli öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke	Kontrol edilen öfke
				p	p	p	p
Madde Bağımlılığı	Var	Medeni durum	Evli	0,56	0,67	0,68	0,19
			Bekar				
			Boşanmış/Ayrı				

			Evli				
	Yok	Medeni durum	Bekar	0,12	0,70	0,15	0,52
			Boşanmış/Ayrı				

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; öfke ifade tarzları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım öyküsü olanlarda eğitim düzeyleri ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe vurulan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Madde kullanım öyküsü olmayanlarda ise, eğitim düzeyleri ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken içe atılan öfke ifade tarzı ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulgular Tablo 48’de gösterilmiştir.

Tablo 48: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

				Öfke İfade tarzları			
				Sürekli öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke	Kontrol edilen öfke
				p	p	p	p
Madde Bağımlılığı	Var	Eğitim düzeyi	Eğitimi yok	0,46	0,16	0,68	0,06
			İlköğretim				
			Lise/Üniversite				
	Yok	Eğitim düzeyi	Eğitimi yok	0,94	0,01	0,92	0,08
			İlköğretim				
			Lise/Üniversite				

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; öfke ifade tarzları ile nüfusa kayıtlı oldukları bölge arasındaki ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığından test uygulanamayıp bakılamamıştır.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; öfke ifade tarzları ile gelir seviyeleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; her iki grup içingelir seviyeleri ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo 49’da gösterilmiştir.

Tablo 49: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki

				Öfke İfade tarzları			
				Sürekli öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke	Kontrol edilen öfke
				p	p	p	p
Madde Bağımlılığı	Var	Gelir Seviyesi	<600	0,50	0,55	0,49	0,53
			600-1000				
			>1000				
	Yok	Gelir Seviyesi	<600	0,83	0,20	0,82	0,34
			600-1000				
			>1000				

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; öfke ifade tarzları ile cezaevine girmeden önceki çalışma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım öyküsü olanlarda cezaevine girmeden önceki çalışma durumları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe vurulan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Madde kullanım öyküsü olmayanlarda ise,

cezaevine girmeden önceki çalışma durumları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken içe atılan öfke ifade tarzı ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Bulgular Tablo 50’de gösterilmiştir.

Tablo 50: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Öfke İfade Tarzları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

				Öfke İfade tarzları			
				Sürekli öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke	Kontrol edilen öfke
				p	p	p	p
Madde Bağımlılığı	Var	Çalışma durumu	Evet	0,74	0,18	0,99	0,50
			Hayır				
	Yok	Çalışma durumu	Evet	0,75	0,02	0,80	0,10
			Hayır				

Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıklarına bakıldığında; %10.9’unun ($n=29$), majör depresyon, %7.1’inin ($n=19$) mani, %3.4’ünün ($n=9$) distimi, %4.1’inin ($n=11$) panik bozukluk, %5.6’sının ($n=15$) obsesif-kompulsif bozukluk hastalıklarına sahip olduğu görülmektedir.

Ayrıca alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı hem de alkol ve madde bağımlılığı ile psikiyatrik rahatsızlığa sahip olan katılımcılar da mevcuttur. 33 kişi (%12.4) majör depresif ve alkol-madde bağımlısı, 12 kişi (%4.5) distimik ve madde bağımlısı, 7 kişi (%2.6) distimik ve alkol-madde bağımlısı, 2 kişi (%0.8) panik bozukluğa sahip ve madde bağımlısı, 11 kişi (%4.1) panik bozukluğa sahip ve alkol-madde bağımlısı, 1 kişi (%0.4) obsesif-kompulsif bozukluğa sahip ve madde bağımlısı, 15 kişi (%5.6) obsesif-kompulsif bozukluğa sahip ve alkol-madde bağımlısıdır. 20 kişi (%7.5) ise sadece madde bağımlısı ve 33 kişi (%12.4) de alkol ve madde bağımlısıdır.

Hem madde kullanım öyküsü olmayan hem de psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ise 49 kişi (%18.4)dir. Tüm bu bulgular Tablo 51 ve Tablo 52’de gösterilmiştir.

Tablo 51: Madde Kullanım Öyküsü Olan ve Olmayan Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ve Alkol-Madde Bağımlılıklarına Göre Dağılımları

SCID-I	n	%
Majör depresyon	29	10.9
Mani	19	7.1
Distimi	9	3.4
Majör depresyon-Alkol bağ.-Madde bağ.	33	12.4
Distimi-Madde bağ.	12	4.5
Distimi- Alkol bağ.-Madde bağ.	7	2.6
Panik Bozukluk	11	4.1
Panik Bozukluk-Madde bağ.	2	0.8
Panik Bozukluk- Alkol bağ.-Madde bağ	11	4.1
Obsesif Kompulsif Bozukluk	15	5.6
Obsesif Kompulsif Bozukluk-Madde bağ.	1	0.4
Obsesif Kompulsif Bozukluk-Alkol bağ.-Madde bağ.	15	5.6

Tablo 52: Hükümlü ve Tutukluların Alkol-Madde Bağımlılıklarına Göre Dağılımları

	n	%
Madde Bağımlısı	20	7.5
Alkol-Madde Bağımlısı	33	12.4
Madde kullanım öyküsü yok-Psikiyatrik rahatsızlığı yok	49	18.4

Araştırmaya katılan katılımcıların kişilik örüntülerine bakıldığında; %17.3'ünün (n=46) kaçınan, %9.8'inin (n=26) bağımlı, %11.7'sinin (n=31) obsesif-kompulsif, %6.8'inin (n=18) pasif agresif, %9'unun (n=24) ketleyici, %3.8'inin (n=10) paranoid, %4.5'inin (n=12) narsisistik, %0.4'ünün (n=1) borderline ve %36.8'inin (n=98) antisosyal kişilik bozukluğu örüntüsüne sahip olduğu görülmektedir. Bulgular Tablo 53'de gösterilmektedir.

Tablo 53: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozukluklarına Göre Dağılımları

SCID II	n	%
Kaçınan Kişilik Bozukluğu	46	17.3
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	26	9.8
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	31	11.7
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	18	6.8
Ketleyici Kişilik Bozukluğu	24	9
Paranoid Kişilik Bozukluğu	10	3.8
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	12	4.5

Borderline Kişilik Bozukluğu	1	0.4
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	98	36.8

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların madde kullanım öyküsü varlığı ile psikiyatrik rahatsızlıkları varlığına bakıldığında; alkol ve madde kullanım öyküsü olan 33 kişinin majör depresyon, 19 kişinin distimi, 13 kişinin panik bozukluk ve 16 kişinin ise obsesif-kompulsif bozukluk hastalığına sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca; alkol ve madde kullanım öyküsü olmayan katılımcılarda ise 29 kişinin majör depresyon, 19 kişinin mani, 9 kişinin distimi, 11 kişinin panik bozukluk ve 15 kişinin ise obsesif-kompulsif bozukluk hastası olduğu görülmektedir. Bulgular Tablo 54’de görülmektedir.

Tablo 54: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlıklarının Dağılımı

		MADDE BAĞIMLILIĞI	
		VAR	YOK
		n	n
SCID I	Majör depresyon		29
	Mani		19
	Distimi		9
	Majör depresyon-Alkol-Madde	33	
	Distimi-Alkol-Madde	19	

	Panik Bozukluk		11
	Panik Bozukluk-Alkol-Madde	13	
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk		15
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk-Alkol-Madde	16	

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların madde kullanım öyküsü varlığı ile kişilik bozukluğu örüntüsü varlığına bakıldığında; alkol ve madde kullanım öyküsü olan 29 kişinin (%63) kaçınan, 12 kişinin (%46.2) bağımlı, 16 kişinin (51.6) obsesif-kompulsif, 12 kişinin (%66.7) pasif agresif, 22 kişinin (%91.7) ketleyici, 4 kişinin (%33.3) narsisistik, 1 kişinin (%100) borderline ve 38 kişinin (%38.8) antisosyal olduğu görülmektedir.

Alkol madde kullanım öyküsü olmayan 17 kişinin (%37) kaçınan, 14 kişinin (%53.8) bağımlı, 15 kişinin (%48.4) obsesif-kompulsif, 6 kişinin (%33.3) pasif agresif, 2 kişinin (%8.3) ketleyici, 10 kişinin (%100) paranoid, 8 kişinin (%66.7) narsisistik ve 60 kişinin (%61.2) ise antisosyal kişilik bozukluğu örüntüsü olduğu görülmektedir. Bulgular Tablo 55’de gösterilmiştir.

Tablo 55: Hükümlü ve Tutukluların Madde Kullanım Öykülerine Göre Kişilik Bozukluklarının Dağılımı

	MADDE BAĞIMLILIĞI			
	VAR		YOK	
	n	%	n	%

SCID-II	Kaçınan	29	63	17	37
	Bağımlı	12	46.2	14	53.8
	Obsesif Kompulsif	16	51.6	15	48.4
	Pasif Agresif	12	66.7	6	33.3
	Ketleyici	22	91.7	2	83
	Paranoid	0	0	10	100
	Narsisistik	4	33.3	8	66.7
	Borderline	1	100	0	0
	Antisosyal	38	38.8	60	61.2

Katılımcıların medeni durumları, eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri ve nüfusa kayıtlı oldukları bölge değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.

Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlıkları ile cezaevine girmeden önce çalışma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.04, p<0.05$). Bulgular Tablo 56’da gösterilmiştir.

Tablo 56: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

	Çalışma Durumu	
	Evet	Hayır
	p	

SCID-I	Yok	0.04
	Majör depresyon, Distimi	
	Mani	
	Panik Bozukluk	
	Obsesif-kompulsif Bozukluk	
	Alkol/Madde Bağımlılığı	

Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlıkları ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.24, p>0.05$). Bulgular Tablo 57’de gösterilmiştir.

Tablo 57: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

		Sigara Kullanımı	
		Var	Yok
		p	
SCID-I	Yok	0.24	
	Majör depresyon, Distimi		
	Mani		
	Panik Bozukluk		

	Obsesif-kompulsif Bozukluk	
	Alkol/Madde Bağımlılığı	

Katılımcıların madde kullanım türleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.

Katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde bağımlılıkları ve kullandıkları madde türü değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulgular Tablo 58’de gösterilmiştir.

Tablo 58: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları, Madde Bağımlılıkları ve Kullandıkları Uyuşturucu Madde Türleri Arasındaki İlişki

		Alkol Kullanım 1		Alkol bağımlılığı		Madde bağımlılığı		Kul. madde türü		
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Esrar	Çoğul	Yok
		p		p		p		p		
SCIDI	Yok									
	Majör depresyon, Distimi									
	Mani									

	Panik Bozukluk	0.00	0.00	0.00	0.00
	Obsesif-kompulsif Bozukluk				
	Alkol/Madde Bağımlılığı				

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$).

Aleksitimik olan katılımcıların 7'sinde (%14.3) hiçbir psikiyatrik rahatsızlık yokken, 63'ünde (%70) majör depresyon ve distimi, 13'ünde (%54.2) panik bozukluk ve 20'sinde (%64.5) obsesif kompulsif bozukluk vardır. Ayrıca; 13 kişide sadece alkol ve madde bağımlılığı bulunmaktadır. Aleksitimik olmayan katılımcıların ise, %85.7'sinde (n=42) hiçbir psikiyatrik rahatsızlık yokken, %30'unda (n=27) majör depresyon ve distimi, %100'ünde (n=19) mani, %45.8'inde (n=11) panik bozukluk ve %35.5'inde (n=11) obsesif-kompulsif bozukluk vardır. Ayrıca; 40 kişide de sadece alkol ve madde bağımlılığı mevcuttur. Bulgular Tablo 59'da gösterilmiştir.

Tablo 59: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Aleksitimi Durumları Arasındaki İlişki

	ALEKSİTİMİ				p
	VAR		YOK		
	n	%	n	%	

SCIDI	Yok	7	14,3	42	85,7	0,00
	Majör depresyon, Distimi	63	70	27	30	
	Mani	0	0	19	100	
	Panik Bozukluk	13	54,2	11	45,8	
	Obsesif-kompulsif Bozukluk	20	64,5	11	35,5	
	Alkol/Madde Bağımlılığı	13	24,5	40	75,5	

Katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 60'da gösterilmiştir.

Tablo 60: Hükümlü ve Tutukluların Psikiyatrik Rahatsızlıkları ile Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki

		Öfke İfade Tarzları			
		Sürekli öfke	Kontrol edilen öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke
		p	p	p	p
SCIDI	Yok	0.00	0.00	0.00	0.00
	Majör depresyon, Distimi				
	Mani				

	Panik Bozukluk				
	Obsesif-kompulsif Bozukluk				
	Alkol/Madde Bağımlılığı				

Katılımcıların medeni durumları, eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri ve nüfusa kayıtlı oldukları bölge değişkenleri ile kişilik bozuklukları değişkeni arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.

Katılımcıların, kişilik bozuklukları ile cezaevine girmeden önce çalışma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.99, p>0.05$). Bulgular Tablo 61’da gösterilmiştir.

Tablo 61: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Çalışma Durumları Arasındaki İlişki

		Çalışma Durumu	
		Evet	Hayır
		p	
SCID-II	Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	0.99	
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu		
	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu		
	Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu		

	Ketleyici Kişilik Bozukluğu	
	Paranoid Kişilik Bozukluğu	
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu	
	Borderline Kişilik Bozukluğu	
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu	

Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlıkları ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.15, p>0.05$). Bulgular Tablo 62’de gösterilmiştir.

Tablo 62: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Sigara Kullanımları Arasındaki İlişki

		Sigara Kullanımı	
		Var	Yok
		p	
SCID-II	Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	0.15	
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu		
	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu		
	Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu		
	Ketleyici Kişilik Bozukluğu		

	Paranoid Kişilik Bozukluğu	
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu	
	Borderline Kişilik Bozukluğu	
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu	

Katılımcıların madde kullanım türleri ve kullandıkları madde türü değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkiye yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.

Katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları ve madde bağımlılıkları değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulgular Tablo 63’de gösterilmiştir.

Tablo 63: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Alkol Kullanımları, Alkol Bağımlılıkları ve Madde Bağımlılıkları Arasındaki İlişki

		Alkol Kullanımı		Alkol bağımlılığı		Madde bağımlılığı	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
		p		p		p	
SCID II	Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	0.01		0.02		0.00	
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu						
	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu						

	Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu			
	Ketleyici Kişilik Bozukluğu			
	Paranoid Kişilik Bozukluğu			
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu			
	Borderline Kişilik Bozukluğu			
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu			

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; kişilik bozuklukları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$).

Aleksitimik olan katılımcıların 150'sinde (%56.4) hiçbir kişilik bozukluğu yokken, 30'unda (%19.6) antisosyal, borderline, narsisistik, pasif agresif ve **ketleyici** kişilik bozukluğu, 86'sında (%83.5) kaçınan, bağımlı ve obesesif-kompulsif kişilik bozukluğu vardır. Aleksitimik olmayan katılımcıların ise, %43.6'sında (n=116) hiçbir kişilik bozukluğu yokken, %100'ünde (n=10)paranoid kişilik bozukluğu, %80.4'ünde (n=123) antisosyal, borderline, narsisistik, pasif agresif ve ketleyici kişilik bozukluğu, %16.5'inde (n=17) kaçınan, bağımlı ve obesesif-kompulsif kişilik bozukluğu vardır. Bulgular Tablo 64'de gösterilmiştir.

Tablo 64: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Aleksitimi Durumları Arasındaki İlişki

		ALEKSİTİMİ				p
		VAR		YOK		
		n	%	n	%	
SCID II	Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	86	83,5	17	16,5	0,00
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu					
	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu					
	Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	30	19,6	123	80,4	
	Ketleyici Kişilik Bozukluğu					
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu					
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu					
Borderline Kişilik Bozukluğu	0	0	10	100		
Paranoid Kişilik Bozukluğu						

Katılımcıların; kişilik bozuklukları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 65’de gösterilmiştir.

Tablo 65: Hükümlü ve Tutukluların Kişilik Bozuklukları ile Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki

		Öfke İfade Tarzları			
		Sürekli öfke	Kontrol edilen öfke	İçe atılan öfke	Dışa vurulan öfke
		p	p	p	p
SCID II	Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	0.00	0.00	0.00	0.00
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu				
	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu				
	Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu				
	Ketleyici Kişilik Bozukluğu				
	Paranoid Kişilik Bozukluğu				
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu				
	Borderline Kişilik Bozukluğu				
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu				

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

Madde kullanım öyküsü olan mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür bulgularıyla tartışılmıştır.

Araştırmamızın sosyodemografik bilgileri ile madde kullanım öyküleri karşılaştırılmış ve elde edilen bulgular literatür bulgularıyla tartışılmıştır.

Katılımcıların; madde kullanım öyküleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Evli olanlarda madde bağımlılığı oranı az iken, bekarlarda madde bağımlılığı görülme oranı daha fazladır. Boşanmış ya da ayrı yaşamının bağımlılık oranını çok etkilemediği görülmektedir. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (53).

Nüfusa kayıtlı oldukları bölge ile madde kullanım öyküleri arasında fark olup olmadığı yeterli gözlem sayısı olmadığından test edilememiştir. Bu konuda literatürde karşılaştırma yapılabilecek çalışmalar bulunmamaktadır.

Katılımcıların çalışma durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Cezaevine girmeden önce çalışmış olan kişilerde madde bağımlılığı oranı az iken, hiç çalışmamış kişilerde madde bağımlılığı oranı fazladır. Bulgumuz literatürü destekler nitelik taşımaktadır (53,67).

Araştırmamızda; gelir durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.65$, $p>0.05$). Literatürde; kişinin ekonomik durumu ile madde kullanımı arasında ilişki olmadığı, ancak ekonomik düzeyin kişinin madde tercihini etkilediği belirtilmiştir. Bu bulgu bizim araştırmamıza paralellik göstermektedir (67).

Madde kullanım öyküleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında da aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.89$, $p>0.05$). Literatür bilgileri ile bu bulgu da birbirini desteklemektedir (53).

Araştırmamızda; kişilerin aleksitimik olup olmamaları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Fark yorumlanacak olursa; madde kullanım örüntüsüne sahip kişilerde aleksitimi oranı fazla iken , madde kullanım örüntüsüne sahip olmayanlarda aleksitimi oranı oldukça düşüktür. Literatürdeki mevcut çalışmalar ve bizim çalışmamız göstermektedir ki, madde kullanım öyküsüne sahip kişilerin duygularını

ifade etme becerisinde açıkça sağlıklı bireylere göre eksiklik vardır (42).Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda alkol bağımlılarının duygu tanıma becerisindeki eksikliğin bağımlılık boyutları ile ilişkili olduğu varsayımı doğrulanmaktadır.

Katılımcıların öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri karşılaştırıldığında; sürekli öfke ve dışa vurulan öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). İçe atılan öfke ifade tarzı ile madde kullanım öyküsü arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.21, p>0.05$). Yani; madde kullanım öyküsüne sahip kişilerin öfkelerini dışa yönelttikleri ya da sürekli öfkeye sahip oldukları şeklinde yorum yapılabilir. Literatürde de yapılan birçok araştırmada madde kullanım örüntüsüne sahip olan kişilerin öfkelerini içe atma ya da kontrol etme davranışı göstermediklerine dair ortak bulgu bizim araştırmamızın bulgularını desteklemektedir (69).

Katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile sosyodemografik özellikleri tek tek analizlerle incelendiğinde; sosyodemografik özelliklerden olan medeni durum, eğitim seviyeleri, nüfusa kayıtlı olunan bölge, çalışma durumları ve gelir seviyeleri değişkenlerinden her biri ile aleksitimik olup olmama değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde bu konulara ışık tutacak bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ayrıca katılımcıların öfke ifade tarzları ile sosyodemografik özellikleri tek tek analizlerle incelendiğinde; sosyodemografik özelliklerden olan medeni durum, eğitim seviyeleri, nüfusa kayıtlı olunan bölge, çalışma durumları ve gelir seviyeleri değişkenlerinden her biri ile öfke ifade tarzlarından olan sürekli öfke, kontrol edilen öfke, içe atılan öfke ve dışa yansıtılan öfke değişkenlerinden herbiri ile çapraz eşleme yapıp analiz edildiğinde; aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde bu konulara ışık tutacak birçok çalışma mevcuttur. Literatür detaylı incelendiğinde genel olarak bizim bulgularımız ile literatür bulgularının paralellik göstermediği görülmektedir (68).

Aleksitimi ve öfke ifade tarzları ile ilgili yapılmış çeşitli çalışmalarda; aleksitimik bireylerin öfkelerini içe yönelttiği ya da kontrol ettiği, aleksitimik olmayan bireylerin ise öfkelerini dışa yönelttiği ya da sürekli öfkeye sahip oldukları görülmektedir. Madde kullanım öyküsüne sahip kişilere dair yapılan aleksitimi ve öfke çalışmalarında ise; madde öyküsü olan aleksitimik bireylerde içe yöneltilen öfkenin, madde kullanım öyküsü olmayan ve aleksitimik olmayan bireylerde ise dışa yansıtılan öfkenin çoğunlukla görüldüğü belirtilmektedir (77). Bizim araştırmamızda madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım

öyküsü olanlarda aleksitimik olmaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, aleksitimik olmaları ile içe atılan öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02, p<0.05$). Madde kullanım öyküsü olmayanlarda aleksitimik olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00, p<0.05$). Dolayısıyla araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgular literatürü destekler niteliktedir (16).

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$). Ek olarak, katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak bu bulguları literatür bulgularıyla karşılaştırmak pek mümkün değildir. Çünkü bugüne dair aleksitimi ve öfke ile ilgili yapılan araştırmalar psikiyatrik rahatsızlıkların geneline dair değil, spesifik rahatsızlıkların aleksitimi ve öfke ile ilişkisine dair yapılmıştır. Ayrıca; yapılan araştırmalar cezaevi örneklemini değil genelde ergen ya da sağlıklı meslek grupları örneklemelerini kapsamaktadır.

Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlıkları ve kişilik bozuklukları ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde de bu konuya dair yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Hükümlü ve tutuklularda sigara kullanımının oldukça yüksek olması, katılımcıları erkek olması ve stresli cezaevi ortamında stresle başa çıkmada sıkça sigaraya başvurmaları ile açıklanabilir.

Araştırmamızda; katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde bağımlılıkları ve kullandıkları madde türü değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar ile kişilik bozuklukları değişkenleri arasındaki ilişkiye tek tek bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Literatürde de psikiyatrik rahatsızlıklara ve kişilik bozukluklarına dair yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım örüntüsünün psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozuklukları ile ilişkisini gösterecek bulgular mevcuttur (78). Literatür bulguları ile araştırmamızın bulguları paralellik gösterir niteliktedir.

Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; kişilik bozuklukları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$). Ek olarak, katılımcıların; kişilik bozuklukları ile sürekli, kontrol edilen, içe

atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile kişilik bozuklukları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak bu bulguları literatür bulgularıyla karşılaştırmak pek mümkün değildir. Çünkü bugüne dair aleksitimi ve öfke ile ilgili yapılan araştırmalar psikiyatrik rahatsızlıkların geneline dair değil, spesifik rahatsızlıkların aleksitimi ve öfke ile ilişkisine dair yapılmıştır. Ayrıca; yapılan araştırmalar cezaevi örneklemi değil genelde ergen ya da sağlıklı meslek grupları örneklemelerini kapsamaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıklarının olduğunu belirtmek gerekmektedir.

Çalışma; Adalet Bakanlığı İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kalan, adli suçtan hüküm giyen ya da yargılanan ve madde kullanım öykülerine göre onayları alınan erkek hükümlü ve tutuklar ile sınırlıdır. Adli suç dışındaki suçlardan hüküm giyen ya da yargılanan hükümlü ve tutuklular çalışmamızın dışında kalmıştır. Bu durum çalışmanın kısıtlılıklarından ilkidir.

Bilindiği üzere tüm toplumlarda kadın suçlular erkek suçlulara oranla daha az sayıdadır. Bu çalışmaya da alınan izin kapsamında sadece erkek hükümlü ve tutuklular dahil edilmiştir. Kadın hükümlü ve tutukluların da dahil edilmesi hedeflenmelidir.

Araştırmanın örnekleminin görece küçük olması çalışmanın kısıtlılıklarından biridir.

Bir diğer kısıtlılık; ölçeklerdeki soru sayısının görece fazla olması, dolayısıyla bu durumun katılımcıların dikkatini dağıtıcı ve motivasyonlarını azaltıcı bir faktör olarak gözlemlenmiş olmasıdır. Bu durum bazı katılımcılardan sağlıklı bilgiler alınamamış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin çoğunluğu, öz bildirim ölçekleri olmaları nedeniyle katılımcıların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Dolayısıyla; kişinin kendini savunma ve kendini iyi gösterme gibi bir yaklaşım içinde bulunmasına yol açmıştır. Bu durum çalışmanın diğer kısıtlılıklarından biridir.

Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması, soruları doğru bir şekilde okuyup anlayamamaları nedeniyle cevapları etkilemektedir. Ayrıca; örneklemin eğitim düzeyi bakımından uygun dağılım göstermemiş olması yani cezaevi örneklemin olduğundan büyük

çoğunluğun ilköğretim mezunu olması eğitim değişkeninin etkisinin güvenilir ve ayrıntılı biçimde görülmesini kısıtlamıştır.

Çalışmaya alınan hükümlü ve tutuklular bir psikiyatrist tarafından muayene edilmemişlerdir ve bir klinik tanı konulmamıştır. Bu durum da çalışmanın kısıtlılığı olarak göze çarpmaktadır.

Diğer taraftan hükümlü ve tutuklularda birçok bedensel belirti cezaevi koşullarından dolayı beklenen bir durumdur. Bu belirtiler depresyon ve kaygı ile ilişkili bedensel belirtilerle karışabilmektedir. Değerlendirme sırasında hükümlü ve tutukluların bunların ayrımını iyi bir şekilde tanımlayamayacak içgörüde olması diğer bir kısıtlılıktır.

Çalışmamızla ilgili toplumsal temsil değeri olan verilere ulaşmak için daha fazla ileriye yönelik çalışmaya ihtiyaç vardır.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışma kapsamına alınan hükümlü ve tutukluların yaş ortalaması, 34 ± 10.16 'dır.
2. Yaş aralıkları 18-73 arasında değişen katılımcıların %60'ı (n=161) 18-35 yaş aralığındadır. Katılımcıların çoğunluğunun bu aralıkta olması araştırmanın genç bir nüfus ile yürütüldüğünü göstermektedir.
3. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; 126 kişi (%47.4) evli, 112 kişi (%42.1) bekar ve 28 kişi (%10.5) de boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır.
4. Çalışmaya alınan hükümlü ve tutukluların 158 kişinin (%59.4) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.
5. Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, cezaevine girmeden önce çalışmış olan hükümlü ve tutukluların oranı %71.1 (n=189), cezaevine girmeden önce hiç çalışmamış olanların oranı ise %28.9 (n=77) dur.
6. Çalışan hükümlü ve tutukluların aylık gelir düzeylerine bakıldığında; 600 TL ve altında geliri olanların oranı %41.4 (n=110) dür. Katılımcıların gelir seviyelerinin düşük olduğu görülmektedir.
7. Nüfusa kayıtlı oldukları bölgeler incelendiğinde; 27 kişinin (%10.2) Karadeniz, 35 kişni (%13.2) Marmara, 110 kişinin (%41.4) Ege, 22 kişinin (%8.3) Akdeniz, 48 kişinin (%18) Güneydoğu Anadolu ve 24 kişinin ise (%9) Doğu Anadolu Bölgesi'nde nüfusa kayıtlı oldukları görülmektedir.
8. Katılımcıların sigara, alkol- uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımlarına ve alkol- uyuşturucu/uyarıcı madde kötüye kullanım düzeylerine genel olarak bakıldığında; 197 kişi (%74.1) sigara kullanmakta, 69 kişi (%25.9) ise sigara kullanmamaktadır. Katılımcılardan 123 kişinin (%46.2) alkol kullanımı olmuşken, 143 kişinin (%53.8) hiç alkol kullanımı olmamıştır. Ayrıca; 134 kişinin (%50.4) uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı olmuşken, 132 kişinin ise (%49.6) hiç uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı olmamıştır.
9. Çalışmaya katılanların bağımlılık durumları incelendiğinde; 99 kişide (%37.2) alkol bağımlılığı mevcutken, 167 kişide (%62.8) alkol bağımlılığı saptanmamıştır. 134 kişi (%50.4) uyuşturucu/uyarıcı madde bağımlısı iken, 132 kişi (%49.6) uyuşturucu/uyarıcı madde bağımlısı değildir.

10. Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmış olan katılımcıların kullandıkları uyuşturucu/uyarıcı madde türüne bakıldığında; 87 kişinin (%32.7) esrar, 47 kişinin (%17.7) ise hem esrar hem de diğer uyuşturucu/uyarıcı maddeleri birlikte kullandığı saptanmıştır.
11. Katılımcılardan 116 kişinin (%43.6) aleksitimik özellikler taşıdığı, 150 kişinin ise (%56.4) aleksitimik özellikler taşımadığı görülmektedir.
12. Öfke ifade tarzları açısından katılımcılar incelendiğinde; x kişinin (%x) sürekli öfke, x kişinin (%x) içe atılan öfke, x kişinin (%x) dışa vurulan öfke ve x kişinin ise (%x) kontrol edilen öfke ifade tarzlarına sahip olduğu bulunmuştur.
13. Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıklarına bakıldığında; 29 kişide (%10.9) majör depresyon, 19 kişide (%7.1) mani, 9 kişide (%3.4) distimik bozukluk, 11 kişide (%4.1) panik bozukluk ve 15 kişide (%5.6) obsesif-kompulsif bozukluk vardır.
14. Kişilik bozuklukları açısından katılımcılar incelendiklerinde, 46 kişide (%17.3) kaçınan, 26 kişide (%9.8) bağımlı, 31 kişide (%11.7) obsesif-kompulsif, 18 kişide (%6.8) pasif agresif, 24 kişide (%9) ketleyici, 10 kişide (%3.8) paranoid, 12 kişide (%4.5) narsistik, 1 kişide (%0.4) borderline ve 98 kişide (%36.8) antisosyal kişilik bozukluğu mevcuttur.
15. Çalışmaya katılan hükümlü ve tutukluların Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeğinden (Türkçe TAÖ-20) aldıkları toplam puan ortalaması $52,30 \pm 14,93$ dür.
16. Hükümlü ve tutukluların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması; $77,82 \pm 16,33$ dür. Alt ölçeklere bakıldığında; birinci alt ölçek olan sürekli öfke alt ölçeği puan ortalaması $2,25 \pm 1,18$, ikinci alt ölçek olan içe atılan öfke alt ölçeği puan ortalaması $1,41 \pm 1,18$, üçüncü alt ölçek olan dışa vurulan öfke alt ölçeği puan ortalaması $2,14 \pm 1,11$ ve dördüncü alt ölçek olan kontrol edilen öfke alt ölçeği puan ortalaması ise $2,58 \pm 0,91$ olarak bulunmuştur.
17. Katılımcıların; madde kullanım öyküleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Evli olanlarda uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı oranı az iken, bekarlarda uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı görülme oranı daha fazladır. Boşanmış ya da ayrı yaşamının bağımlılık oranını çok etkilemediği görülmektedir.
18. Madde kullanım öyküleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.89$, $p>0.05$).
19. Katılımcıların nüfusa kayıtlı oldukları bölge ile madde kullanım öyküleri arasında fark olup olmadığı yeterli gözlem sayısı olmadığından test edilememiştir.

20. Çalışma durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Cezaevine girmeden önce çalışmış olan katılımcılarda uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı oranının az, hiç çalışmamış katılımcılarda uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı oranının fazla olduğu saptanmıştır.
21. Katılımcıların gelir durumları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.65$, $p>0.05$).
22. Sigara kullanımları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.06$, $p>0.05$). Ancak; yüzdelik oranlara bakılarak yorumlandığında, madde kullanım öyküsü olan katılımcılarda sigara kullanımı daha fazla iken, madde kullanım öyküsü olmayan katılımcılarda sigara kullanımı daha azdır.
23. Katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Madde kullanım öyküsüne sahip olan katılımcıların madde kullanımı öyküsüne sahip olmayan katılımcılara oranla daha aleksitimik oldukları saptanmıştır.
24. Öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri karşılaştırıldığında; katılımcıların sürekli öfke, kontrol edilen öfke ve dışa vurulan öfke ifade tarzları ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). İçe atılan öfke ifade tarzı ile madde kullanım öyküsü arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.21$, $p>0.05$).
25. Katılımcıların aleksitimik olup olmamaları ile sosyodemografik özellikleri tek tek analizlerle incelendiğinde; sosyodemografik özelliklerden olan medeni durum, eğitim seviyeleri, nüfusa kayıtlı olunan bölge, çalışma durumları ve gelir seviyeleri değişkenlerinden her biri ile aleksitimik olup olmama değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
26. Aleksitimik olup olmamalarının; katılımcıların sigara kullanımı, alkol kullanımı, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı, alkol bağımlılığı ve uyuşturucu/uyarıcı madde bağımlılığı değişkenlerinden her biri ile aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000$, $p<0.05$). Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve uyuşturucu/uyarıcı madde bağımlılığının aleksitimik olma ile ilişkili olduğu saptanmıştır.
27. Araştırmaya katılan kişilerin; madde kullanım türleri ve kullandıkları madde türleri ile aleksitimik olup olmamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$). Sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı maddelerin üçünü de kullanma ve

uyuşturucu/uyarıcı maddelerden de esrar kullanmanın aleksitimik olma ile ilişkili olduğu görülmüştür.

28. Katılımcıların öfke ifade tarzları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; sürekli, dışa vurulan, içe atılan ve kontrol edilen öfke ifade tarzlarından her biri ile aleksitimik olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$).
29. Ayrıca katılımcıların öfke ifade tarzları ile sosyodemografik özellikleri tek tek analizlerle incelendiğinde; sosyodemografik özelliklerden olan medeni durum, eğitim seviyeleri, nüfusa kayıtlı olunan bölge, çalışma durumları ve gelir seviyeleri değişkenlerinden her biri ile öfke ifade tarzlarından olan sürekli öfke, kontrol edilen öfke, içe atılan öfke ve dışa yansıtılan öfke değişkenlerinden her biri ile çapraz eşleme yapıp analiz edildiğinde; aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
30. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; madde kullanım öyküsü olanlarda aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, aleksitimik olup olmamaları ile içe atılan öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.02$, $p<0.05$). Madde kullanım öyküsü olmayanlarda ise aleksitimik olup olmamaları ile öfke ifade tarzları olan sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.00$, $p<0.05$).
31. Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıklarına bakıldığında; %10.9'unun ($n=29$), majör depresyon, %7.1'inin ($n=19$) mani, %3.4'ünün ($n=9$) distimi, %4.1'inin ($n=11$) panik bozukluk, %5.6'sının ($n=15$) obsesif-kompulsif bozukluk hastalıklarına sahip olduğu görülmektedir.
32. Alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı hem de alkol ve madde bağımlılığı ile psikiyatrik rahatsızlığa sahip olan katılımcılar da mevcuttur. 33 kişi (%12.4) majör depresif ve alkol-madde bağımlısı, 12 kişi (%4.5) distimik ve madde bağımlısı, 7 kişi (%2.6) distimik ve alkol-madde bağımlısı, 2 kişi (%0.8) panik bozukluğa sahip ve madde bağımlısı, 11 kişi (%4.1) panik bozukluğa sahip ve alkol-madde bağımlısı, 1 kişi (%0.4) obsesif-kompulsif bozukluğa sahip ve madde bağımlısı, 15 kişi (%5.6) obsesif-kompulsif bozukluğa sahip ve alkol-madde bağımlısıdır. 20 kişi (%7.5) ise sadece madde bağımlısı ve 33 kişi (%12.4) de alkol ve madde bağımlısıdır.
33. Hem madde kullanım öyküsü olmayan hem de psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ise 49 kişi (%18.4)dir.

34. Araştırmaya katılan katılımcıların kişilik örüntülerine bakıldığında; %17.3'ünün (n=46) kaçınan, %9.8'inin (n=26) bağımlı, %11.7'sinin (n=31) obsesif-kompulsif, %6.8'inin (n=18) pasif agresif, %9'unun (n=24) ketleyici, %3.8'inin (n=10) paranoid, %4.5'inin (n=12) narsisistik, %0.4'ünün (n=1) borderline ve %36.8'inin (n=98) antisosyal kişilik bozukluğu örüntüsüne sahip olduğu görülmektedir.
35. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların madde kullanım öyküsü varlığı ile psikiyatrik rahatsızlıkları varlığına bakıldığında; alkol ve madde kullanım öyküsü olan 33 kişinin majör depresyon, 19 kişinin distimi, 13 kişinin panik bozukluk ve 16 kişinin ise obsesif-kompulsif bozukluk hastalığına sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca; alkol ve madde kullanım öyküsü olmayan katılımcılarda ise 29 kişinin majör depresyon, 19 kişinin mani, 9 kişinin distimi, 11 kişinin panik bozukluk ve 15 kişinin ise obsesif-kompulsif bozukluk hastası olduğu görülmektedir.
36. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların madde kullanım öyküsü varlığı ile kişilik bozukluğu örüntüsü varlığına bakıldığında; alkol ve madde kullanım öyküsü olan 29 kişinin (%63) kaçınan, 12 kişinin (%46.2) bağımlı, 16 kişinin (51.6) obsesif-kompulsif, 12 kişinin (%66.7) pasif agresif, 22 kişinin (%91.7) ketleyici, 4 kişinin (%33.3) narsisistik, 1 kişinin (%100) borderline ve 38 kişinin (%38.8) antisosyal olduğu görülmektedir. Ayrıca; alkol madde kullanım öyküsü olmayan 17 kişinin (%37) kaçınan, 14 kişinin (%53.8) bağımlı, 15 kişinin (%48.4) obsesif-kompulsif, 6 kişinin (%33.3) pasif agresif, 2 kişinin (%8.3) ketleyici, 10 kişinin (%100) paranoid, 8 kişinin (%66.7) narsisistik ve 60 kişinin (%61.2) ise antisosyal kişilik bozukluğu örüntüsü olduğu görülmektedir.
37. Katılımcıların medeni durumları, eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri ve nüfusa kayıtlı oldukları bölge değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.
38. Katılımcıların, psikiyatrik rahatsızlıkları ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.24, p>0.05$).
39. Katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları, madde bağımlılıkları ve kullandıkları madde türü değişkenleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
40. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$).

41. Aleksitimik olan katılımcıların 7'sinde (%14.3) hiçbir psikiyatrik rahatsızlık yokken, 63'ünde (%70) majör depresyon ve distimi, 13'ünde (%54.2) panik bozukluk ve 20'sinde (%64.5) obsesif kompulsif bozukluk vardır. Ayrıca; 13 kişide sadece alkol ve madde bağımlılığı bulunmaktadır.
42. Aleksitimik olmayan katılımcıların ise, %85.7'sinde (n=42) hiçbir psikiyatrik rahatsızlık yokken, %30'unda (n=27) majör depresyon ve distimi, %100'ünde (n=19) mani, %45.8'inde (n=11) panik bozukluk ve %35.5'inde (n=11) obsesif-kompulsif bozukluk vardır. Ayrıca; 40 kişide de sadece alkol ve madde bağımlılığı mevcuttur.
43. Katılımcıların; psikiyatrik rahatsızlıkları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
44. Katılımcıların medeni durumları, eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri ve nüfusa kayıtlı oldukları bölge değişkenleri ile kişilik bozuklukları değişkeni arasındaki ilişkilere yeterli gözlem sayısı olmadığı için uygun analiz yöntemi uygulanamamış ve bakılamamıştır.
45. Katılımcıların, kişilik bozuklukları ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.15, p>0.05$).
46. Katılımcıların alkol kullanımları, alkol bağımlılıkları ve madde bağımlılıkları değişkenleri ile kişilik bozuklukları değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur.
47. Madde kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcıların; kişilik bozuklukları ile aleksitimik olup olmamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.00, p<0.05$).
48. Aleksitimik olan katılımcıların 150'sinde (%56.4) hiçbir kişilik bozukluğu yokken, 30'unda (%19.6) antisosyal, borderline, narsisistik, pasif agresif ve ketleyici kişilik bozukluğu, 86'sında (%83.5) kaçınan, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu vardır.
49. Aleksitimik olmayan katılımcıların ise, %43.6'sında (n=116) hiçbir kişilik bozukluğu yokken, %100'ünde (n=10)paranoid kişilik bozukluğu, %80.4'ünde (n=123) antisosyal, borderline, narsisistik, pasif agresif ve ketleyici kişilik bozukluğu, %16.5'inde (n=17) kaçınan, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu vardır.
50. Katılımcıların; kişilik bozuklukları ile sürekli, kontrol edilen, içe atılan ve dışa vurulan öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde her bir öfke ifade tarzı ile kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1. Yapılacak olan araştırmalarda, mümkünse araştırmanın kendisinin araştırmaya katılan kişilere araştırmanın amacını anlatması, araştırma kapsamındaki ölçekler hakkında detaylı bilgi vermesi ve özellikle gizlilik konusunda güven vermesi önerilmektedir. Araştırmanın kendisinin kişilere doğrudan bu açıklamaları yapamadığı takdirde ise form ve ölçekleri uygulayacak kişilerle yüz yüze görüşmesi ve uygulamayı yapacak kişileri araştırmanın amacı, ölçeklerin doldurulması gibi konularda bilgilendirilmesinin araştırmalarda daha güven verici olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın niteliği ve amacı gibi konularda bilgi sahibi olan kişilerin sorulara cevap vermede daha az çekimser kalacağı göz önünde bulundurulduğunda bu anlamda araştırma yapan kişilerin Etik Kurallar ve iletişim konularında yeterli bilgiye sahip olmalarının çok önemli olduğu düşünülmektedir.
2. Çalışmamız, İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda adli suçtan cezasını infaz etmekte olan 200 H/T erkek ile sınırlı kalmıştır. Değişkenler arasında daha fazla ilişkiye dair sonuçlar elde etmek için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Suçlu profili açısından daha geniş popülasyonlarla çalışmalar yapılması önerilmektedir.
3. Sadece İzmir ilinde bulunan tek bir ceza infaz kurumunda bulunan erkek örnekleminde bu araştırma yapıldığı için, bu çalışmanın bulgularının genellenmesi mümkün olmamaktadır. İzmir ilinde bulunan tüm ceza infaz kurumlarında bu araştırmanın yapılması, genelleme yapılabilmesini daha mümkün kılacaktır.
4. Araştırmanın farklı değişkenlerle, değişik ceza infaz kurumlarında ve daha yüksek sayıda örneklem grubu ile tekrarlanmasında yarar vardır. Hükümlülerin topluma kazandırılmalarında bu gruplar üzerinde yapılacak tarama çalışmalarına daha fazla yer verilmesi önemli görünmektedir.
5. Katılımcıların sadece erkekler olması araştırma sonuçlarını cinsiyet açısından sınırlamaktadır. Kadınların da dahil olduğu bir örnekleme araştırma yapılarak cinsiyet etkisi sınanabilir.
6. Özellikle her iki cinsiyetten geniş katılımcı sayıları ile farklı nöropsikolojik testler kullanılarak ve aile bireylerindeki ruhsal hastalıklarında incelendiği ileri çalışmalar bu alanda daha ileri verilere ulaşmamızı sağlayacaktır.
7. Bu araştırmada katılımcıların sadece cezaevi popülasyonundan seçilmesi bilgiyi önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Bu nedenle madde kullanım öyküsüne sahip ancak

cezaevi sürecine dahil olmamış kişilere ulaşılarak yapılan araştırmaların gerekliliği vardır.

8. İlerleyen dönemlerde yapılması planlanan çalışmalarda araştırmamızın aksine nitel araştırmaların yapılması madde kullanan hükümlülerle çalışılmak istenen konuda daha ayrıntılı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.
9. Katılımcıların kendilerini olduğu gibi ifade edip etmemesinin araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle katılımcıların cezaevinde olmasın, kendilerini olduğundan daha iyi göstermek istemelerine neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Cezaevi popülasyonu ile yapılacak araştırmalarda hükümlülerin dosyalarının da incelenmesi özellikle sosyodemografik bulguların dosya ile doğrulanması daha güvenilir bilgilere ulaşmak açısından önemli olacaktır. Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olması, soruları algılamalarını ve cevaplamalarını etkileyebilir.
10. Ceza infaz kurumlarında bilimsel çalışmaların artırılmasına ve bu yönde müdahale programlarının geliştirilmesi ile mahpusların rehabilitasyon çalışmalarının daha sistematik hale getirilmesine ihtiyaç vardır.
11. Suç işleme nedeni ne olursa olsun bireylerin ceza infaz kurumuna girmelerinin ardından kendilerine verilecek hizmetler ile topluma yeniden kazandırılmaları gerekliliği söz konusudur. Topluma yeniden kazandırma sürecinde ister ceza infaz kurumuna girmeden ruhsal bozukluğu olsun, ister ceza infaz kurumuna girdikten sonra ortaya çıkan uyum sorunları ve ruhsal rahatsızlıkları olsun yapılan değerlendirmelerin ardından bireye özel müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir.
12. Ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanımı olan bireylerin kurum koşullarında yaşayabilecekleri zorlukların dikkate alınmasının yanı sıra, yeniden suç işleme olasılıklarının yüksek olduğunun, kendilerine ve başkalarına yeniden zarar verme riskinin varlığının atlanmaması gerekmektedir. Bu nedenle ülkemizdeki ceza infaz kurumlarında yeniden zarar verme risklerine yönelik olarak araştırmalar yapılmalı, yurt dışında geliştirilen politikalar takip edilerek ülkemiz için en uygun ölçme araçları ve müdahale çalışmaları geliştirilmelidir.
13. Kurum uzmanlarının bireysel görüşme tekniklerini geliştirmeleri için, eğitimlere dahil edilmelerinin, bu yönde üniversitelerden, çeşitli sivil toplum kuruluşlarından ve ilgili derneklerden destek alınmasının ceza infaz sisteminin sağlıklı işlemesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

14. Ceza İnfaz Kurumlarında yürütülen hükümlülere yönelik öfke kontrol programlarının sıklığının artırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.
15. Öfkenin saldırganlık boyutuna taşınmadan önce hükümlülerdeki enerji fazlalığının mesleki kurslar, hobi atölyelerinde vakit geçirmek, resim ve tiyatro kursları, sportif ve sosyal faaliyetlere katılmak gibi olumlu yönleri kanalizasyonu yararlı olabilir.
16. Madde bağımlılığı sorunu olan mahpusların ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirmeleri yapılmalı, sağlık kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları ile çalışmalar yoğunlaştırılmalı, tedavi sürecinde de bu kişiler izlenmelidir.
17. Madde kullanan bireylerin çoğu ceza adalet sistemine dahil olmaktadır. Bu nedenle tüm çalışmaların Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Kanunu, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.
18. Madde kullanımı nedeniyle suç işleyen bireylerin, madde kullanımı ve buna eşlik eden diğer olumsuz davranışlarının ortadan kaldırılması için, maddeden zorunlu olarak uzak kaldıkları ceza infaz kurumunda gerekli uygun yöntemler geliştirilerek uygulanması ve bu yolla ceza infaz kurumundan çıktıktan sonra madde kullanımının nüksetmesini önlemeye çalışmak yerinde olacaktır.
19. Madde kullanımının cezaevinde uygulanan eğitim ve rehabilitasyon programlarında yer almasının olumlu sonuçlar getireceği düşünülmektedir. Bu durumun hem cezaevi sürecini kolaylaştıracağı hem de tahliye sonrasında topluma yeniden uyum sağlamada katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
20. Ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanan tüm bireylerin aynı müdahale programına alınması değil benzer psikolojik belirtiler taşıyan, benzer özellikteki bireylerin bireysel ve grup çalışmalarına alınmalarının daha faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
21. Uyuşturucu madde kullananlara ve risk grubunda yer alan kişilere psikoeğitimsel projelerin uygulanmasının uygun olduğu düşünülmektedir.
22. Uyuşturucunun yol açtığı fizyolojik ve psikolojik riskler ile olumsuzluklar konusunda önleyici ve bilgilendirici çalışmaların yapılması gereklidir.
23. Cezaevinde olan ve madde kullanım öyküsüne sahip H/T'ın genelde düzenli işlerinin olmadığı, cezaevine girmeden önce hiçbir işte çalışmamış oldukları ve aylık gelirlerinin çok düşük olduğu görülmüştür. Kişilerin meslek sahibi olabilmeleri adına ve düzenli bir işle meşgul olabilmeleri adına çalışmalar yapılması önerilmektedir.

24. Literatürün aksine aralarında ilişki bulunmayan değişkenler olmuştur. Bu sonucun nedeni olarak mahpusların aldığı eğitimler olduğu düşünülmektedir. Bu noktada mahpusların çeşitli eğitimlere ve grup çalışmalarına dahil edilmesi daha az konformist davranmalarına, kendilik algılarının güçlenmesi ve dolayısıyla özgüvenlerinin artmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.
25. Aleksitimi gibi ifade etme güçlüğü ile karakterize olan bir değişkene dair geçerli ve güvenilir bir değerlendirme yapılamamış olması olasıdır. Kuşkusuz bu durum, aleksitimik özelliklerin kendini bildirim türü ölçekler ile belirlenmeye çalışıldığı tüm çalışmalar için geçerlidir. Ancak, bu değişkenlerin hepsinin değerlendirilebileceği farklı çalışmalar, gözlem ve görüşme teknikleri mevcuttur. İlerideki araştırmaların bu tekniklerle desteklenmesi ve daha güçlü bir hale getirilmesi önerilebilir.
26. Duyguları tanıma ve ayırt etme yetisi yani aleksitimi ile ilgili yapılacak araştırmalarda yaş, eğitim süresi ve bağımlılık önemli değişkenler olarak dikkate alınmalıdır.
27. Duygu ifadelerini doğru anlayabilmek ve kendi duygularını doğru şekilde tanıyıp ifade edebilmek kişiler arası ilişkiler, sosyal etkileşim ve gündelik işlevsellik adına önemlidir. Kişilerin toplum içinde sağlıklı şekilde yer alabilmeleri için duygu tanıma ve ayırt etme becerisindeki eksiklik saptanmalı ve bu eksikliğin bağımlılık üzerine olumsuz etkilerinin araştırılması gerektiği düşünülmektedir.
28. Yapılan araştırmada aleksitiminin madde kullanımı ve diğer psikolojik belirtilerle ilişkili bulunması dikkate alınacak olursa, bu konuda yapılacak araştırmaların önem taşıdığı görülmektedir.
29. Ülkemizde aleksitimi ile yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte bu konudaki araştırmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.
30. Yapılacak çalışmaların bizim araştırdığımız konuların derinlemesine anlaşılmasında büyük katkılar sağlayacağı açıktır. Ayrıca gelecek çalışmaların çok boyutlu olarak gerçekleştirilmesi, aleksitimi, öfke, bağımlılık ve psikiyatrik rahatsızlıklar gibi özelliklerin hastaların geri bildirimleri, kendilerini izleme, gözlemsel çalışmalar, klinisyen değerlendirmeleri ve laboratuvar koşullarında yapılacak fizyolojik ve davranışsal ölçümlerle değerlendirilmesi daha uygundur.
31. Suçun insan psikolojisi ile ilişkili olduğunun bilinmesine rağmen psikiyatri alanında yeterince araştırılmamış, özellikle de ülkemizde konuya dair kaynakların azlığı dikkat çekici olup suç işlemiş bireylerde anne ve baba tutumu neredeyse hiçbir kaynak ile doğrudan araştırılamamıştır. Bu sebeple sosyodemografik karakteristik özellikleri ile suçlu psikiyatri hastaları üzerine çalışmaların çoğaltılması önem taşımaktadır.

32. Türkiye’de adli alandaki bir takım yetersizlikler araştırma yapmayı zorlaştırsa da ileride yapılacak suç, madde kullanımı ve öfke ile ilgili araştırmalarda olabildiğince farklı kaynaklardan bilgi toplanması önerilmektedir.
33. Ceza infaz sistemi içinde olan mahpusların depresyon düzeyleri normal popülasyona oranla daha fazladır. Ceza infaz kurumunda olmak depresyon için risk olarak görülmektedir. Sosyal anlamda dezavantajda olma ya da bazı spesifik olaylar mahkumları depresyona hazırlıyor ve hapsedilmiş olmanın verdiği stres ile bu semptomlar şiddetleniyor olabilir. Bu nedenle ceza infaz kurumlarında eğitim, bireysel ve grup çalışmalarının sistemli olarak sürdürülmesi ve belli bir standart sistemi içinde yapılması gerekmektedir.
34. Çalışmamızın sonucunda, konuyla ilgili pek çok çalışmada da görüldüğü üzere, cezaevindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı genel nüfusa oranla anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ülkemizde cezaevi koşullarında kişilerin gerek tedavi gerekse rehabilitasyonunda psikiyatristlerin çok sınırlı düzeyde yer almış olmaları, konuyla ilgili çalışma sayısının son derece düşük oluşu bu konuda yeterli birikimin oluşmasını önlemiştir. Cezaevlerinde görülen psikiyatrik bozuklukların özelliklerini, ortaya çıkma nedenlerini inceleyen ve bunlarla bağlantılı olarak geliştirilebilecek terapötik yaklaşımlarını araştıran daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.
35. Depresyon ya da anksiyete ile ilişkili bir durum olup olmadığının anlaşılması için aynı popülasyonda yapılacak ve aleksitimi ile birlikte depresyon ve anksiyetede ki değişiklikleri de tespit edecek izleme çalışmaları önerilebilir.
36. Psikiyatrik bozukluklar ve suç arasındaki ilişkinin çok faktörlü olduğu göz önüne alındığında, daha fazla sayıdan oluşan örneklem gruplarıyla, kişilik özellikleri ya da bozukluklarının da dikkate alındığı karşılaştırılmalı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.
37. Ruhsal hastalık çeken bireylere destek olmak üzere, çeşitli bozukluklara eşlik eden hastalanma durumlarını ve psikiyatrik bozuklukların ve psikososyal sıkıntıların kümelenişini dikkate alan modeller geliştirilmelidir. Ayrıca, gerek bireylerin gerek toplulukların ruhsal ve bedensel sağlığını ve koşullarını iyileştirmeye yönelik yerel uygulamalar gibi özgül ortamlarda geçerli olan önleyici etkenleri kavramak, önleme programları geliştirilebilmenin bir başka gereğidir.
38. Hükümlülerin ve madde kullanım öyküsü olan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin farklı boyutlarda ya da farklı demografik değişkenler açısından

incelenebileceği ayrıca madde kullanan hükümlülerle yapılan bireysel ya da grup görüşmelerinin ruhsal durum düzeyleri ya da bazı değişkenler üzerindeki etkisinin incelenmesinin yararlı olacağı düşünölmektedir.

39. Depresyonu ve sınır kişilik bozukluğu olduğu tespit edilen kişiler ile B kümesi kişilik bozukluğu olduğu tespit edilen kişilerin iyi değerlendirilmesi, mutlaka tedavi sürecine dahil edilmeleri ve intihar riski açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir.
40. Kişilik bozuklukları açısından yapılandırılmış görüşmelerle birlikte ileriye dönük biçimde değerlendirildiği, daha fazla denek sayısıyla yapılmış kontrollü uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç gözökmektedir.
41. Literatürde çalışmamıza benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağladığı düşünölmekte olup, bu konuda daha fazla çalışma yapılması da önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Akdemir A., Örsel S., Dağ İ. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin Geçerliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*; 4(4):251-259
2. AkdenizM. (2007). Öfke Kontrolü Eğitiminin Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü Becerilerine Etkisi(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Adana*
3. Akkkoyun F. (1998). Transaksiyonel Analiz, Psikolojide İşlemsel Çözümlere Yaklaşım. *Nobel Yayın Dağıtım,Ankara*
4. Akvardar Y. (2005). Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*; 1(47):5-9
5. Alexander F. (1952). Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis Dynamic Psychiatry. *The University of Chicago Press, Chicago*
6. Allik J. and realo A. (1997). Emotional Experience and Its Relation to the Five Factor Model in Estonien. *Journal of Personality*; 65(3):625-647
7. Alptekin K., Mete L., Yazıcı K. (2007). Şizofrenisi Olan Hastalarda Nikotin Bağımlılığı ve Komorbid Durumlar; *Bağımlılık Dergisi*; 96(12):1538-1548
8. American Psychiatric Association (1980). Dianostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). *D.C. American Psychiatric Association; Washington*
9. American Psychiatric Association (2000). Dianostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, Fourth Edition (DSM-IV-TR). *D.C. American Psychiatric Association; Washington*
10. Aslan H. ve ark. (1996). Psikiyatrik, Psikosomatik Hastalarda Aleksitimi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 33(1):13-18

11. Aslan S.H., Alparslan Z.H. (2001). Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Cinsiyet Rollerine Göre Aleksitimik Özelliklerin İncelenmesi. *Klinik Psikoloji Dergisi*; 9:49-557
12. Aydemir Ö., Köroğlu E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği; Ankara*
13. Aydın B. (2005). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. *Nobel Yayın Dağıtım;Ankara*
14. Aytek H. (1999). Grup Rehberliğinin Ortaöğretimdeki Öğrencilerin Öfkeli ve Saldırgan Davranışlarının Kontrolü Üzerindeki Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi;Adana*
15. Balaban M.T. (1995). Affective Influences on Startle in Five-Month-Old. *Reactions to Facial Expressions of Emotion Child Development*;66:28-36
16. Balkaya F. (2001). Öfke: Temel Boyutları, Nedenler ve Sonuçları. *Türk Psikoloji Yazıları*; 7:21-48
17. Baltaş A. (2005). Ekip Çalışması ve Liderlik. *Remzi Kitabevi,İstanbul*
18. Baltaş A., Baltaş Z. (2004). Stres ve Başa Çıkma Yolları. *Remzi Kitabevi,İstanbul*
19. Batıgün D. A., Büyüksahin A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri*; 11:105-114
20. Beck A.T. (2005). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. *Litera Yayıncılık,İstanbul*
21. Bengi S. (1996). Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 2(14):32-40
22. Bilge A., Ünal G. (2005). Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 21(2):37-46
23. Bonkier B., Aigner M., Bach M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder. *Psychosomatics*; 42:3

24. Bowlby J. (1973). Attachment and Loss. Seperation Anxiey and Anger,*Basic Books*
25. Brady K., Costo S., Lydiard R.B., Malcolm R., Anana G. (1991). Substance Abuse in an Impatient Psychiatric Sample. *Drug Alcohol Abuse; 17:389-397*
26. Brady K.T., Sone S.C. (1995). The Relationship Between Substance Abuse and Bipolar Disorder. *Clinical Psychiatry; 56(3):19-24*
27. Budak S. (2005). Psikoloji Sözlüğü. *Bilim ve Sanat Yayınları,Ankara*
28. Candansayar S. ve ark. (1993). Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevelansı. *XXIX Ulusal Psikşyatri Kongresi;Konya*
29. Cooper E.D., Halmstram R.W. (1984). Relationship Between Alexithymia and Somatic Complaints in Normal Sample. *Psychother Psychosom; 41:20-24*
30. Corey M.S. (2005). Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamalar. *Mentis Yayıncılık, Ankara*
31. Crooks R.L., Stein J. (1991). Psychology Science. *Behaviour and Life; 2. Edition,Florida*
32. Cüceloğlu D. (2000). İçimizdeki Çocuk. *Remzi Kitabevi,İstanbul*
33. Çeçen A.R. (2002). Duyguları Yönetme Becerileri Eğitimi Programının Öğretmen Adaylarının Duyguları Yönetme Becerileri Üzerindeki Etkisi (Yayınlanmamış Doktora Tezi). *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;Ankara*
34. Çelikel Ç.F., Saatçioğlu Ö. (2002). Konversiyon Bozukluğunda Aleksitiminin Depresyon ve Amksiyeteye Etkisi. *Klinik Psikiyatri; 5:229-234*
35. Deffenbacher J.L. (1990). Relaxation Treatments of General Anger. *Journal of Counseling Psychology; 39(2):158-167*
36. Deffenbacher J.L. (2010). Anger, Agression, Risky Behavior and Crash-Related Outcomes in Three Groups of Drivers. *Behavioral Research and Therapy; 41:333-349*

37. Dereboy F. (1990). Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1:157-165
38. Dereboy İ.F. (1990). Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerin Psikometrik özellikleri Üzerine Bir Çalışma (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;Ankara*
39. Dökmen Ü. (1987). Yüz İfadeleri Konusunda Verilen Eğitimin Duygusal Yüz İfadelerini Teşhis Becerisi ve İletişim Çatışmalarına Girme Eğilimi Üzerindeki Etkisi. *Psikoloji Dergisi*; 6:21-34
40. Dökmen Ü. (1994). İletişim Çatışmaları ve Empati. *Sistem Yayıncılık;İstanbul*
41. Ellis A. (1977). How to Live With and Without Anger? *Readers Digest Press;New York*
42. Erden D. (2005). Farklı Yetiştirme Koşullarının Aleksitimi, Depresyon ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 8: 60-65
43. Ertuğrul A. (2005). Şizofreni Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi; Şizofreni Sayısı*, 1:6-14
44. Evren C., Can S., Evren B., Çakmak D. (2002). Erkek Alkol Bağımlılarında Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Eretil İşlev Bozukluğu ile İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 12:165-173
45. Faryna A., Rodenhauser P., Torem M. (1986). Development of an Analog Alexithymia Scale. *Psycychoter Psychosom*; 45:201-206
46. Gençtan E. (2004). Psikanaliz ve Sonrası. *Metis Yayınları;İstanbul*
47. Gücer Z. (1992). Bazı Psikosomatik Hasta Gruplarının Aleksitimi Açısından Araştırılması (Yayınlanmamış Doktora Tezi). *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya*

48. Gül S., Akvardar Y., Taş G., Tuncel P. (2005). Alkol Kullanım Bozukluklarında Tarama Testleri ve Laboratuvar Belirteçlerinin Tanısal Etkinliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16(1):3-12
49. Güleç C., Köroğlu E. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Baskı;Ankara
50. Honkalampi K., Hintikka J., Antikainen R. (2001). Alexithymia in Patients Major Depressive Disorder and Comorbid Cluster C Personality disorder. *Personality Disorder*; 15(3):245-254
51. Izard C.E. (1993). Four Systems for Emotion Activation, Cognitive and Negative Processes. *Psychological Review*; 100(8):68-90
52. Jacob S., Hautekee M. (1999). Alexithymia in Associated With a Low Self Estimated Affective Intensity. *Personality and Individual Differences*; 27:125-133
53. Kaplan H.I., Sadock B.J. (2004). Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. *Klinik Psikiyatri*; 75-119
54. Kısa C., Yıldırım S.G., Göka E. (2005). Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16:46-54
55. Kısaç İ. (1997). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri (Yayınlanmamış Doktora Tezi). *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*;Ankara
56. Koçak R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 35(1):2
57. Köknel Ö. (1986). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. *Altın Kitaplar Yayınevi*;İstanbul
58. Krystal H.J. (1968). Massive Psychical Trauma. *New York:International Universities Press*
59. Krystal H.J. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*; 33(1):17-31

60. Lane R.D., Ahern G.L.,Schwitz G.E. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight *Biological Psychiatry*; 834-844
61. Lesser I.M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psyhosomatic Medicine*; 43(6):531-543
62. Luminet D. (1995). Psychosomatic Medicine the Future of an Illusion (Review). *Ann Med Psycholl*; 44(11): 367-371
63. Lumley A.M., Roby K. (1994). Alexithymia and Negative Affect: Relationship to Cigarette Smoking, Noticing Dependence and Smoking Cessation. *Pscyhotherapy Psychosomatic*; 61:156-162
64. Martin B.J., Pihl O.R. (1986). Influence of Alexithymia Characteristics on Psychological and Subjective Stress Responses In Normal Individuals. *Psychotherapy Psychosomatic*; 45:66-77
65. Mc Dougall J. (1982). Alexithymia: A Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy Psychosomatics*; 38:81-90
66. Motan İ., Gençöz T. (2007). Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18(4):333-343
67. Ögel K. (2005). Madde Kullanım Bozukluklarının Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Alkol ve Madde Bağımlılığı Sayısı*; 1(42): 62-64
68. Özer A.K. (1994). Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*; 9(31):26-35
69. Özkan-Olmuş G. (2001). Erinlerin Aile İçi Psikolojik Örüntülere Göre Sürekli Öfke ve öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;İstanbul*
70. Öztürk O. (1998). Psikanaliz ve Psikoterapi. *Bilimsel Tıp Yayınevi, 3.Baskı; Ankara*

71. Öztürk O. (2001). Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*; 8. Baskı,519-549
72. Öztürk O., Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Cilt:1-2, 11.baskı;Ankara*
73. Pektaş Ö. ve ark. (1991). Eroin Bağımlılarında Aleksitimi *XXVII. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi,Antalya*
74. Pektaş Ö.Z., Mırsal H. (2003). Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Alkol Kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4:26-29
75. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse, *Results from the Epidemiologic Catchment Area Study*. 264:2511-2518
76. Saka M.C., Uluşahin A., Batur S. ve ark. (1998). Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi Türkçe Formu Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 9:265-268
77. Sayar K., Güleç H., Topbaş M. (2004). Fibromiyalji Hastalarında Aleksitimi ve Öfke. *Klinik Psikofarmakoloji*; 23:441-448
78. Sevinçok L., Küçükardalı Y. (2000). Genç Erkeklerde Madde Kullanımı:Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 11(1):40-48
79. Sharp S. (2003). Effectiveness of Anger Management Training Program Based on Rational Emotive Behavior Theory (REBT) For Middle School Students With Behavior Problems. *Presented Doctor of Philosophy Degree; The University of Tennessee*
80. Sifneos P.E. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity. *Psychiatric Clinics of North America*; 11(3): 287-293
81. Skipko S. (1982). Alexithymia and Psychosomatication. *Psychotherapy*; 37:193-201

82. Sorias S., Saygılı R., Elbi H. ve ark. (1990). DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) Kullanım Kılavuzu. *Ege Üniversitesi Yayınevi;İzmir*
83. Soyka M. (2000). Alkol ve Şizofreni. *Bağımlılık Dergisi;95(11):1613-1618*
84. Stoudemire A. (1991). Somatothymia, Part 1 and 2. *Psychosomatics; 32(4):345-381*
85. Şahin R.A. (1992). Peptik Ülserli Hastalarda Alksitimik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi. 3(1): 26-30*
86. Taylor G.J. (1984). Alexithymia Concept Measurement and Implications For Treatment. *America Journal of Psychiatry; 141(6): 725-732*
87. Taylor G.J., Bogby R.M., Parker J.D. (1991). Alexithymia Construct, A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *The Academy of Psychosomatic Medicine; 32(2):153-163*
88. Taymur İ., Özen N.E., Boratav C. ve ark. (2007). İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi, Mizaç, Karakter Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 17: 186-194*
89. Türk M. (1992). Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimik Özellikler ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir*
90. Uluşahin A., Uluğ B. (2000). Bipolar Bozuklukları ve Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Ek Tanı Çalışmalar Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi; 11(4): 300-308*
91. Vingerhoets J.A. (1992). Weeping Associations With Personality Coping and Subjective Health Status. *Person Individual Differ; 14:1*
92. Voltan-Acar N. (2004). Ne Kadar Farkındayım? *Gestalt Terapi;Babil Yayıncılık,Ankara*

93. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. *World Health Organization; Geneva*
94. Yazgan Y., İnanç B., Bilgin M., Atıcı M. (2007). Gelişim Psikolojisi. *Pegema Yayıncılık; Ankara*
95. Yemez B. (1991). Psikosomatik, Somatoform ve Diğer Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma (Uzmanlık Tezi). *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir*
96. Yıldız M., Özcan M.E. (2005). Ayaktan İzlenen Psikiyatrik Hastalarda Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi; 96(12):1713-1716*
97. Yörükoğlu A. (1981). Gelişim İlkeleri. *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; Ankara*
98. Yüksel N., Dereboy Ç., Çifter İ. (1994). Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi; 5(4): 283-286*

EKLER

EK-1

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Yüksek Lisans Programı'nda yürütülen 'Madde Kullanım Öyküsü Olan Mahkumlarda Aleksitimi ve Öfke İfade Tarzlarının Psikiyatrik Komorbidite İle İlişkisinin İncelenmesi' konulu tez çalışmasına aittir. Çalışmanın amacı, madde kullanım öyküsü olan erkek mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesini araştırarak farklı bir konuya dikkat çekmektir. Çalışma sonucunda alana; cezaevi örnekleminde aleksitimi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ilişkisini inceleyen çalışma bulunmaması nedeniyle yeni bir bilgi sağlanması amaçlanmaktadır.

Sizden istenen aşağıdaki sorulara cevap vermenizdir. Yaklaşık 45 dakika sürecek olan ankette, sorulara samimi cevap vermeniz araştırmanın geçerliği açısından çok önemlidir. Sizin için doğru olan cevap, size en uygun cevap olacaktır. Sizin katılımınız bu çalışma için yarar sağlayacaktır. Bu çalışmaya katılmış olmanızın hiçbir riski yoktur.

Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir kısmında uygulamaya devam etmemekte veya araştırmaya katılmayı reddetmekte özgürsünüz. İsim ve soy isminizi yazmanız istenmemektedir. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tek tek değil toplu olarak değerlendirilecek olup gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Psikolog Tuğba TOLUNAY

Yukarıdaki formu okudum. Anketi uygulayan benim hak ve sorumluluklarımı tamamıyla açıkladı ve bütün sorularıma yanıt verdi.

Tarih:

Katılımcının İmzası

.....

Uygulayıcının İmzası

EK-2

Olgu Rapor Formu

OLGU NO:

TARİH:...../...../.....

Cinsiyet : Kadın () Erkek ()

Yaş:.....

Medeni durum: Evli () Bekar () Boşanmış ()

Ayrı yaşıyor () Eşi ölmüş () İmam nikahlı ()

Eğitim : Okur-Yazar değil () Okur-Yazar ()

İlköğretim mezunu () Lise Mezunu () Üniversite ()

Nüfusa kayıtlı olduğunuz il:.....

Şu an yaşadığınız il:.....

Geçiminizi sağladığınız iş:.....

Çalıştığınız en uzun süre:.....

Aylık gelir durumu:

0 – 600 TL ()

601 – 1000 TL ()

1001 – 1500 TL ()

1500 TL üzeri ()

EK-3

DSM-IV Tanı Kriterlerine Uygun Hazırlanmış Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Formu

Alkol Kötüye Kullanımı

Aşağıdaki soruları en çok içki içtiğiniz YA DA içki içmenizle ilgili olarak en çok sorun yaşadığınız zamanları düşünerek yanıtlayınız.

A) İçki içmenizden ötürü;

1. İşe gidemediğiniz oldu mu?

A) Asla B) Bir kez C) Bazen D) Sıklıkla E) Çok sık F) Her zaman

	SORULAR	EVET	HAYIR	KAÇ KEZ
1.	Alkol kullanımı nedeniyle iş yerinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?			
2.	Alkol kullanımı nedeniyle işten atıldınız mı?			
3.	Alkol kullanımı nedeniyle çocuklarınıza bakamadığınız oldu mu?			
4.	Alkol kullanımı nedeniyle yemek yapamadığınız, evi temizleyemediğiniz, ya da mutfak alışverişi yapamadığınız oldu mu?			
5.	Alkol kullanımı nedeniyle arkadaşlarınızla ya da ailenizle sıklıkla bir takım sorunlar yaşar ya da tartışmalara girer misiniz?			
6.	Alkol kullanımı nedeniyle ailenizle ya da arkadaşlarınızla daha az zaman geçirir misiniz?			
7.	Alkol kullanımı nedeniyle eşinizden ayrıldınız ya da boşandınız mı?			
8.	Alkol kullanımı nedeniyle kavgaya karıştınız mı?			
9.	Alkol kullanımı nedeniyle şiddete başvurduğunuz oldu mu?			
10.	Alkol kullanımı nedeniyle çeşitli sorunlar yaşamanıza karşın içki içmeyi sürdürüyor musunuz?			
11.	Alkol etkisinde iken araba kullandığınız oldu mu?			

12.	Alkol etkisinde iken tehlikeli olabilecek bir iş yaptığınız oldu mu? (Örn; iş makinesi kullanmak gibi)			
13.	Alkol etkisinde iken araba kullandığınız için ya da davranış bozukluğu gösterdiğiniz için hiç tutuklandınız mı?			

Alkol Bağımlılığı

	SORULAR	EVET	HAYIR
1.	İçki içerek kendinizi daha iyi hissetmek <u>YA DA</u> geçmişte elde ettiğinize benzer bir etkiyi sağlamak için giderek daha çok içmek durumunda kaldınız mı?		
2.	Eski ölçülerinizde içmenize karşın benzer etkiyi sağlayamamaya başladınız mı?		
3.	İçki içtiğinizde, sıklıkla önceden tasarladığınızdan daha çok mu içiyordunuz?		
4.	İçki içtiğinizde, sıklıkla önceden tasarladığınızdan daha uzun bir süre mi içiyordunuz?		
5.	İçki içmeyi azaltmayı <u>YA DA</u> bırakmayı sıklıkla düşündünüz mü?		
6.	İçki içmeyi azaltmayı <u>YA DA</u> bırakmayı denediğiniz ancak başaramadığınız zamanlar oldu mu?		
7.	Alkol almakla ilgili şeyler yapmak <u>YA DA</u> alkole ulaşma yolları bulmak için çok zaman harcadınız mı?		
8.	İçkinin neden olduğu sersemlik hissinden kurtulmak için çok zaman harcıyor muydunuz?		
9.	İçki içmeye çok zaman ayırdığınız için işinizden kaldığınız oldu mu?		
10.	İçki içmeye çok zaman ayırdığınız için ailenizle <u>YA DA</u> arkadaşlarınızla daha az zaman geçirmek durumunda kaldığınız oldu mu?		
11.	İçki içmeye çok zaman ayırdığınız için eğlence uğraşlarınızı <u>YA DA</u> ilgilendiğiniz diğer konuları bırakmak durumunda kaldığınız oldu mu?		
12.	İçki içmeniz sağlık sorunlarına neden oldu mu?		
13.	İçki içmeniz ruhsal sorunlara neden oldu mu?		

14.	İçki içmeniz bunaltı <u>YA DA</u> depresyona yol açtı mı?		
15.	Yoksunluk belirtilerinin (titreme, bulantı, kusma, terleme, uyku sorunları, sinirlilik vb.) ortaya çıkmasını önlemek <u>YA DA</u> ortaya çıkmışlarsa bunları durdurmak için, yeniden içmek <u>YA DA</u> bir başka önleme başvurmak durumunda kaldınız mı?		
16.	Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını önlemek için sabahları içki içtiğiniz oldu mu?		

İçki içmeyi azaltmayı YA DA bırakmayı kaç defa ve ne sıklıkta denediniz?

A) Asla B) bir kez C) bazen D) sıklıkla E) çok sık F) Her zaman

		Hiç	Birkaç saat	Tüm günü	Haftada birkaç günü	Tüm Haftayı	Diğer
1.	Alkol almaya ne kadar zaman ayırıyordunuz?						
2.	Ne sıklıkta alkolün etkisi altında oluyordunuz?						

Madde Kötüye Kullanımı

Aşağıdaki soruları değerlendirirken en çok madde kullandığınız, madde kullanmanızla ilgili olarak en çok sorun yaşadığınız zamanları düşünerek yanıtlayınız.

A) Madde kullanmanızdan ötürü

Ne sıklıkta işe gidemediniz?

A) Asla B) bir kez C) bazen D) sıklıkla E) çok sık F) Her zaman

	SORULAR	EVET	HAYIR	KAÇ KEZ
1.	Madde kullanımı nedeniyle iş yerinde herhangi bir sorun yaşadınız mı?			

2.	Madde kullanımı nedeniyle işten atıldınız mı?			
3.	Madde kullanımı nedeniyle çocuklarınıza bakamadığınız oldu mu?			
4.	Madde kullanımı nedeniyle yemek yapamadığınız, evi temizleyemediğiniz, ya da mutfak alışverişi yapamadığınız oldu mu?			
5.	Madde kullanımı nedeniyle arkadaşlarınızla ya da ailenizle sıklıkla bir takım sorunlar yaşıyor ya da tartışmalara girer misiniz?			
6.	Madde kullanımı nedeniyle ailenizle ya da arkadaşlarınızla daha az zaman geçirir misiniz?			
7.	Madde kullanımı nedeniyle ayrıldınız ya da boşandınız mı?			
8.	Madde kullanımı nedeniyle kavgaya karıştınız mı?			
9.	Madde kullanımı nedeniyle şiddete başvurduğunuz oldu mu?			
10.	Madde kullanımı nedeniyle çeşitli sorunlar yaşamanıza karşın madde kullanmayı sürdürüyor musunuz?			
11.	Madde etkisindeyken araba kullandığınız oldu mu?			
12.	Madde etkisindeyken tehlikeli olabilecek bir iş yaptığınız oldu mu? (Örn; iş makinesi kullanmak gibi)			
13.	Madde etkisindeyken araba kullandığınız için ya da davranış bozukluğu gösterdiğiniz için hiç tutuklandınız mı?			

Madde Bağımlılığı

	SORULAR	EVET	HAYIR
1.	İstediğiniz etkiyi elde etmek için zaman içinde kullandığınız madde miktarını arttırmak zorunda kaldınız mı?		
2.	Madde kullandığınızda, sıklıkla önceden tasarladığınızdan daha çok kullandığınız oldu mu?		

3.	Madde kullandığınızda, sıklıkla önceden tasarladığınızdan daha uzun süre kullandığınız oldu mu?		
4.	Madde kullanmayı azaltmayı ya da bırakmayı sıklıkla düşünür müsünüz?		
5.	Madde kullanmayı azaltmayı ya da bırakmayı denediğiniz ancak başaramadığınız oldu mu?		
6.	Madde bulmakla ilgili şeyler yapmak ya da maddeye temin etmek için çok zaman harcar mısınız?		
7.	Madde kullandığınızda ortaya çıkan etkilerden kurtulmak için çok zaman harcıyor musunuz?		
8.	Madde kullanmanız sağlık sorunlarına yol açtı mı?		
9.	Madde kullanmanız ruhsal sorunlarına yol açtı mı?		
10.	Madde kullanma nedeniyle işinize gidemediğiniz oldu mu?		
11.	Madde kullanmaya çok zaman ayırdığınız için ailenizle ya da arkadaşlarınızla daha az zaman geçirmek durumunda kaldığınız oldu mu?		
12.	Madde kullanmaya çok zaman ayırdığınız için severek yaptığınız diğer uğraşlara (kitap okumak, maç izlemek, vb.) zaman ayıramaz oldunuz mu?		
13.	Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını önlemek ya da ortaya çıkmışlarsa bunları durdurmak için, sıklıkla, yeniden madde kullanmak durumunda kaldınız mı?		

Fagerström Tolerans Anketi

1.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

(3) 31 ve üzeri (2) 21 – 30 (1) 11 – 20 (0) 10 veya daha az

2. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

(3) 0 – 5 dakika sonra (2) 6 – 30 dakika (1) 31 – 60 dakika sonra (0) daha sonra

3. Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin hastane, sinema gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

(1) Evet (0) Hayır

4. Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre çok sigara içer misiniz?

(1) Evet (0) Hayır

5. Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?

(1) Sabah ilk sigara (0) Diğer herhangi biri

6. Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

(1) Evet (0) Hayır

EK-4**Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği**

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Sık sık (4), Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	1	2	3	4	5
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.					
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlmeyi yeğlerim.					
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7. Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

EK-5**Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği**

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. Hiç (1), Biraz (2), Oldukça (3), Tümüyle (4) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	1	2	3	4
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda bir insanım.				
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra taktir edilmemek canımı sıkar.				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.				
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				
11. Öfkemi kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur ya da surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğukkanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.				
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29. Kötü şeyler söylerim.				
30. Hoşgörölü ve anlayışlı olmaya çalışırım				
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32. Sinirlerime hakim olamam.				
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				



EK- 6

**DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ
KLİNİK GÖRÜŞME**

PUANLAMA CETVELİ

SCID- I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.S.W

Janet B. W. Williams, D.S.W

Biometrics Research Department

New York State Psychiatric Institute

Department of Psychiatry

Columbia University

New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ **Değerlendirme Tarihi:** _____

Doktor: _____

Bilgi Kaynakları (tüm başvuruları kontrol ediniz): ☐ **Hasta**

☐ **Aile/arkadaş/eşlik edenler**

☐ **Sağlık Personeli**

☐ **Tıbbi Kayıtlar**

DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

PUANLAMA CETVELİ

SCID-I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

PUANLAMA CETVELİ

SCID-I

KLİNİK VERSİYON

SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Prof. Dr. Aytül Çorapçıoğlu,
Prof. Dr. Ömer Aydemir, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Doç. Dr. Ayşe Esen ve

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version
First published in the United States by American Psychiatric Press, Inc.,
Washington D.C. and London, England
Copyright © Michael B. First, M.D., Robert L. Spitzer, M.D., Miriam Gibbon,
M.S.W., and Janet B.W. Williams, D.S.W.
All rights reserved

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
İlk kez Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C. ve Londra tarafından Amerika
Birleşik Devletleri'nde yayımlanmıştır.
Her hakkı saklıdır.

Türkçe Yayın Hakları © 2009, HYB Basım Yayın'a aittir.
Her türlü yayın hakkı saklıdır.
Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Kapak Tasarım: Mustafa Alibaşoğlu
Dizgi ve Sayfa Tasarım: Songül Kalender

HYB Basım Yayın, Ankara 2009

Hekimler Yayın Birliği
HYB Basım Yayın
Bilkent Plaza A3 Blok 24
Bilkent, 06800 Ankara
Tel: (312) 266 55 66
Faks: (312) 266 55 76

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda Yaşam Boyu

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Bipolar I Bozukluğu (D4. s. 36)

296.40 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik

296.0x Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod

296.4x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik

296.6x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst

296.5x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif

belirleyicileri beşinci-basamakta gösteriniz:

___ 1 — Hafif

___ 2 — Orta Derecede

___ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır

___ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır

___ 5 — Kısmi Remisyonda

___ 6 — Tam Remisyonda

___ 0 — Belirlenmemiş

296.7 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş

Diğer Bipolar Bozukluklar

296.89 Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)

belirleyicileri gösteriniz:

___ hipomanik

___ depresif

301.13 Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)

296.80 BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)

Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)

296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod

296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürren

belirleyicileri beşinci basamakta gösteriniz:

Şu anda Yaşam Boyu

☐ ☐**Diğer Duygudurum Bozuklukları**

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu (s. 24, A64)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:☐ Majör Depresif - benzeri Epizod☐ Diğer Depresif Semptomlar☐ Manik☐ Mikst☐ ☐

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

belirleyicileri gösteriniz:☐ Depresif☐ Manik☐ Mikst☐ ☐

292.84 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:☐ Depresif☐ Manik☐ Mikst**ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR**☐ ☐

Şizofreni (s. 29, C7)

belirleyicileri gösteriniz:☐ 295.30 Paranoid Tip (s. 30, C8)☐ 295.20 Katatonik Tip (s. 30, C9)☐ 295.10 Dezorganize Tip (s. 30, C10)☐ 295.90 Belirlenmemiş Tip (s. 30, C11)☐ 295.60 Rezidüel Tip (s. 30, C12)☐ ☐

295.40 Şizofreniform Bozukluk (s. 30, C15)

☐ ☐

295.70 Şizoaffektif Bozukluk (s. 31, C20)

☐ ☐

297.1 Sanrısız Bozukluk (s. 32, C26)

☐ ☐

298.8 Kısa Psikotik Bozukluk (s. 33, C31)

☐ ☐

293.81 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Şu anda Yaşam Boyu

☐ ☐
☐ ☐
Alkol Kullanım Bozuklukları

303.90 Alkol Bağımlılığı (s. 42, E15)
 305.00 Alkol Kötüye Kullanımı (s. 42, E16)

Diğer Maddelerin Kullanım Bozuklukları
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

304.90 Amfetamin Bağımlılığı (s. 46, E31)
 304.30 Kannabis Bağımlılığı (s. 46, E31)
 304.20 Kokain Bağımlılığı (s. 46, E31)
 304.50 Hallüsinasyon Bağımlılığı (s. 46 E31)
 304.60 İnhalan Bağımlılığı (s. 46 E31)
 304.00 Opiyat Bağımlılığı (s. 46 E31)
 304.60 Fensiklidin Bağımlılığı (s. 46 E31)
 304.10 Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Bağımlılığı (s. 46 E31)
 304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Bağımlılığı (s. 46 E31)
 305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.60 Kokain Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.30 Hallüsinogen Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
 305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
 300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
 300.03 Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)

Şu anda Yaşam Boyu

☐ ☐

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

belirleyiciyi gösteriniz:

- ___ Yaygın Anksiyete Gösteren
 ___ Panik Atakları Gösteren
 ___ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren
 ___ Fobik Semptomlar Gösteren

☐ ☐

292.89 Diğer Maddelerin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

- ___ Yaygın Anksiyete Gösteren
 ___ Panik Atakları Gösteren
 ___ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren
 ___ Fobik Semptomlar Gösteren

Diğer Anksiyete Bozuklukları
☐ ☐

300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi (s. 56, F65)

☐ ☐

300.23 Sosyal Fobi (s. 56, F66)

☐ ☐

300.29 Özgül Fobi (s. 56, F67)

☐ ☐

300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (s.56, F68)

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR
☐ ☐

300.81 Somatizasyon Bozukluğu (s. 58, F72)

☐ ☐

300.82 Farklaşmamış Somatoform Bozukluk (s. 58, F72)

☐ ☐

300.7 Hipokondriasis (s. 58, F73)

☐ ☐

300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu (s. 58, F74)

YEME BOZUKLUKLARI
☐ ☐

307.1 Anoreksiya Nervoza (s. 58, F75)

☐ ☐

307.51 Bulimia Nervoza (s. 58, F76)

DİĞER DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI

Şu anda Yaşam Boyu

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

DSM-IV Eksen IV Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Listesi

Kontrol:☐ Birinci destek grubuyla olan sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Eğitim ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Mesleki sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Evle ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Ekonomik sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Sağlık birimlerine ulaşmak ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği gözönünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirmesi:

Şu anda: — —

geçen yıl — — —

Kod (Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)

- 100 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhane bir semptomu yoktur.
- 91
- 90 Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
- 81
- 80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
- 71
- 70 Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.
- 61
- 60 Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
- 51
- 50 Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
- 41
- 40 Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zamanı mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşıgelir ve okulda başarısızdır).

GÖZDEN GEÇİRME

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Doğum tarihiniz?	<i>Doğum Günü:</i> — — — gün ay yıl	P1
Evli misiniz? HAYIRSA: Hiç evlendiniz mi?	<i>Evlilik Durumu:</i> 1—Evli ya da biriyle evli gibi yaşıyor 2—Dul 3—Boşanmış ya da evliliği iptal olmuş 4—Ayrı yaşıyor 5—Hiç evlenmemiş	P2
Çocuğunuz var mı? EVETSE: Kaç tane?		P3
Nerede yaşıyorsunuz? Kimlerle yaşıyorsunuz?		P4

OKUL ÖYKÜSÜ

Toplam eğitim süreniz kaç yıl? OKULU BİTİREMEDİYSE: Niçin bitiremediniz?	<i>Eğitim:</i> 1—İlkokul ve daha alt düzey 2—Ortaokul 3—Lise ve eşdeğer okullar 4—Kolej 5—2 yıllık yüksek okullar/teknik okullar	P5

MESLEK ÖYKÜSÜ

Ne çeşit bir işte çalışıyorsunuz? Şu anda çalışıyor musunuz? —EVETSE: Ne zamandır o işte çalışıyorsunuz? 6 AYDAN AZSA: En son işinizden neden ayrıldınız? Hep bu tür işlerde mi çalıştınız? —HAYIRSA: Neden bu iş? Daha önce ne tür işlerde çalıştınız? Geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz? Şu anda?		P6
BİLİNMIYORSA: Hiç iş yapmadığınız ya da okula gitmediğiniz bir dönem oldu mu? EVETSE: Ne zaman? Neden böyle olmuştu?		P7

ŞİMDİKİ TEDAVİ DURUMU

BİLİNMIYORSA: Geçen ay herhangi bir tedavi oldunuz mu?	1—Şu anda hastanede (özel tedavi alıyor) 2—Ayaktan hasta 3—Diğerleri (Adsız Alkolikler gibi)	P8

ESAS YAKINMA VE SORUNUN TANIMLANMASI

Buraya başvurmanıza (şu anda) ne neden oldu? (Şu anda sizi rahatsız eden en önemli sorunuz nedir?) ŞU ANDA VAROLAN SORUN HAKKINDA AYRINTI VERİLMEZSE: Biraz daha ayrıntılı anlatınız (Ne demek istiyorsunuz?)		P10

ŞİMDİKİ HASTALIĞIN YA DA ALEVLENMENİN BAŞLAMASI

Rahatsızlığınız ne zaman başladı? (Birşeylerin yolunda gitmediğini ilk ne zaman farkettiniz?) Kendinizi en son ne zaman iyi hissettiniz (alışmış olduğunuz gibi)?		P11

YENİ SEMPTOMLAR YA DA TEKRARLAYANLAR

Şu anda yaşadığınız sorunlar yeni mi, yoksa daha önceki sorunlarınızın bir tekrarı mı? (Şu an yardım istemek için gelmenize neden olan şey nedir?)		P12

ÇEVRESEL SORUNLAR VE OLASI PRESİPİTANLAR

ŞİMDİKİ HASTALIĞIN GİDİŞİ YA DA ALEVLENMELER

Hastalık başladıktan sonra ne oldu? (Başka şeyler de canınızı sıkmaya başladı mı?)		P14
Bu durum başladığından beri, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz? BİR YILDAN FAZLAYSA: Geçen yıl içinde, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz?		P15

TEDAVİ ÖYKÜSÜ

Duygusal ya da psikiyatrik sorunlarınız için ilk olarak ne zaman birini gördünüz? (Bu ne içindi? Ne gibi tedavi(ler) aldınız? Hangi ilaçları kullandınız?) İlaç ya da alkol için tedavi oldunuz mu? PUANLAMA CETVELİ SAYFA 12'DEKİ YAŞAM KARTI, PSİKOPATOLOJİ VE TEDAVİNİN KARMAŞIK ÖYKÜSÜ İÇİN DÖKÜMAN OLARAK KULLANILABİLİR		P16
Daha önce hiç psikiyatri servisinde bulundunuz mu? EVETSE: Bu ne içindi? (Ne kadar sürdü?)		P17

ŞU ANDAKİ DİĞER SORUNLAR

Geçen ay içinde hiç başka bir sorun yaşadınız mı?		P19
Ruh haliniz nasıl?		P20
Bedensel sağlığınız nasıl? (Hiç tıbbi bir sorunuz var mı?) BU BİLGİYİ EKSEN III RAPORU İÇİN KULLANINIZ.		P21
Hiç tıbbi ilaç ya da vitamin alıyor musunuz? (bunların dışında bir şey alıyorsanız bunu söyleyiniz) EVETSE: Ne kadar miktar ve sıklıkta [İLAÇ] alıyorsunuz? (Aldığınız miktarda hiç değişiklik oldu mu?)		P22
[Geçen ay içinde] ne kadar [alkol] aldınız? [Geçen ay içinde] ilaç aldınız mı? marihuana, kokain ve diğer maddeler ile ilginiz var mı?		P23

P25

P26

YASAM TABLOSU

Tanımlama (semptomlar, tetikleyici olaylar)

Tedavi

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page, possibly from a spiral-bound notebook as there's a slight shadow on the left edge. The lighting is even, and the lines are clearly defined against the white background.

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

epizodun başlangıcı: _____
 kontrol ediniz: şu anda _____
 geçmiş _____
 geçmişte ise sonlanış _____

A. 5 (ya da daha fazla) . . . iki haftalık bir dönem sırasında . . . semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk almama, olması gerekir.

A1

(1) depresif duygudurum
 Notlar:

? - +

A1

A2

(2) belirgin derecede azalmış ilgi kaybı ya da zevk alamama
 Notlar:

? - +

A16
s.15

A2

A3

(3) kilo kaybı/alma; azalmış/artmış iştah
 Notlar:

? - +

A3

A4

(4) uykusuzluk ya da aşırı uyku
 Notlar:

? - +

A4

A6	(6) yorgunluk ya da enerji kaybı Notlar:	? - +	A6
A7	(7) değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları Notlar:	? - +	A7
A8	(8) düşünme yetisinde azalma ya da kararsızlık Notlar:	? - +	A8
A9	(9) ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri girişimi ya da planı Notlar:	? - +	A9
A10	A1 - A9 ARASI MADDELERİN EN AZ BEş ADEDİ "+" OLMASI VE A1 YA DA A2 MADDELERİNDEN EN AZ BİRİNİN BULUNMASI	? - + A16 s. 15	A10
A11	C. Klinik olarak belirgin sıkıntı ya da bozulma olması Notlar:	? - + A16 s. 15	A11

A13	E. Yas ile daha iyi açıklanamaz. <i>DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir</i>	? - + A16 s. 15	A13
A14	A, C, D VE E ÖLÇÜTLERİ "+" Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Majör Depresif Epizod	A14
A15	Majör Depresif Epizodların toplam sayısı		A15

MANİK EPİZOD ÖLÇÜTLERİ

		epizodun başlangıcı: ____ kontrol ediniz: şu anda ____ geçmiş ____ geçmişte ise sonlanış ____	
A16	A. Olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum ... <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A16
A17	... en az bir hafta sürmesi (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) <i>Notlar:</i>	? - + A30 s. 18	A17

A19	(2) uyku gereksimininde azalma <i>Notlar:</i>	? - +	A19
A20	(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma <i>Notlar:</i>	? - +	A20
A21	(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı <i>Notlar:</i>	? - +	A21
A22	(5) dikkat dağınıklığı <i>Notlar:</i>	? - +	A22
A23	(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon <i>Notlar:</i>	? - +	A23
A24	(7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma <i>Notlar:</i>	? - +	A24

A26	D. Şiddeti belirgin bozulmaya neden olacak kadar ağır <i>Notlar:</i>	? - + A39 s.19	A26
A27	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (sayfa 24'ten kontrol ediniz) DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı, değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A27
A28	A, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+" Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Manik Epizod	A28
A29	Manik Epizodların toplam sayısı	-- B1 s. 26	A29

HİPOMANİK EPİZOD TANI ÖLÇÜTLERİ

epizodun başlangıcı:	_____
kontrol ediniz: şu anda	_____
geçmiş	_____
geçmişte ise sonlanış	_____

A30

A. En az 4 gün boyunca süren sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum
Notlar:

? - +
A45
s. 21

A30

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur

A31

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite
Notlar:

? - +

A31

A32

(2) uyku gereksiniminde azalma
Notlar:

? - +

A32

A33

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
Notlar:

? - +

A33

A35	(5) dikkat dağınıklığı Notlar:	? - +	A35
A36	(6) amaca yönelik etkinliklere artma ya da psikomotor ajitasyon Notlar:	? - +	A36
A37	(7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma Notlar:		A37
A38	B1 – B7 arası SEMPTOMLARIN EN AZ ÜÇÜ (YA DA DUYGUDURUM İRRİTABL İSE VE KABARMİŞ DEĞİLSE DÖRDÜ) “+”dır	? - + A45 s. 21	A38
A39	C. Semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin değişiklik olması Notlar:	? - + A45 s. 21	A39
A40	D. Değişikliğin başkalarınca gözlenebiliyor olması Notlar:	? - + A45 s. 21	A40

A42	F. Bir maddeye ya da bir genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (sayfa 24'ten kontrol ediniz) DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir.	? – + A45 s. 21	A42
A43	A, B, C, D, E ve F ölçütleri "+"dır. Burayı kontrol ediniz – Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa	? – + Hipomanik Epizod	A43
A44	Hipomanik Epizodların toplam sayısı	-- B1 s. 26	A44

DİSTİMİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

A45	A. En az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurumun olması <i>Notlar:</i>	?  + BI s. 26	A45
A46	B. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur: (1) İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme <i>Notlar:</i>	? - +	A46
A47	(2) uykusuzluk ya da aşırı uyku <i>Notlar:</i>	? - +	A47
A48	(3) düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk <i>Notlar:</i>	? - +	A48
A49	(4) düşük benlik saygısı <i>Notlar:</i>	? - +	A49

A51	(6) umutsuzluk duyguları <i>Notlar:</i>	? - +	A51
A52	B. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ “+”	?  + B1 s. 26	A52
A53	C. Bir seferde, 2 aydan daha uzun süren, A ve B semptomlarının olmadığı bir dönem hiç olmamıştır	?  + B1 s. 26	A53
A54	O sıradaki Distimik Bozukluğun başlama yaşı	---	A54
A55	D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Majör Depresif Epizod geçirilmemiştir	?  + B1 s. 26	A55
A56	E. Daha önce bir Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizod geçirilmemiştir	?  + B1 s. 26	A56
A57	F. Sadece bir kronik psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	?  + B1 s. 26	A57
A58	G. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir	?  +	A58

A60

A, B, C, D, E, F, G ve H ölçütleri "+"dır.

? - +

A60

300.4
Distimik
BozuklukB1
s. 26

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A65
s. 26

A61	A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozukluğun olması <i>Notlar:</i>	? - +	A61
A62	B/C. Bozukluk genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + A65 s. 25	A62
A63	E. H. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da yetmezliğe neden olma <i>Notlar:</i>	? - +	A63
A64	A, B/C VE E ÖLÇÜTLERİ “+” Etyolojide genel tıbbi durumu belirleyiniz: _____ Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz: ___ Majör Depresif Benzeri Epizod ___ Diğer Depresif Semptomlar ___ Manik ___ Mikst	- + 293.83 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum	A64

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A65	A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozulma <i>Notlar:</i>	? - +	A65
A66	B. İkisinden biri: (1) A tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır. (2) İlaç kullanımı bu bozukluk ile etyolojik olarak ilişkilidir.	? - + A12, s. 14 A27, s. 17 A42, s. 20 A58, s. 22 D11, s. 37 D18, s. 39	A66
A67	C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Duygudurum Bozukluğu ile de açıklanamaz. <i>Notlar:</i>	? - + A12, s. 14 A27, s. 17 A42, s. 20 A58, s. 22 D11, s. 37 D18, s. 39	A67
A68	E. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da yetmezliğe neden olma <i>Notlar:</i>	? - +	A68
A69	A, B, C, VE E ÖLÇÜTLERİ "+" Alkol için kod 291.8, Diğer maddeler için kod 292.84 Maddeyi belirleyiniz: _____ Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz: _____	- + ↓ 291.8/292.84 Madde	A69

B. PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR

B1	Referans hezeyanları <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B1
B2	Persekütuar hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B2
B3	Grandiöz hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B3
B4	Somatik hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B4
B5	Diğer hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B5
B6	İşitsel hallüsinasyonlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B6

B8	Dokunma hallüsinasyonları <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B8
B9	Diğer hallüsinasyonlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B9
B10	Katatonik Davranışlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B10
B11	İleri derecede dezorganize davranışlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B11
B12	İleri derecede uygunsuz duygulanım <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B12
B13	Dezorganize konuşmalar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B13

PSİKOTİK SEMPTOMLARIN KRONOLOJİSİ

B15

[illegible]

PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI

D1
s. 36

C1	Psikotik semptomlar, duygudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir	hayır evet D1 s. 36	C1

ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ

C2	A. Bir aylık süre boyunca aktif dönem semptomlarının olması	hayır evet C21 s. 32	C2
C3	D. Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikli Duygudurum Bozuklukları dışlanmıştır	hayır evet C16 s. 31	C3
C4	C. Süre 6 ay	hayır evet C13 s. 30	C4
C5	B. İşlevsellik belirgin şekilde bozulma	hayır evet C39 s. 35	C5
C6	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olmama (s. 34'ten kontrol ediniz)	hayır evet D1	C6

C8	295.30 Şizofreni, Paranoid tip	hayır	evet D1 s. 36	C8
C9	295.20 Şizofreni, Katatonik Tip	hayır	evet D1 s. 36	C9
C10	295.10 Şizofreni, Dezorganize Tip	hayır	evet D1 s. 36	C10
C11	295.90 Şizofreni, Ayrışmamış Tip	hayır	evet D1 s. 36	C11
C12	295.60 Şizofreni, Rezidüel Tip	hayır	evet D1 s. 36	C12

ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

C13	B. Bozukluk en az bir ay ancak 6 aydan daha kısa bir süre sürer	hayır	evet C27 s. 33	C13
C14	A. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 34'ten kontrol ediniz)	hayır	evet D1	C14

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C16	A. Şizofrenideki "A" semptomları ile eşzamanlı Duygudurum epizodu	hayır C39 s. 35	evet	C16	
C17	B. Duygudurum semptomlarının olmadığı en az 2 hafta boyunca hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar	hayır C39 s. 35	evet	C17	
C18	C. Zamanın önemli bir bölümünde duygudurum semptomları bulunur	hayır C39 s. 35	evet	C18	
C19	D. Bir maddeye ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı değildir (s. 34'ü kontrol ediniz)	hayır D1 s. 36	evet	C19	
C20	A, B, C VE D ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz _____	295.70 Şizoaftiktif Bozukluk D1 s. 36			C20

SANRISAL BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C21	A. Bizar olmayan hezeyanlar	hayır C27 s. 33	evet	C21
C22	B. Şizofreni için A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır	hayır C39 s. 35	evet	C22
C23	C. İşlevsellik açıkça acayip ya da bizar değildir	hayır C39 s. 35	evet	C23
C24	D. Duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	hayır C39 s. 35	evet	C24
C25	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir	hayır D1 s. 36	evet	C25
C26	A, B, C, D, VE E ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____			C26

↓

**297.1
Sanrısai
Bozukluk**

KISA PSİKOTİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C27	A. Bir ya da birden daha fazla psikotik semptomun olması	hayır C39 s. 35	evet	C27	
C28	B. Epizodun süresinin en az bir gün ancak bir aydan kısa olması	hayır C39 s. 35	evet	C28	
C29	C. (1). Bu bozukluk Duygudurum Bozukluğu, Şizoeffektif Bozukluk ya da Şizofreni tarafından daha iyi açıklanamaz	hayır C39 s. 35	evet	C29	
C30	D. Bir maddeye ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı değildir (s. 34'ü kontrol ediniz)	hayır D1 s. 36	evet	C30	
C31	A, B VE C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	298.8 Kısa Psikotik Bozukluk D1 s. 36			C31

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUĞUN TANI ÖLÇÜTLERİ

C35
s. 36

C32

A. Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar
Notlar:

? - +

C32

C33

B/C. Bozukluk genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik bir sonucudur
ve bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz
Notlar:

? - +

C33

C35
s. 35

C34

A VE B/C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANIR

Kod 293.81 Hezeyanlarla giden
Kod 293.82 Hallüsinasyonlarla giden

Genel tıbbi durumu belirtiniz

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____

? - +

C34

Genel
Tıbbi Duruma
Bağlı Psikotik
Bozukluk

C6, s. 29
C14, s. 30
C19, s. 31
C25, s. 32
C30, s. 33

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI PSİKOTİK BOZUKLUK

C35	A. Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar <i>Notlar:</i>	? - +	C35
C36	B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir <i>Notlar:</i>	? - + C6, s. 29 C14, s. 30 C19, s. 31 C25, s. 32 C30, s. 33	C36
C37	C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Psikotik Bozuklukla daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + C6, s. 29 C14, s. 30 C19, s. 31 C25, s. 32 C30, s. 33	C37
C38	A, B VE C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Kod: 291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden 291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden 292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden 292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden	- + 291.5/291.3/ 292.11/292.12 Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk	C38

D. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

BİPOLAR I BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

E1
s. 40

D1	Bir ya da birden çok Manik ya da Mikst Epizod öyküsü (A28, s. 17'ye bakınız)	hayır evet D5 s. 37	D1
D2	Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da madde kullanımına bağlı olmayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod	hayır evet D5 s. 37	D2
D3	Şizoaftaktif Bozuklukla daha iyi açıklanamayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod vardır ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir	hayır evet D5 s. 37	D3
D4	BİPOLAR I BOZUKLUĞU: İlk olarak şu andaki epizoddan temel alan tanı kodlarının dört rakamını seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir) Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____ Birinci rakamı kontrol ediniz: __ 296.40 En Son Epizod Hipomanik __ 296.0x Tek Manik Epizod __ 296.4x En Son Epizod Manik __ 296.6x En Son Epizod Mikst __ 296.5x En Son Epizod Depresif	E1 s. 40	D4

BİPOLAR II BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

D5	Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Hipomanik Epizod (A43, s. 20'ye bakınız)	hayır evet D10 aşağıda	D5
D6	Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (A14, s. 15'e bakınız)	hayır evet D10 aşağıda	D6
D7	Manik ya da Mikst Epizodun hiç olmaması	hayır evet D10 aşağıda	D7
D8	Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.	hayır evet D10 aşağıda	D8
D9	O sıradaki (ya da en son) epizodu belirtiniz: ___ 296.89 Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik ___ 296.89 Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___	E1 s. 40	D9

DİĞER BİPOLAR BOZUKLUKLAR

D10	Klinik açıdan belirgin manik ya da hipomanik semptomlar	hayır evet D13 s. 38	D10

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

D13	Genel Tıbbi Bir Duruma ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (A14, s. 15'e bakınız)	hayır evet	D13
		D17 s. 39	
D14	Şizoaffectif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanırsal Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.	hayır evet	D14
		D17 s. 39	
D15	Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizodun hiç olmaması	hayır evet	D15
		D17 s. 39	
D16	MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK İlk olarak epizodların sayısını temel alan dört rakam seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir)	E1 s. 40	D16
	Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____		
	Birini seçiniz:		
	___ 296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod		
	___ 296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürren		
	Beşinci rakamı belirtiniz:		
	___ 1 — Hafif		
	___ 2 — Orta		
	___ 3 — Ağır, Psikotik Özellikleri olmayan		
	___ 4 — Ağır, Psikotik Özellikleri olan		
	___ 5 — Kısmi Remisyonda		
	___ 6 — Tam Remisyonda		
	___ 0 — Belirlenmemiş		

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DEPRESİF BOZUKLUK

D17	Klinik açıdan belirgin depresif semptomlar	hayır evet E1 s. 40	D17
D18	Bir maddeye ya da bir genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz)	hayır evet E1 s. 40	D18
D19	311 Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	E1 s. 40	D19

E. ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E7
s. 41

E1	Bir aşırı içki içme dönemi YA DA alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması	? E17 s. 43 +	E1

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TANI ÖLÇÜTLERİ

	A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:		
E2	(1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama <i>Notlar:</i>	? - +	E2
E3	(2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma <i>Notlar:</i>	? - +	E3
E4	(3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar <i>Notlar:</i>	? - +	E4
E5	(4) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşı alkol kullanımını sürdürme	? - +	E5

ALKOL BAĞIMLILIĞI TANI ÖLÇÜTLERİ

	12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:				
E7	(3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alına Notlar:	?	-	+	E7
E8	(4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır Notlar:	?	-	+	E8
E9	(5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama Notlar:	?	-	+	E9
E10	(6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır Notlar:	?	-	+	E10
E11	(7) sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımı sürdürülür Notlar:	?	-	+	E11

E13	(2) yoksunluk <i>Notlar:</i>	? - +	E13
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ "+"dır ve 12 AYLIK DÖNEM İÇİNDE MEYDANA GELİR	? - + E2, s. 40 E16, aşağıda	E14
E15	303.90 Alkol Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Alkol Bağımlılığı	E15
		E17 s. 43	
E16	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ Alkol Kötüye Kullanımı	E16
		E17 s. 43	

ALKOL DIŞI MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLAR

E17

HERHANGİ BİR ZAMAN KULLANILAN HER
İLACIN ADINI DAİRE İÇİNE ALINIZ (YA DA
VARSA "DİĞERLERİNİN" ADINI YAZINIZ)

EN AĞIR KULLANIM DÖNEMİNİ KAYDEDİNİZ
(YAŞ YA DA TARİH, NE SÜREYLE) VE
KULLANIM ÖRÜNTÜLERİNİ TANIMLAYINIZ

E17

<i>Sedatifler-Hipnotikler-Anksiyolitikler:</i> _____	
<i>Kannabis:</i> Marihuana, haşhaş, THC ve diğeri: _____	
<i>Uyarıcılar:</i> Amfetamin ve diğeri: _____	
<i>Opiyatlar:</i> Eroin, morfin, opium, Metadon, Darvon, kodein, Percodan, Demerol, Dilaudid, ve diğeri: _____	
<i>Kokain:</i> Burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğeri: _____	
<i>Hallüsinojenler/Fensiklidin PCP:</i> LSD, meskalin,	

ALKOL DIŞI MADDELERİ KÖTÜYE KULLANMA ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:			
E18	(1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama <i>Notlar:</i>	? - +	E18
E19	(2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma <i>Notlar:</i>	? - +	E19
E20	(3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar <i>Notlar:</i>	? - +	E20
E21	(4) maddelerin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşın madde kullanımını sürdürme <i>Notlar:</i>	? - +	E21
E22	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ "+"	? - + E17 E32	E22

ALKOL DIŞI MADDELERE BAĞIMLILIK TANI ÖLÇÜTLERİ

	12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:		
E23	(3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alma <i>Notlar:</i>	? - +	E23
E24	(4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır <i>Notlar:</i>	? - +	E24
E25	(5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama <i>Notlar:</i>	? - +	E25
E26	(6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır <i>Notlar:</i>	? - +	E26

E28	(1) tolerans <i>Notlar:</i>	? - +	E28
E29	(2) yoksunluk <i>Notlar:</i>	? - +	E29
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ "+" dir ve 12 AYLIK DÖNEM İÇİNDE MEYDANA GELİR	? - + E18, s. 40 E32, aşağıda	E30
E31	Belirtiniz: ___ 304.90 Amfetamin Bağımlılığı ___ 304.30 Kannabis Bağımlılığı ___ 304.20 Kokain Bağımlılığı ___ 304.50 Hallüsinojen Bağımlılığı ___ 304.60 İnhalan Bağımlılığı ___ 304.00 Opiyat Bağımlılığı ___ 304.60 Fensiklidin Bağımlılığı ___ 304.10 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Bağımlılığı ___ 304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Madde Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Madde Bağımlılığı F1 s. 47	E31
E32	Belirtiniz: ___ 305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı ___ 305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı ___ 305.60 Kokain Kötüye Kullanımı	+ ↓ Madde Kötüye	E32

F. ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR

PANİK BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİ

F1	A. (1) tekrarlayıcı beklenmedik panik atakları <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F1
F2	A. (2) aşağıdakilerden en az birinin olması; (a) panik atağının sonuçları ile ilgili endişe; (b) bir başka nöbet geçirmekle ilgili kaygı; (c) davranışlarda belirgin değişiklik <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F2
F3	Aşağıdaki panik atağı semptomlarından dördünün (ya da daha fazlasının) birden başlaması ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaşması <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F3
F4	(1) çarpıntı	? - +	F4
F5	(2) terleme	? - +	F5
F6	(3) titreme ya da sarsılma	? - +	F6
F7	(4) nefes darlığı	? - +	F7
F8	(5) boğulma hissi	? - +	F8
F9	(6) göğüs ağrısı	? - +	F9
F10	(7) mide bulantısı ya da damak rahatsızlığı hissi	? - +	F10

F17	(1)–(13) arası semptomların en az dördü “+”	? – + F25 s. 50	F17
F18	C. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 60’ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna “EVET” yanıtı değerlendirmenin “–” olması anlamına gelir	? – + F25 s. 50	F18
F19	D. Bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? – + F25 s. 50 ↓ Panik Bozukluk	F19
F20	B. (1) agorafobinin olması <i>Notlar:</i>	? – + F24 s. 49	F20
F21	B. (2) agorafobik durumlardan kaçınma ya da belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinme <i>Notlar:</i>	? – + F24 s.49	F21

F23	AGORAFOBİ VARDIR Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+	F23
		↓	
		300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu	
		F25 s. 50	
F24	AGORAFOBİ YOKTUR Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+	F24
		↓	
		300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu	
		F25 s. 50	

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

F25	<i>Obsesyonlar:</i> (1) yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F25
F26	(2) sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F26
F27	(3) kişi bu düşüncelere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya ya da etkisizleştirmeye çalışır <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F27
F28	(4) kişi bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunun farkındadır. <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F28
F29	OBSESİYONLARDAN (1), (2), (3) VE (4) “+”	? - +	F29
F30	<i>Kompulsiyonlar:</i> (1) yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler	? - + F30 aşağıda	F30

F31	(2) davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıyı önlemeye ya da azaltmaya yöneliktir <i>Notlar:</i>	? - + F33 aşağıda	F31
F32	KOMPÜLSİYONLARDAN (1) VE (2) “+”	? - +	F32
F33	HEM F29 “+”, HEM DE F32 “+” (yani hem obsesyonlar, hem de kompülsiyonlar bulunur)	? - + F39 s. 52	F33
F34	B. Kişi obsesyonların ya da kompülsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F34
F35	C. Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar klinik olarak belirin sıkıntıya neden olur <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F35
F36	D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F36

F37

E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir
(s. 60'ı kontrol ediniz)

DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir

Notlar:

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____

?

F39
aşağıda

F37

F38

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK A, B, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+" dir
Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____

F38

300.3
Obsesif-
Kompulsif
Bozukluk

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

F39

TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

F39

Kısa tanımlama

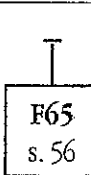
Tarih
(ay/yıl)

Yaş

_____	____/____	____
_____	____/____	____
_____	____/____	____
_____	____/____	____
_____	____/____	____

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:		
F40	(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir <i>Notlar:</i>	? — + F65 s. 56
F41	(2) tepkiler arasında yoğun korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır <i>Notlar:</i>	? — + F65 s. 56
B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:		
F42	(1) olayın sıkıntı veren anıları <i>Notlar:</i>	? — +
F43	(2) olayı rüyalarda görme <i>Notlar:</i>	? — +
F44	(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme <i>Notlar:</i>	? — +

F45	(4) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca yoğun psikolojik sıkıntı duyma <i>Notlar:</i>	? - +	F45
F46	(5) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepki gösterme <i>Notlar:</i>	? - +	F46
F47	"B" SEMPTOMLARINDAN EN AZ BİRİ "+"	? - + F65 s. 56	F47
F48	C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) (1) düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları <i>Notlar:</i>	? - +	F48
F49	(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları <i>Notlar:</i>	? - +	F49
F50		? - +	F50

F51	(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması <i>Notlar:</i>	? - +	F51
F52	(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları <i>Notlar:</i>	? - +	F52
F53	(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama) <i>Notlar:</i>	? - +	F53
F54	(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama <i>Notlar:</i>	? - +	F54
F55	"C" SEMPTOMLARINDAN EN AZ ÜÇÜ "+"	?  +	F55
	D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:		
F56	uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük	? - +	F56
F57	irritabilite ya da öfke patlamaları	? - +	F57

F62	Bozukluğun süresi 1 aydan uzundur	? - + F65 aşağıda	F62
F63	F. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da bozulma olması	? - + F65 aşağıda	F63
F64	POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU A, B, C, D. E VE F ÖLÇÜTLERİ "+" Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ 300.81 Post-travmatik Stres Bozukluğu	F64

DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

F65	300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü olmadan Agorofobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F65
F66	300.23 Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F66
F67	300.29 Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F67

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

F69	Klinik açıdan belirgin anksiyete ya da fobik kaçınma olması <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58	F69
F70	Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 60'ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58 ↓	F70
F71	Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	300.0 Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	F71

SOMATOFORM BOZUKLUKLARI

F72	300.81 Somatizasyon Bozukluğu 300.82 Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F72
F73	300.7 Hipokondriazis <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F73
F74	300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F74

YEME BOZUKLUKLARI

F75	307.1 Anoreksiya Nervoza <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F75
F76	307.51 Bulimia Nervoza <i>Notlar:</i>	? - +	F76

UYUM BOZUKLUKLARI TANI ÖLÇÜTLERİ

F77	A. gösterilebilir stres etken(ler)ine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F77
F78	B. Bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F78
F79	C. Başka bir özgül Eksen I bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamaz ve önceden var olan Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F79
F80	D. Bu semptomlar YAS'ı göstermemektedir. <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna bir "EVET" yanıtı, değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir. <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F80
F81	E. Stres etkeni bir kez ortadan kalkınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez <i>Notlar:</i>	? - + D17, s. 39 F69, s. 57	F81
F82	Uyum Bozukluğu tanısı konmasına neden olan önde gelen semptomlar: <i>Diğer Belirtiler:</i>	↓ Uyum	F82

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

F87
s. 61

F83	A. Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompülsiyonlar <i>Notlar:</i>	? - +	F83
F84	B/C. Bozukluk bir genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz anlamına gelir. <i>Notlar:</i>	? - + F87 s. 61	F84
F85	E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur <i>Notlar:</i>	? - +	F85
F86	A, B/C VE E ÖLÇÜTLER “+” Etyolojiye neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz Anksiyete semptomlarının tipini belirleyiniz ☐ Yaygın Anksiyete Gösteren ☐ Panik Atakları Gösteren ☐ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ☐	? - + ↓ 293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu	F86

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU

F87	A. Belirgin Anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompülsiyonlar <i>Notlar:</i>	? - +	F87
F88	B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar. Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik açıdan ilişkilidir. <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F88
F89	C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Anksiyete Bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F89
F90	E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F90

F91

A, B, C ve E ÖLÇÜTLERİ "+"

Alkol için kod 291.8, diğer tüm maddeler için 292.89

Maddeyi belirtiniz: _____

Anksiyete Semptomlarının tipini belirleyiniz:

___ Yaygın Anksiyete Gösteren

___ Panik Atakları Gösteren

___ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren

___ Fobik Semptomlar Gösteren

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____

? - +

↓

291.8/292.89
Madde
Kullanımının
Yol Açtığı
Anksiyete
Bozukluğu

F91

F18, s. 48

F37, s. 52

F70, s. 57

Sedatifler-hipnotikler-anksiyolitikler (yatıştırıcılar):**Kannabis:**

marihuana, haşhaş, THC ve diğerleri

Uyarıcılar:

amfetamin ve diğerleri

Opiyatlar:

eroin, morfin, opium, metadon, darvon, kodein, percodan, demerol, Dilaudid ve diğerleri

Kokain:

burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğerleri

Hallüsinojenler/fensiklidin PCP:

LSD, meskalin, peyot, STP, mantar PCP ("melek tozu"), ketamin, ekstazi, MDMA ve diğerleri

Diğerleri:

steroidler, "tutkallı inhalanlar, nitroz, oksit ("güldürücü gaz"), amil ya da bütül nitrat, ("patlangaçlar"), reçetesiz uyku ya da diğer ilaçları ve diğerleri

EK- 7

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi- Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II)

Şimdi size, kişiliğiniz ve karakter özelliğiniz ile ilgili sorular soracağım. Öteden beri nasıl bir insan olduğunuzu, huyunuzu ve genelde nasıl davrandığınızı anlamak istiyorum.

EĞER EPİZODİK YA DA SINIRLI BİR I. EKSEN BOZUKLUĞU VARSA:

(I. EKSEN BOZUKLUĞU) olduğunuz zamanlar olduğunu biliyorum. Şu anda o dönem(ler) hakkında konuşmuyorum. (I. EKSEN BOZUKLUĞU) olmadığınız zamanı, yani GENELDE nasıl olduğunuzu düşünmeye çalışın. Acaba anlatabildim mi?

(I. EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) kendinizi nasıl bir insan olarak tanımlarsınız? (Siz nasıl birisiniz? Huyunuz, karakteriniz nasıldır? İyi ve kötü yanlarınız?)

EĞER YANITLAYAMAZSA, DEVAM EDİN.

(I.EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) başkalarına sorsam sizin nasıl bir kişi olduğunuzu söylerlerdi?

Yaşamınızdaki önemli kişiler kimler olmuştur? (Eğer yalnızca ailesinden söz ederse: Ya arkadaşlarınız?)

İnsanlarla aranınız nasıldır? Şimdiye dek onlarla nasıl geçindiniz?

Tepkileriniz ya da insanlara davranışlarınız onlarla bozuşmanıza yol açtınız mı? (Evde? Okulda? İşte?) (Ne gibi?)

Hepimizin zaman zaman başkalarını kızdıran davranışlarımız olur.Sizce insanlar, sizin en çok hangi tarafınıza kızarlar?

Boş zamanlarınızda ne yaparsınız?

Kişiliğinizi değiştirebilecek olsanız, hangi özelliklerinizin değişmesini isterdiniz?

EĞER SORU FORMU DOLDURULMUŞSA:

Şimdi formdaki bazı konular üzerinde durmak istiyorum.

EĞER SORU FORMU DOLDURULMAMIŞSA:

Şimdi bazı sorular sormak istiyorum.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINA GİRİŞ

Şimdi size, kişiliğiniz ve karakter özellikleriniz ile ilgili sorular soracağım. Öteden beri nasıl bir insan olduğunuzu, huyunuzu ve genelde nasıl davrandığınızı anlamak istiyorum.

EĞER EPİZODİK YA DA SINIRLI BİR İ.EKSEN BOZUKLUĞU VARSA:

(İ.EKSEN BOZUKLUĞU) olduğunuz zamanlar olduğunu biliyorum. Şu anda o dönem (ler) hakkında konuşmuyorum. (İ. EKSEN BOZUKLUĞU) olmadığınız zamanı, yani GENELDE nasıl olduğunuzu düşünmeye çalışın. Acaba anlatabildim mi?

(İ. EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) kendinizi nasıl bir insan olarak tanımlarsınız? (Siz nasıl birisiniz? Huyunuz, karakteriniz nasıldır? İyi ve kötü yanlarınız?)

EĞER YANITLAYAMAZSA, DEVAM EDİN.

(İ. EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) başkalarına sor-sam sizin nasıl bir kişi olduğunuzu söylerlerdi?

Yaşamınızdaki önemli kişiler kimler olmuştur? (Eğer yalnızca ailesinden söz ederse: Ya arkadaşlarınız?)

İnsanlarla aranız nasıldır? Şimdiye dek onlarla nasıl geçindiniz?

Tepkileriniz ya da insanlara davranışlarınız onlarla bozuşmanıza yol açtı mı? (Evde? Okulda? İşte?) (Ne gibi?)

Hepimizin zaman zaman başkalarını kızdıran davranışlarımız olur. Sizce insanlar, sizin en çok hangi tarafınıza kızarlar?

TALİMATLAR (SCID-II'NİN, KİŞİLİK ENVANTERİ İLE BİRLİKTE KULLANILIŞI)

SCID-II GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE SCID-I GÖRÜŞMESİNDEN VE SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDEN SONRA UYGULANIR. EĞER HASTADA BİR KİŞİLİK BOZUKLUĞU VARSA, SCID-I GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE BUNU DÜŞÜNDÜRMÜŞ OLACAKTIR.

HASTA SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDE KENDİ TİPİK DUYGU VE DAVRANIŞLARINA UYAN MADDELERİ BELİRTİR. BU DA GÖRÜŞMECİYE, HASTANIN "Hayır" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ ATLAMA OLANAĞI VERİR. (ANCAK GÖRÜŞMECİ, HASTANIN "Hayır" DEDİĞİ ÖZELLİKLERİN ASLINDA VAR OLDUĞU KANISINI EDİNİMİŞ İSE, BU MADDELERİ SORUŞTURMALIDIR.) GÖRÜŞMECİ DAHA SONRA, HASTANIN "Evet" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURMAYA ÇALIŞIR.

KİŞİLİK ENVANTERİNE VERİLEN "Evet" YANITLARI, GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE SAYFANIN SOLUNDA BULUNAN SORU NUMARALARI DAİRE İÇİNE ALINARAK İŞARETLENMELİDİR. BU GÖRÜŞMECİNİN, OLUMLU OLARAK YANITLANMIŞ SORULARDA VE BUNLARLA İLİNTİLİ KONULARDA ODAKLAŞMASINI KOLAYLAŞTIRIR.

GÖRÜŞMECİ, BİR TANI KATEGORİSİ İÇERİSİNDE "Hayır" OLARAK İŞARETLENMİŞ MADDELERİ, AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA SORUŞTURMALIDIR: (1) MADDENİN DOĞRU OLDUĞUNA DAİR KLİNİK KANIT VARSA; (2) GERÇEK POZİTİFLER (YANI "3" OLARAK KODLANMIŞ KRİTERLER), TANIYI KOYMAK İÇİN GEREKLİ SAYIDAN 1 EKSİK İSE, ÖRNEĞİN, AVOIDANT KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ÜÇ MADDE "3" OLARAK KODLANMIŞSA; GERİ KALAN MADDELER OLUMSUZ OLARAK İŞARETLENMİŞ OLSA BİLE ARAŞTIRILMALIDIR.

DİKKAT: TÜM "Evet" YANITLARI, SAYILARI TANI KOYMAK İÇİN GEREKLİ EŞİĞİN ÇOK ALTINDA BİLE OLSA, EŞİKALTI KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİ KAYDEDEBİLMEK İÇİN SORUŞTURULMALIDIR.

HASTANIN SORU FORMUNDA "Evet" DİYE İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURABİLMEK İÇİN, ÖNCE GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE MADDEYE UYAN SORUYU SORUN SONRA AŞAĞIDAKİLERE BENZER SORULARLA DEVAM EDİN:

Nasıl yani? (Ne gibi)

Bana en aşırı örneğini verir misiniz?

Çoğu insana göre sizde daha mı fazla?

TALİMATLAR (SCID-II'NİN, KİŞİLİK ENVANTERİ İLE BİRLİKTE KULLANILIŞI)

SCID-II GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE SCID-I GÖRÜŞMESİNDEN VE SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDEN SONRA UYGULANIR. EĞER HASTADA BİR KİŞİLİK BOZUKLUĞU VARSA, SCID-I GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE BUNU DÜŞÜNDÜRMÜŞ OLACAKTIR.

HASTA SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDE KENDİ TİPİK DUYGU VE DAVRANIŞLARINA UYAN MADDELERİ BELİRTİR. BU DA GÖRÜŞMECİYE, HASTANIN "Hayır" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ ATLAMA OLANAĞI VERİR. (ANCAK GÖRÜŞMECİ, HASTANIN "Hayır" DEDİĞİ ÖZELLİKLERİN ASLINDA VAR OLDUĞU KANISINI EDİNİMİŞ İSE, BU MADDELERİ SORUŞTURMALIDIR.) GÖRÜŞMECİ DAHA SONRA, HASTANIN "Evet" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURMAYA ÇALIŞIR.

KİŞİLİK ENVANTERİNE VERİLEN "Evet" YANITLARI, GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE SAYFANIN SOLUNDA BULUNAN SORU NUMARALARI DAİRE İÇİNE ALINARAK İŞARETLENMELİDİR. BU GÖRÜŞMECİNİN, OLUMLU OLARAK YANITLANMIŞ SORULARDA VE BUNLARLA İLİNTİLİ KONULARDA ODAKLAŞMASINI KOLAYLAŞTIRIR.

GÖRÜŞMECİ, BİR TANI KATEGORİSİ İÇERİSİNDE "Hayır" OLARAK İŞARETLENMİŞ MADDELERİ, AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA SORUŞTURMALIDIR: (1) MADDENİN DOĞRU OLDUĞUNA DAİR KLİNİK KANIT VARSA; (2) GERÇEK POZİTİFLER (YANI "3" OLARAK KODLANMIŞ KRİTERLER), TANIYI KOYMAK İÇİN GEREKLİ SAYIDAN 1 EKSİK İSE, ÖRNEĞİN, AVOIDANT KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ÜÇ MADDE "3" OLARAK KODLANMIŞSA; GERİ KALAN MADDELER OLUMSUZ OLARAK İŞARETLENMİŞ OLSA BİLE ARAŞTIRILMALIDIR.

DİKKAT: TÜM "Evet" YANITLARI, SAYILARI TANI KOYMAK İÇİN GEREKLİ EŞİĞİN ÇOK ALTINDA BİLE OLSA, EŞİKALTI KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİ KAYDEDEBİLMEK İÇİN SORUŞTURULMALIDIR.

HASTANIN SORU FORMUNDA "Evet" DIYE İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURABİLMEK İÇİN, ÖNCE GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE MADDEYE UYAN SORUYU SORUN SONRA AŞAĞIDAKİLERE BENZER SORULARLA DEVAM EDİN:

Nasıl yani? (Ne gibi)

Ben de aynı örneğini vermiş miyim?

SCID

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YANIT FORMUNDAKİ "Ever" VEYA "Hayır" CEVAPLARINDAN BİRİSİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?
4. İnsanlara çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarını düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terkedilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz? (Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?)
18. Başkalarının işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman

29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar. Sizde böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?
34. İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınırırlar mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?
41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırdığınız ya da bozulduğunuz oldu mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?
43. Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler ummanesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alıngan bir insan sayılır mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eniştinin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?

65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiç bir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabılır ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında, kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeğe başladığınız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan birtakım yetenek yada üstünlükleriniz var mı? Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?
84. Başkaları kendinizi beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralları ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına öneri verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?
90. Başkalarının sevgilerini ya da sahip oldukları sevgileri kıskanır mısınız?

100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?
101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle birşeye niyetlendiniz mi?
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz, ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu?
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç, değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terkedeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR

109. 15 yaşından önce, okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
112. 15 yaşından önce, kavgada alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?
117. Hiç yangın çıkardınız mı?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yankesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

1. Evet Hayır
2. Evet Hayır
3. Evet Hayır
4. Evet Hayır
5. Evet Hayır
6. Evet Hayır
7. Evet Hayır
8. Evet Hayır
9. Evet Hayır
10. Evet Hayır
11. Evet Hayır
12. Evet Hayır
13. Evet Hayır
14. Evet Hayır
15. Evet Hayır
16. Evet Hayır
17. Evet Hayır
18. Evet Hayır
19. Evet Hayır
20. Evet Hayır
21. Evet Hayır
22. Evet Hayır
23. Evet Hayır
24. Evet Hayır
25. Evet Hayır
26. Evet Hayır
27. Evet Hayır
28. Evet Hayır
29. Evet Hayır
30. Evet Hayır
31. Evet Hayır
32. Evet Hayır
33. Evet Hayır
34. Evet Hayır
35. Evet Hayır

41. Evet Hayır
42. Evet Hayır
43. Evet Hayır
44. Evet Hayır
45. Evet Hayır
46. Evet Hayır
47. Evet Hayır
48. Evet Hayır
49. Evet Hayır
50. Evet Hayır
51. Evet Hayır
52. Evet Hayır
53. Evet Hayır
54. Evet Hayır
55. Evet Hayır
56. Evet Hayır
57. Evet Hayır
58. Evet Hayır
59. Evet Hayır
60. Evet Hayır
61. Evet Hayır
62. Evet Hayır
63. Evet Hayır
64. Evet Hayır
65. Evet Hayır
66. Evet Hayır
67. Evet Hayır
68. Evet Hayır
69. Evet Hayır
70. Evet Hayır
71. Evet Hayır
72. Evet Hayır
73. Evet Hayır
74. Evet Hayır
75. Evet Hayır
76. Evet Hayır

81. Evet Hayır
82. Evet Hayır
83. Evet Hayır
84. Evet Hayır
85. Evet Hayır
86. Evet Hayır
87. Evet Hayır
88. Evet Hayır
89. Evet Hayır
90. Evet Hayır
91. Evet Hayır
92. Evet Hayır
93. Evet Hayır
94. Evet Hayır
95. Evet Hayır
96. Evet Hayır
97. Evet Hayır
98. Evet Hayır
99. Evet Hayır
100. Evet Hayır
101. Evet Hayır
102. Evet Hayır
103. Evet Hayır
104. Evet Hayır
105. Evet Hayır
106. Evet Hayır
107. Evet Hayır
108. Evet Hayır
109. Evet Hayır
110. Evet Hayır
111. Evet Hayır
112. Evet Hayır
113. Evet Hayır
114. Evet Hayır
115. Evet Hayır
116. Evet Hayır

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

AVOIDANT KİŞİLİK
BOZUKLUĞUAVOIDANT KİŞİLİK BOZUKLUĞU
KRİTERLERİ

Erken erişkinlikte başlayan ve çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, toplum içinde huzursuzluk, utanç, açlık ve beğenilmeme ya da küçümsenme korkusudur.

Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

+ 1. Eleştirilmekten korkar mısınız? İnsanlar sizi eleştirirse ya da davranışlarınızı veya sözlerinizi onaylamazsa incinir misiniz? Çoğu insan eleştirilmekten hoşlanmaz. Siz başkalarından daha çok mu etkilenirsiniz?	1. Eleştiri ya da onaylanmama karşısında kolayca incinme. (Ayrıca Bağımlı Kişilik Bozukluğunda da).	? 1 2 3	59
+ 2. Ailenizin dışında, derdinizi açabildiğiniz, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz kaç arkadaşınız var? Kendinizi en yakın hissettiğiniz kişi kimdir?	2. Birinci derece akrabalarının dışında hiç bir yakın arkadaş ya da sırdışının olmaması (veya yalnızca bir kişinin olması). (Ayrıca Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozukluğunda da.)	? 1 2 3	60
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça insan içine girmekten kaçınır mısınız? (Örnek verebilir misiniz?) (Karşınızdakinin sizden hoşlanıp hoşlanmadığını bilmiyorsanız ne yaparsınız?)	3. İstendiğine kesinlikle emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmekte isteksizlik.	? 1 2 3	61

+ 5. Topluluk içinde iken yanlış bir şey söylemekten ya da cevap verememekten korkar mısınız? Sırf bu yüzden konuşmadığınız olur mu? (Örnek verir misiniz?) (İnsanlar sizin sessiz biri olduğunuzu düşünür mü?)

+ 6. Başkalarının önünde kızarmak, ağlamak ya da heyecanlı görünmekten korkar mısınız? (Açıklar mısınız?) (Bu yüzden duygularınızın kolayca anlaşılabilceği durumlardan kaçınır mısınız?)

+ 7. Başkalarına kolay gelen bir çok şeyi siz gözünüzde büyütür müsünüz? (Nedir size zor ya da tehlikeli gelen işler?) (Size zor görüldüğü için bazı şeylerden kaçındığınız oldu mu?)

5. Topluluk içinde uygunsuz ya da aptalca bir şey söyleyeceği ya da soruları yanıtlamayacağı korkusuyla susma.

6. Başkalarının önünde kızaracağından, ağlayacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkma.

7. Sıradan, ama kendi rutini dışındaki işleri yaparken olabilecek zorlukları, fizik tehlikeleri ve riskleri büyütme. Örneğin, çok enerji sarfedip yorulacağını düşündüğü için sosyal bir etkinlikten sort anda vazgeçme.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 63

? 1 2 3 64

? 1 2 3 65

1 3 66

AVOIDANT
K.B.

**BAĞIMLI KİŞİLİK
BOZUKLUĞU****BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU
KRİTERLERİ :**

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen yaygın bir, bağımlı ve boyun eğici davranış kalıbıdır. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
(Ne gibi şeyleri danışma ihtiyacı duyarsınız?)
(Dayanabileceğiniz bir kimse olmayınca ne yaparsınız?)

1. Diğer insanlardan öğüt ve güvence almadıkça sıradan kararları vermede zorlanma.

? 1 2 3 67

9. Sizinle ilgili önemli konularda, kararları başkalarına mı bırakırsınız?
(Bашkalarına bıraktığınız önemli kararlara örnek verir misiniz?)
(Hayati kararlarınızın çoğunda bu böyle mi oldu?)

2. Kendisi ile ilgi önemli konularda (örneğin, nerede oturacağı, ne iş yapacağı gibi), kararları başkalarına bırakma.

? 1 2 3 68

10. İnsanların fikirlerine karşı çıkmaktan çekinir misiniz? Genellikle her söyleneni kabul eder misiniz?
(Aynı fikirde olmasanız da mı?)
(Örnek verebilir misiniz?)
(Bu herkesle ve sık olur mu? Eğer söylediklerine karşı çıkarsanız ne olacağından korkuyorsunuz?)

3. Reddedilme korkusu ile, yanıldıklarına inansa bile insanların fikrine karşı çıkmama.

? 1 2 3 69

11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi? (Bir kaç örnek verir misiniz?) (Bir işe yalnız başlamak size zor gelir mi?) (Size yardım edebilecek biri olursa bunları yapabilir misiniz?)	4. Kendi başına bir işe başlamada ya da yapmada zorlanma.	? 1 2 3	70
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz? (Örnek verebilir misiniz?) (Sizin için küçültücü olabilecek şeyler yapmaya kadar vardı mı?)	5. Diğer insanlara kendini kabul ettirmek için hoşla gitmeyen ya da küçültücü işleri üstlenme.	? 1 2 3	71
13. Yalnız kalmak sizi rahatsız eder mi? (Anlatır mısınız?) Yalnız kalmamak için çaba harcar mısınız?	6. Yalnızken kendini rahatsız ve aciz hissetme ya da yalnızlığı önlemek için çok çaba harcama.	? 1 2 3	72
14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hissedersiniz? Anlatır mısınız? (Bu her defasında olur mu?)	7. Yakın bir ilişki sonlandığında kendini aciz, mahvolmuş hissetme.	? 1 2 3	73
15. Terkedilmekten ya da yalnız kalmaktan çok korkar mısınız? (Bu korku her zaman var mı?)	8. Genellikle terkedilme korkusu içinde olma.	? 1 2 3	74

SCID-II Türkçe

Bağımlı Kişilik 5

DAHA ÖNCE SORULMAMIŞSA:
(BKZ. AVOIDANT K.B. Soru 1)

*Eleştirilmekten korkar mısınız?
İnsanlar sizi eleştirirse ya da dav-
ranışlarınızı veya sözlerinizi onay-
lamazsa incinir misiniz?*

*Çoğu insan eleştirilmekten hoş-
lanmaz. Siz başkalarından daha mı
çok etkilenirsiniz?*

9. Eleştiri ya da onaylanmama kar-
şısında kolayca incinme.
(Ayrıca Avoidant Kişilik Bozuk-
luğunda da.)

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 75

1 3 76

BAĞIMLI
K.B.

21 tekrarla b
1-2 3-14 15

OBSESİF-KOMPULSİF
KİŞİLİK BOZUKLUĞUOBSESİF-KOMPULSİF KİŞİ-
LİK BOZUKLUĞU KRİTER-
LERİ

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, mükemmeliyetçilik ve esnek olamama paternidir.

Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir.

16. Yaptıklarınızın mükemmel olmasını ister misiniz?

İşlerinizi en iyi şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz?

(Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz oldu mu?)

(Aşırı titiz bir insan sayılır mısınız?)

1. İş bitirmeyi engelleyen bir mükemmeliyetçilik. Örneğin, kendi katı standartlarını tutturamadığı için bir projeyi tamamlayamama.

? 1 2 3 16

17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?

Ayrıntılarla uğraşırken asıl amacı kaçırdığınız olur mu?

2. Ayrıntılar, kurallar, sıra, düzen, planlama ve organizasyonla fazla uğraşma sonucu işin ana amacının kaybolması.

? 1 2 3 17

18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz? Bana bu konuda bir kaç örnek verir misiniz?

(Sizin istediğiniz şekilde değil de başka türlü yaptıklarında kızar mısınız?)

3. Başkalarının, işleri onun kural ve yöntemlerine uygun biçimde yapmasında ısrar etme; ya da doğru yapmayacaklarını düşündüğü için işleri başkalarına bırakmak isteme.

? 1 2 3 18

19. Sizden başka kimse için doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkalarına bırakmaktan kaçınır mısınız?

†	20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu? Yakınlarınız çok çalışmanızdan ve kendilerine zaman ayırmamanızdan şikayet ederler mi? (EKONOMİK ZORUNLULUKLARI DIŞLAYIN: Bu kadar çok çalışmanızın nedeni sadece geçiminiz için mi?)	4. Çalışma ve üretkenliğe, eğlenmeyi ve arkadaşlık ilişkilerini tamamen dışlayacak kadar düşkün olma. (Belirgin ekonomik zorunluluk nedeniyle aşırı çalışmayı saymayın.)	? 1 2 3	19
†	21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu? (Bunun için geç kaldığınız, işleri bitiremediğiniz olur mu? Ya da neresinden başlayacağınıza karar veremediğiniz?) (DIŞLAMA: Bunun nedeni başkalarına danışmadan ya da güvence almadan karar verememeniz midir?)	5. Kararsızlık, karar vermekten kaçınma ya da erteleme. Örneğin, işlerin hangi sıra ile yapılacağına karar veremediği için görevleri zamanında bitirememe. (EĞER KARARSIZLIK DANIŞMA YA DA GÜVENCE GEREKSİNİMİNE BAĞLIYSA SAYMAYIN.)	? 1 2 3	20
†	22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizden endişelenir misiniz? Hangi konularda endişelenirsiniz? (Küçük yanlışlarınız için çok üzülür müsünüz?) (Kendinizi diğer insanlara göre daha dürüst bulur musunuz?)	6. Ahlak kuralları, etik ve değerler konusunda aşırı katılık, vicdanlılık ve dürüstlük. (Kültürel ve dini özellikleri saymayın.)	? 1 2 3	21

24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
Biraz açıklar mısınız?
(Başkaları sizi soğuk bulur mu?)
(İnsanlara sevgi göstermek, sarılmak, kucaklamak sizi rahatsız eder mi?)

7. Duyguların anlatımında kısıtlılık.

? 1 2 3 22

25. İnsanlara ikramda bulunmak ya da birşeyler ısmarmaktan hoşlanırsınız mı?

8. Kişisel çıkarı olmadığı sürece insanlara zaman ayırmama, para ya da hediye vermeme. Cimrilik.

? 1 2 3 23

İnsanlara birşey vermek size zor gelir mi?

Başkaları sizi cömert mi yoksa eli sıkı mı bulur? Başkalarına zaman ayırmak, hatırlı yapmaktan hoşlanır mısınız? Yoksa zamanınız çok mu değerlidir?

26. Kullanmadığınız, eski eşyaları saklar mısınız?

Böyle şeyleri atmakta zorlanır mısınız?

(Bu eşyaların manevi değeri var mıdır, yoksa aslında pek değeri yok mudur?)

9. Manevi değerleri olmasa bile, eski ve değersiz şeyleri atamama.

? 1 2 3 24

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 25

OBSESİF-
KOMPULSİF
K.B.

PASİF AGRESİF KİŞİLİK
BOZUKLUĞUPASİF AGRESİF KİŞİLİK
BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Yeterli sosyal ve mesleki performans istemlerine karşı yaygın bir dirençtir. Bu davranış paterni, erken erişkinlikte başlar ve çok çeşitli durumlarda kendini belli eder.

27. İşlerinizi son ana kadar erteler misiniz? Nasıl? Örnek verir misiniz? (Bu nedenle işinizi zamanında bitiremediğiniz olur mu?)	1. Ağırdan alma, yapılması gereken işleri sürüncemede bırakma ve zamanında bitirmeme.	? 1 2 3 26
28. İstemediğiniz, sevmediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da küser misiniz? (Örnek verir misiniz?) (Söylediğiniz sözler ya da surat astığınız için insanlar sizden bir şey istediklerine pişman olurlar mı?)	2. İstemediği bir işi yapması talep edildiğinde aksilenme, surat asma ya da tartışmaya girme.	? 1 2 3 27
29. Aslında yapmak istemediğiniz ama yapmanız gereken işleri bile rek ağırdan alır mısınız? Ya da ertelemek için bahane arar mısınız? (Kasten kötü yapar mısınız?) (Bir kaç örnek verir misiniz?)	3. Yapmak istemediği işleri bilerek ağır, yavaş ya da kötü yapma.	? 1 2 3 28
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?	4. Karşı koyuculuk; başkalarının kendisinden haksız isteklerde bu-	? 1 2 3 29

31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz? (Örnek verebilir misiniz?)	5. Unuttuğunu iddia ederek sorumluluklarını yerine getirmeme.	? 1 2 3	30
32. Görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız? Başkaları bu konuda ne düşünüyor? Hakkınızı veriyorlar mı? (PARANOID DÜŞÜNCE DİŞLAN-MALI: insanlar kasten ve bilerek mi hakkınızı vermiyor?)	6. Başkalarının düşündüğünün aksine çok iyi iş yaptığını inanma.	? 1 2 3	31
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?	7. Daha üretken olması için yapılan yararlı önerilere kızma.	? 1 2 3	32
34. İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınılar mı? (Nasıl? Bu konuda belirli bir örnek verebilir misiniz?)	8. Üzerine düşen görevi yapmayarak diğer insanların çabalarını engelleme.	? 1 2 3	33
35. Amirlerinizin genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz olduğunu düşünüp mısınız? Örnek verir misiniz? (Otorite konumundaki kişiler, -amirleriniz, büyükleriniz- hakkında neler düşünürsünüz?)	9. Otorite konumundaki kişileri hak-siz biçimde küçük görme ve eleştirme.	? 1 2 3	34
	EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.	1 3	35

SELF-DEFEATING KİŞİLİK BOZUKLUĞU

SELF-DEFEATING KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda ortaya çıkan, yaygın bir, "self defeating" davranış kalıbıdır. Kişi sıklıkla haz verici yaşıntılardan kaçınır ya da bunları azaltır. Acı çekeceği durum veya ilişkilere sürüklenir. Diğer insanların yardım etmesini engeller. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir: _____

DİKKAT: "2" YA DA "3" OLARAK PUANLAYABİLMEK İÇİN, DAVRANIŞIN a) YALNIZCA DEPRESE İKEN; b) FİZİK, CİNSEL YA DA PSİKOLOJİK İSTİSMARDAN KURTULMAK İÇİN YA DA BUNLARA TEPKİ OLARAK GELİŞMEDİĞİNE İLİŞKİN ÖRNEKLER GEREKLİDİR.

~~36.~~ 36. Arkadaş ya da sevgilileriniz size genellikle kötü mü davranırlar? Sizden faydalanırlar mı? (Bunu biraz anlatır mısınız?) (İlişkilerinizin çoğu böyle midir?)

37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz? (Örnek verir misiniz?)

1. Daha iyi seçenekler varken bile, kendisini düş kırıklığına ya da başarısızlığa uğratan durum ve ilişkileri davet etme, ya da kendisine kötü davranan insanları seçme.

? 1 2 3 36

40. Başarılı olduğunuzda bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz? (Örnek verir misiniz?)	3. Olumlu kişisel olaylara (örneğin yeni bir başarı), depresyon ya da suçlulukla tepki verme ya da acı veren davranışlara yol açma (kaza yapma gibi)	? 1 2 3	38
+ 41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin insanları kızdırdığı olur mu? Bu sizi şaşırtır mı? Bu konuyu biraz açıklar mısınız? (Size kızdıklarında kendinizi nasıl hissedersiniz?)	4. Diğer insanları tahrik ederek kızdırma, onları kendisini incitme ve aşağılamaya zorlama. (Örneğin, eşi ile herkesin içinde alay ederek onun kendisine kötü davranmasına neden olur ve sonuçta kendini çok kötü hisseder.)	? 1 2 3	39
+ 42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu? Biraz anlatır mısınız? (Bu sık sık olur mu?)	5. Haz verecek fırsatları tepme, kendisine sunulan eğlenme, neşelenme olanaklarını reddetme ya da neşeli ortamda iken bile eğlendiğini kabul etmeme (yeterli sosyal becerisi ve eğlenme olanakları olmasına karşın).	? 1 2 3	40
43. Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz olur mu? Eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz? Örnek verir misiniz? (Bu oldukça sık olur mu?)	6. Yeteneği olmasına karşın kendisi için önemli işleri başarmada zorlanma. (Örneğin, bir öğrenci arkadaşlarının ev ödevlerine yardım eder ama kendisininkini yapamaz.)	? 1 2 3	41
44. Başarılı bir insan sayılır mısınız? Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri yapar mısınız? (Bu gerçekten önemli işlerde bile olur mu?)			
45. Başkalarının işine yardım etti-			

46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise ilginç bulduğunuz olur mu? Buna bir kaç örnek verir misiniz? (Sizinle ilgilenen erkekleri/kadınları çekici bulur musunuz?)

7. Kendisine iyi davranan insanlardan sıkılma ya da onlarla ilgilenmeme. (Örneğin, ilgili davranan cinsel eşlerden kaçınma.)

? 1 2 3 42

47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyler yapar mısınız?

8. Aşırı bir kendini feda etme davranışı. Bu davranış, uğruna yapılan kişi tarafından bile istenmeyecek ve reddedilecek denli aşırıdır.

? 1 2 3 43

48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız? Onlar bundan yakınır mı? Bir kaç örnek verir misiniz? (Kendinizi başkaları için adeta feda eder misiniz?)

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 44

SELF
DEFEATING
K.B.

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

PARANOİD KİŞİLİK BOZUK- LUĞU KRİTERLERİ:

Yaygın bir kuşkuculuk ve başka insanların davranışını, küçümseyici, kasıtlı ve tehditkar olarak yorumlama eğilimidir. Bu davranış paterni, erken erişkinlikte başlar ve çok çeşitli durumlarda ortaya çıkar. Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

49. Eğer dikkat etmezseniz, insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz? Bunun için sürekli tetikte durur musunuz? Geçmişte insanların sizi nasıl kullandıklarına bir kaç örnek verir misiniz? (Yeni durumlar- da, yabancı ortamlarda hep tedirgin ve tetikte mi olursunuz?)	1. Gerçek bir temeli olmamasına karşın, başkalarının kendisini kullanacağı ya da kötülük edeceği beklentisi içinde olma.	?	1	2	3	45
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düşer misiniz? Böyle hissettiğiniz durumlara örnek verir misiniz? (Çok sık böyle hisseder misiniz?)	2. Haklı bir nedeni olmadan arkadaş ya da yakınlarının sadakat ve güvenirliliğini sorgulama.	?	1	2	3	46
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?	3. Masum olay ve sözlerden aşağılayıcı ve tehditkar anlamlar çıkararak kızma. Örneğin, komşusunun kendisini kızdırmak için çöpü daha önce koyduğunu düşünme.	?	1	2	3	47
52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları kolay affeder misiniz? (Örnek verir misiniz?) (Kin	4. Uğradığı hakaret ve zararları bağışlamama ya da kin gütmeye.	?	1	2	3	48

53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz? +

54. İnsanların sizinle gizli gizli alay ettiği olur mu? Kasten görmezlikten gelmelerine kızar mısınız? (Nasıl?) Alingan bir insan sayılır mısınız? +

55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız? (Nasıl?) (Kıskançlık yüzünden tartışma çıkarır mısınız?)

56. Eşinizin (sevgilinizin) sizi aldatığından kuşkulandığınız oldu mu? Bu konuyu açıklar mısınız? (Nasıl? Delil var mıydı?) (Bu konuda ne yaptınız?) (Haklı mıydınız?) +

5. Kendisine karşı kullanılır kuşku-suyla başkalarına açılmak isteme-me.

6. Küçümsendiğine kolayca inandığı için çabuk öfkelenme ve tepki gösterme.

7. Eş ya da sevgilisinin sadakatin-den haksız yere kuşkulama.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 49

? 1 2 3 50

? 1 2 3 51

1 3 52

PARANOID
K.B.

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUK- LUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, insanlar arası ilişkilerde bozukluk ile, düşünce, davranış ve görünümde gariplik paternidir. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

57. Kendi aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar diye düşündüğünüz olur mu? (Bu konuyu biraz açıklayınız?)	1. Referans fikirleri. (Referans delirilerini saymayınız.)	? 1 2 3	53
58. Bazı olay ya da durumların özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı? (Hiç böyle bir anlam çıkardınız mı?)			
59. Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi? Birçok kişi bundan rahatsız olabilir, siz daha mı fazla rahatsız olursunuz?	2. Aşırı sosyal anksiyete, yani, tanımadığı kişilerle birlikte iken huzursuz olma.	? 1 2 3	54
60. Hiç olağan dışı olaylara tanık oldunuz mu? (Biraz anlatır mısınız?)	3. Subkültürel normlara uygunluk göstermeyen ve davranışı etkileyen majik düşünceler ya da garip inançlar. Örneğin, batıl inançlar, gaipden haber alma, telepati, altıncı his, duygularının başkaları tarafından anlaşılması. (Çocuk ve ergenlerde bizar fantazi ve uğraşlar.)	? 1 2 3	55
61. Büyüye, altıncı hisse ya da ruhlara inanır mısınız? (Üçan dairelere? Telepatiye?) (Nasıl?)			

62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu? Birkaç örnek verir misiniz?

63. Kimseyi göremesiniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu? Bunları biraz açıklayınız? (Buna benzer başka yaşantılarınız oldu mu?)

64. Hiç bir insanın yüzünün, ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü? Bu konuyu biraz anlatır mısınız? (Başka tuhaf şeyler oldu mu?)

GÖRÜŞME SIRASINDA GÖZLENEN

DAHA ÖNCE SORULMADIYSA:
(BKZ. AVOIDANT K.B. SORU 2)
Ailenizin dışında, derdinizi açabildiğiniz, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz kaç arkadaşınız var? Kendinizi en yakın hissettiğiniz kişi kimdir?

4. Alışılmadık algısal yaşantılar. Örneğin, illüzyonlar, gerçek olmayan güç ya da insanların varlığını hissetme. Örneğin, "ölmüş annemin o anda odada olduğunu hissettim" gibi.

5. Garip, egzantrik davranış ya da görünüm. Örneğin, kendi kendine konuşma, garip makyajizm, hijyen ve giyimde uygunsuzluk.

6. Birinci derece akrabalarının dışında hiç bir yakın arkadaş ya da sırdaşının olmaması (veya yalnızca bir kişinin olması). (Ayrıca Şizoid ve Avoidant Kişilik Bozukluğunda da.)

? 1 2 3 56

? 1 2 3 57

? 1 2 3 58

SCID-II Türkçe

Şizotipal Kişilik 18

PARANOİD K.B. NUN İLK BEŞ
KRİTERİNDEN HERHANGİ BİRİ

9. Kuşkuculuk ya da paranoid dü-
şünce.

? 1 2 3 | 61

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

1 3 | 62

ŞİZOTİPAL
K.B.

ŞİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU

ŞİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, sosyal ilişkilere ilgisizlik ile emosyonel yaşantı ve ifadelerde kısıtlılıktır. Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

+	65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz? Biraz açıkla mısınız?	1. Aile ile birlikte olmak dahil yakın ilişkilerden zevk almama ve isteme.	? 1 2 3	63
+	66. İşlerinizi yalnız yapmayı, başkaları ile birlikte çalışmaya tercih eder misiniz? (Bu her zaman böyle midir? (İnsanlarla birlikte yapmaktan hoşlandığınız şeyler var mı?)	2. Her zaman tek başına yapılan uğraşları yeğleme.	? 1 2 3	64
+	67. Duygularınızı gösterir misiniz? Çabuk parlar ya da kolay neşelenir misiniz? Bu her zaman böyle mi olmuştur? (Soğuk bir insan sayılır mısınız?)	3. Öfke ve neşe gibi güçlü duyguları çok ender gösterme ya da söyleme.	? 1 2 3	65
+	68. Hiç kimse ile cinsel ilişkide bulunmamaya razı olur muydunuz? Her zaman böyle mi hissettiniz?	4. Başka bir kişi ile cinsel ilişkiye girmede isteksizlik. (Yaş göz önüne alınmalıdır.)	? 1 2 3	66

SCID-II Türkçe

DAHA ÖNCE SORULMADIYSA:
(BKZ. AVOIDANT K.B. SORU 2)

Ailenizin dışında, derdinizi açabil-
diğiniz, kendinizi gerçekten yakın
hissettiğiniz kaç arkadaşınız var?
Kendinizi en yakın hissettiğiniz kişi
kimdir?

GÖRÜŞME SIRASINDA
GÖZLENEN

6. Birinci derece akrabalarının dışın-
da hiç bir yakın arkadaş ya da sırda-
şının olmaması veya yalnızca bir kişi-
nin olması. (Ayrıca Avoidant ve Şi-
zotipal Kişilik Bozukluğunda da.)

7. Affektif küntlük. Örneğin, soğuk
ya da uzaktır; konuşma sırasında,
gülümseme ve baş sallama gibi
davranış ve mimiklere karşılık ver-
mez.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

Şizoid Kişilik 20

? 1 2 3 68

? 1 2 3 69

1 3 70

ŞİZOID
K.B.

22 tekrarlar b
1-2 3-14 15

70. İnsanların sizi dövmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması hoşunuza gider mi? Ne kadar? Bana bir kaç örnek verir misiniz? (Bazı şeyleri sadece övgü almak ya da beğeni toplamak için yapar misiniz?)

71. Erkeklerle (kızlarla) birlikte ol-
maktan, konuşmaktan hoşlanır
misiniz? İnsanlar bundan yakınır
mı? (GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAV-
RANIŞI DA GÖZ ÖNÜNE ALIN.)

72. Güzel görünmek sizin için
önemli midir? Ne kadar? Başkala-
rına kıyasla, dış görünüşünüz için
daha fazla zaman harcar misiniz?

2. Cinsel yönden uygunsuz bir
baştan çıkarcı davranış ya da görü-
nüm.
3. Fiziksel gelişiciliğine aşırı önem
verme.

4. Duygularınızı uygunsuz düzeyde
abartarak gösterme. Örneğin, samir-
mi olmadığınız kişilere hararetle sarıl-
ma, utak duygusal olaylarda kontrol
edilemeyen ağlamalar, uygunsuz
"sinir krizleri".

73. Duygularınız çok güçlü mü-
dür? Duygularınızı herkesin içinde
gösterir misiniz? Örneğin azıcık
duygularınınca hemen ağlar misir-
niz? Fazla samimi olmadığınız bir
ile karşılaştığınızda sarılır misiniz?
Kızınca çok bağırıp çağırır misiniz?

74. İnsanların size bakması, sizinle
ilgilenmesi hoşunuza gider mi?
Kimse sizi fark etmezse nasıl his-
sedersiniz? (Özellikle bir topluluk-
ta nasıl hissedersiniz?)

5. Dikkat odağı olmadığı durumlarda
huzursuz olma.

16

17

18

19

20

? = Bilgi yetersiz
1 = Yok ya da yanlış
2 = Eşik altı
3 = Eşik ya da doğru

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

?

77. Kendi ihtiyaçlarınızda öncelik verir misiniz? Başkalarının istekleri sizin için önüne geçerse nasıl hissedersiniz? (Örnek verebilir misiniz?)

78. Hiç insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi? (Ne zaman?)

79. Birşey istediğinizde bunun hemen olması için ısrar eder misiniz? Beklemeye tahammülünüz var mıdır? (Örnek verir misiniz?)

GÖRÜŞME SİRASINDA GÖZLENEN

7. Ben-merkezci olma, davranışlarının anında doyum sağlamaya yöneltik olması, doyumun etelenmesine dayanma gücünün olmaması.

8. Aşırı izlenimci ve ayrıntıdan yoksun konuşma. Örneğin, annesini tanımlaması istendiğinde "harikula de bir insandı" dışında ayrıntılı tanımlayamama.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

HİSTİRYONİK
K.B.

22 ? 1 2 3

23 ? 1 2 3

24 1 3

1
1
1
1
1
1
1

? = Bilgi yetersiz 1 = Yok ya da yanlış 2 = Eşik altı 3 = Eşik ya da doğru

80. Eleştirildiğinizde kendinizi nasil hissedersiniz? Çok bozulur musunuz? (Kızma? Ulanma?) Gunun-nuz kırılır mı? (Bu saatlerce ya da gunlerce sürer mi?) (Örnek verir misiniz?)	+	25	?	1	2	3	1. Eleştiriyse öke ya da asırı gunur incinmesi ile tepki gösterme (dışa vurmassa bile).
81. Insanlardan, isteklerinizi yapmaları bekler misiniz? İsteklerinizi için başkalarını kullanmış mı? (Nasıl?) (Bu sık olur mu?)	+	26	?	1	2	3	2. Kişilerarası ilişkilerde istismarcılık: Kendi kişisel çıkarları için başkalarını kullanma.
82. Insanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunı düşünür müsünüz? (Açıklar misiniz?)	-						
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleri-niz var mıdır? (Biraz açıklar mısınız?)	+	27	?	1	2	3	3. Kendini çok önemli bir insan gibi görme; grandiyözite. Örneğin, başarıları ve yeteneklerini abartır, herhangi bir özelliği olmadığı halde başkalarının kendisini özel biri olarak görmesini bekler.
84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü? Buna ilişkin örnekler verir misiniz?	+						

kalarının kendisi hakkındaki düşün-celerine aşırı duyarlıdır. Aşagıdakilerden en az 5'i gerekir:

? = Bilgi yetersiz 1 = Yok ya da yanlış 2 = Eşik altı 3 = Eşik ya da doğru

90. İnsanları kıskanır mısınız? İnsanların nefsini kıskanırsınız? (Siz- duygular sizi çok üzer mi?) (Siz- den daha başarılı insanlar kıskanır mısınız?)	33	?	1	2	3
89. İnsanlar sizin, onların duygularını anlamadığınızdan ya da yet ederler mi? Bana bir kaç örnek verir mısınız?	32	?	1	2	3
88. İnsanların size dikkat etmesi- ne ya da hayran olmasına önem verir mısınız? Biraz anlatır mısınız?	31	?	1	2	3
87. Herşeye nakkı olduğunu sanma; manlıksız bir özel muamele görme beklentisi. Örneğin, başkaları kuy- rukta beklerken kendisinin öyle bir zorunluluğu olmadığını düşünme.	30	?	1	2	3
86. Empati yokluğu, başkalarının so- runlarını anlamama. Örneğin, bir arkadaşı ciddi hastalık nedeniyle randevuyu iptal edince kızma ve şa- şıma.	32	?	1	2	3
9. Yoğun kıskançlık duyguları.	33	?	1	2	3

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, mizaç, insan ilişkileri ve benlik imajında yaygın bir kararsızlık ve değişkenlik halidir. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

+ 91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Önceleri çok sevdiğiniz bir kişiden daha sonra nefret ettiğiniz oldu mu? (Örnek verebilir misiniz?) (Bütün önemli ilişkilerinizde böyle olur mu?)	1. Değişken, kararsız ve yoğun kişiler arası ilişkiler. Bu davranış, karşısındakini yüceltme ve aşağılama arasında gidip gelmelerle karakterizedir.	? 1 2 3 35
Başınızı derde sokabilecek işler yaptığınız oldu mu? Örneğin ...	2. Kendisine zarar verebilecek eylemlerin en az ikisinde impulsif davranış. Örneğin müsriflik, seks, kumar, uyuşturucu kullanma, mağaza hırsızlığı, aşırı yemek yeme, tehlikeli biçimde araba kullanma. (5. kriterde puanlanan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayın.)	? 1 2 3 36
+ 92. Aklınıza estiği gibi para harcadığınız oldu mu? (Taksitleri ödeemediğiniz?)		
+ 93. Yeni tanıdığınız birisiyle yatağa girdiğiniz oldu mu?		
+ 94. Fazlaca içki içtiğiniz ya da uyuşturucu kullandığınız?		
+ 95. Tehlikeli araba kullandığınız?		
96. Aşırı yemek yediğiniz oldu mu?		

f. 98. Moraliniz sık bozulur mu? Sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu? (Anlatır mısınız?) (Böyle bir durum ne kadar sürer?)

99. Kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu? Açıklar mısınız? (Bu sık sık olur mu?)

T 100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız? (Nasıl?) (Bu sık sık olur mu?)

101. Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya çalıştınız mı? Böyle bir şeye niyetlendiniz mi? Açıklar mısınız? (Bunu başkalarına belli ettiniz mi?)

Hiç kendinize jilet attınız mı? Ya da buna benzer şeyler yaptınız mı?

f 102. Bilerek bir kazaya sebep oldunuz mu? (Yaralandınız mı?)

3. Affektif instabilite: Genellikle bir kaç saat, nadiren bir kaç günden fazla süren, normal mizaçtan depresyon, iritabilite ya da anksiyeteye sapmalar.

? 1 2 3 37

4. Yersiz ve yoğun öfke ya da öfkenin denetlenememesi. Örneğin, sürekli öfke hali, tekrarlayan fizik kavgalar ya da tekrarlayıcı öfke nöbetleri.

? 1 2 3 38

5. Yineleyici suisid tehditleri ya da girişimleri; ya da kendini yaralama.

? 1 2 3 39

103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu? Bu durumlara örnek verebilir misiniz? (Çoğu zaman böyle mi hissedersiniz?)

104. Geleceğiniz ya da iş planlarınız konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Açıklar mısınız?)

105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek (ya da çıkmak) istediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Kimlerle dostluk etmek istediğinize karar veremediğiniz?) (Eşcinsel olup olmadığınızı düşündüğünüz oldu mu?)

106. Değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu? Biraz açıkla mısınız?

107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız? Açıklar mısınız?

108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden korkar mısınız? (Ne kadar?) Böyle bir şey hiç başınıza geldi mi? (Sizi bırakmaması için)

6. Aşağıdakilerden en az ikisini, kararsızlıkla kendini gösteren, belirsiz ve kalıcı bir kimlik bozukluğu:
- benlik imajı,
- cinsel kimlik,
- uzun vadeli amaçlar ya da meslek seçimi,
- arkadaş seçimi,
- değer yargıları.

7. Kronik boşluk ya da can sıkıntısı duygusu.

8. Gerçek ya da hayali terkediilmeyi önlemek için çılgınca çaba harcama. (5. kriterde ele alınan intihar ya da kendini yaralama davranışını sav-

? 1 2 3 40

? 1 2 3 41

? 1 2 3 42

1

r

y

1

r

r

c

r

1

r

t

r

1

2

2

1

r

s

(

1

**ANTİSOSYAL KİŞİLİK
BOZUKLUĞU**
**ANTİSOSYAL KİŞİLİK
BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:**

	A. Şu anda en az 18 yaşındadır.	? 1 2 3	44
	B. 15 yaşından önce başlayan ve aşağıdakilerden en az 3'ünün öyküde varlığı ile belirlenen Conduct Bozukluğu:		
109. Çocukken okuldan kaçarmıydınız? (Kaç kez kaçtınız?) (Kaç yaşındaydınız?)	1. Okuldan kaçma.	? 1 2 3	45
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı? (Anlatır mısınız?) (Geceyi dışarıda geçirmiş miydiniz? Kaç kez oldu?) (Kaç yaşındaydınız?) (O zaman kiminle yaşıyordunuz?)	2. Ailesi veya velisiyle birlikte oturduğu evden en az iki kez tüm gece evden kaçma. (Veya bir kez geri dönmek üzere kaçma.)	? 1 2 3	46
111. Çocukken kavga eder miydiniz? Anlatır mısınız? (Siz mi başlattınız?) (Sık sık kavga eder miydiniz?) (Kaç yaşındaydınız?)	3. Sık sık fizik kavgalar başlatma.	? 1 2 3	47
112. 15 yaşından önce, kavgada alet kullanır mıydınız? (Ne tip bir alet? Sık sık mı?)	4. Birden fazla kavgada silah kullanma.	? 1 2 3	48
113. Başka çocukları sıkıştırıp eller miydiniz? Hiç bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı? (Nasıl?) (15 yaşından önce?)	5. Başkalarını cinsel ilişkiye zorlama.	? 1 2 3	49
114. Çocukken hayvanlara eziyet	6. Hayvanlara eziyet etme.	? 1 2 3	50

115. Başka çocukları döver miydiniz? Anlatır mısınız? (Kaç yaşındaydınız?) (Yalnız kavga sırasında mı?) (Ya da başka türlü eziyet eder miydiniz?) (Yaptığınız en kötü şey neydi?)

116. Hiç size ait olmayan şeylere bilerek zarar verdiğiniz oldu mu? (Ne yaptınız?) (Kaç yaşındaydınız?)

117. Hiç yangın çıkardınız mı? (Anlatır mısınız?) (Kaç yaşındaydınız?)

118. Çocukken yalan söyler miydiniz? (Sık sık mı?) (Niçin? Kaç yaşındaydınız?)

119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı? (Neler çaldınız?)

120. Yankesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu? (Açıklar mısınız?) (Kaç yaşındaydınız?)

7. İnsanlara eziyet etme.

8. Başkalarının malına tasarlayarak zarar verme.

9. Tasarlayarak yangın çıkarma.

10. Sürekli yalan söyleme. (Fizik ya da cinsel istismarı engellemek için söylenen yalanları saymayın.)

11. Mağdurla yüz yüze gelmeksizin bir kereden fazla çalma. (Sahte imza atma dahil.)

12. Mağdurun gözü önünde çalma. Örneğin, gasp, zorbalık, yankesicilik, çanta çalma gibi.

EN AZ 3 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞDIR.

? 1 2 3 51

? 1 2 3 52

? 1 2 3 53

? 1 2 3 54

? 1 2 3 55

? 1 2 3 56

1 3 57

EĞER ÜÇTEN AZ MADDE "3" OLARAK KODLANMIŞSA GÖRÜŞMEYİ SONLANDIRIN. ÜÇ YA DA DAHA ÇOK MADDE "3" OLARAK KODLANDIYSA DEVAM

SCID-II BİTTİ
GİT
PUANLAMA
FORMU

DIKKAT: BUNDAN SONRAKİ
SORULAR KİŞİLİK ENVANTE-
RİNDE YOKTUR.

*Bundan sonra soracağım sorular
15 yaşından sonraki durumunuz
ile ilgilidir.*

C. 15 yaşından sonra, aşağıdakiler-
den en az 4'üyle belirlenmiş, so-
rumsuz ve antisosyal davranış pa-
terni:

? 1 2 3 58

1. Çalışma yaşamında, bir işi tutarlı
biçimde sürdürememe. Aşağıdaki-
lerden en az biri ile belirlidir: (Eğer
kişi öğrenciyse okul ortamında ben-
zer davranış.)

*Son beş yılın ne kadarını işsiz
geçirdiniz?
EĞER 6 AYDAN FAZLAYSA:
Neden?*

a) Çalışması gerektiği ve uygun iş
olduğu halde, 5 yıl içinde toplam 6
ay veya daha fazla süren işsizlik.

*Çalıştığınızda, sık sık işe gitme-
diğiniz olur muydu?
EĞER EVET İSE: Neden?*

b) Kendisinde ya da altesinde bir
hastalık olmadığı halde tekrar tekrar
işe gelmeme.

*Yeni bir iş bulmadan, çalışmakta
olduğunuz işi bıraktığınız oldu-
mu?
EĞER EVET İSE: Kaç kez?*

c) Yeni bir iş için gerçekçi bir planı
olmadığı halde, birçok kez işi bırak-
ma.

? 1 2 3 59

*Sabıkanız var mı? Hiç karakola
düştünüz mü? (Niçin?) Tutuklan-
manıza neden olabilecek bir iş
yaptınız mı? Uyuşturucu ya da
kadın satıcıları ile bir ilginiz oldu*

2. Sosyal ve yasal normlara uyma-
ma. Bu, tutuklanmış olsun ya da ol-
masın, açıkça suç niteliğinde olan
davranışların tekrarı ile belirlidir.

15 yaşından bu yana, hiç kavgaya karıştınız mı? (Ne kadar sık?)

Karınızı (PARTNER EŞDEĞERİ) döver misiniz? (Sık sık mı?)

Çocuklarınızı döver misiniz? (Ya da başkasının çocuklarını?) (Çok mu? Hiç bir taraflarının kırıldığı ya da çürüdüğü oldu mu?)

Borçlarınızı ödemediğiniz oldu mu? (Ne kadar sık?)

Ailenizi geçindirebiliyor musunuz? Sizin elinize bakan başka kimse var mı? İhtiyaçları karşılanıyor mu?

Nereye gideceğinizi ya da nerede kalacağınızı bilmeden gelişigüzel seyahat ettiğiniz oldu mu? (Tatiller dışında).

Hiç uzun süre sabit bir yerde kalmadığınız oldu mu? Yani sabit bir adresinizin olmadığı? (Ne kadar süre için?)

Hiç isminizi değiştirdiğiniz veya başkasının yerine geçtiğiniz oldu mu? İnsanlar size kaka mı dedi?

3. Eş ve çocuk dövme dahil, yinelenen kavgaya ve saldırılarla belirli iritabilite ve agresivite. (İş gereği ya da kendini korumak için yapılanları saymayın.)

4. Parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme. Bu, borçlarını hemen hiçbir zaman ödememe, çocuklarını geçindirmeme ya da kendine bağımlı diğer kişilerin masraflarını karşılamama ile belirlidir.

5. Davranışlarını önceden planlayamama ya da dürtüsel davranışlar. Aşağıdakilerden en az biriyle belirlidir.

a) Gezinin süresi, amacı, ya da ne zaman biteceği konusunda açık bir fikri olmaksızın, ya da önceden ayarlanmamış biçimde bir yerden bir yere dolaşma.

b) Bir ay ya da daha uzun süre sabit bir adresinin olmaması.

6. Dürüstlük ve sadakat duygusunun olmaması. Yineleyen yalan

? 1 2 3 60

? 1 2 3 61

? 1 2 3 62

? 1 2 3 63

*Hiç sarhoş araba kullandınız mı?
Hız nedeniyle kaç kez ceza yedi-
niz? Kaza yaptınız mı?*

7. Kendinin ya da başkalarının gü-
venliğini umursamama. Sarhoş,
tedbirsiz ya da çok hızlı araba kul-
lanma ile belirlidir.

? 1 2 3 64

BİR EBEVEYN YA DA VELİ İSE:
*Çocuklarınıza (ya da sorumlu oldu-
ğunuz çocuklara) iyi bakmadığını-
zı hiç söylediler mi?*

8. Bir ebeveyn ya da veli ise, so-
rumlu bir ebeveyn olarak kendisin-
den beklenen işlevleri yerine getir-
meme. Aşağıdakilerden bir veya
daha fazlası ile belirlidir:

? 1 2 3 65

*Çocuklar yeterli yiyecek bulabili-
yor mu?*

a. Çocuğun malnütrisyonu.

*Çocuğu yeterince temiz tutabili-
yor musunuz? Hiç hastalandı mı?*

b. Çocuğun, asgari hijyen
şartlarının yokluğu nedeniyle
hastalanması.

*Hastalanınca doktora götürdünüz
mü?*

c. Ciddi şekilde hasta olan ço-
cuğa tıbbi bakım sağlamama.

*Çocuklarla ilgilenen bir başkası var
mı? Hiç komşuya bıraktınız mı?*

d. Çocuğun, beslenme ve ba-
rınma için komşulara ya da
başka evde oturan akrabalara
bağımlı olması.

*Siz evde yokken çocuklara kim
bakıyor? (Birini ayarladınız mı?)*

e. Küçük çocuğa bakacak biri-
ni ayarlamadan evden uzak-
laşma.

*Çocuğun ya da evin parasını har-
cadığınız oldu mu?*

f. Ailenin gereksinimleri için
gerekli paranın kişisel masraf-
lar için savrulması.

Tek bir kadına/erkeğe uzun süre

? 1 2 3 66

(ÇALMA, VURMA, KÖTÜ DAVRANMA GİBİ ANTİSOSYAL DAVRANIŞLARI) *yapmakta haklı mıydınız? Hiç bu yüzden pişmanlık ya da vicdan azabı duydunuz mu?*

10. Pişmanlık, suçluluk duygusunun olmaması, (Başkalarına kötü davranma, çalma veya incitme gibi konularda kendini haklı görme.)

? 1 2 3 67

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 68

ANTİSOSYAL
K.B.

BAŞKA TÜRLÜ SINIFLANDIRILMAMIŞ KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ

Bu, sınıflamadaki kişilik bozukluklarından belli birine uymayan kişilik bozuklukları için artık bir kategoridir. (Örnek olarak subjektif sıkıntıya ya da mesleki veya sosyal işlevlerde bozulmaya yol açan, birden çok kişilik bozukluğunun özelliklerini göstermesine karşın, hiçbirinin kriterlerini tam olarak karşılamayan bozukluklar verilebilir.)

1 3 69

BTS
KİŞİLİK
BOZUKLUĞU

Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.EGE.0.20.05.00/Y/ 1046 /504
Karar Nu: 13-3.3/17

25 TEM 2014

Sayın
Psikolog Tuğba TOLUNAY
Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı,
Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı
Anabilim Dalı

İlgi: 23.06.2014 tarihli yazınız.

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve 28.05.2013 tarih ve 13-3.3/17 karar no ile onay aldığınız "**Madde Kullanım Öyküsü Olan Mahkumlarda Aleksitimi ve Öfke İfade Tarzlarının Psikiyatrik Komorbidite İle İlişkisinin İncelenmesi**" konulu çalışmanıza ilişkin, ilgide kayıtlı Etik Kurul Karar yazınızla istediğiniz üzere ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ayşenur OKTAY
Başkan

EKLER :
Ek 1 – Etik Kurul Kararı

Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Madde Kullanım Öyküsü Olan Mahkumlarda Aleksitimi ve Öfke İfade Tarzlarının Psikiyatrik Komorbidite İle İlişkinin İncelenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. A. Ender ALTINTOPRAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Madde Bağımlılığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon ☐		Yüksek Doz Araştırması ☐	
		Diğer ise belirtiniz		İlaç Dışı	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.03.2013		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLAN MAHKUMLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGO)	20.05.2013		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLMAYAN MAHKUMLAR İÇİN BGO	20.05.2013		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 13-3.3/17	Tarih: 28.05.2013
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Kaan KAVAKLI

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>[Signature]</i>
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>[Signature]</i>

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

ÖTF Klinik Araştırmalar
 Etik Kurulu Başkanı

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
22	28.09.2011/05	1/2

Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 13-3.3/17				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	E.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Hasan PETEK Üye	Hukuk	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
 LÜTFİ KLİNİK Araştırmalar
 Etik Kurulu Başkanı

Adalet Bakanlığı Onay Sayfası

T.C.
İZMİR
CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞI

Sayı : B.M. 2013/5604 (Y.A)
Konu : Tez, araştırma ve uygulama talebi

04/07/2013

2 NOLU T TİPİ KAPALI
CEZA İNFAZ KURUMU MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

İLGİ : 26/04/2013 tarihli, 2013/912- 820 Muh. sayılı yazınız.

Ceza İnfaz Kurumunuzda psikolog olarak bulunan Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Bağımlılık Danışmanlığı yüksek lisans programı öğrencisi Emel TORUN ve Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Ana Bilim Dalı Madde Bağımlılığı yüksek lisans programı öğrencisi Tuğba TOLUNAY'ın tez çalışması yapma taleplerinin, hükümlü-tutukluların rızalarının alınması, yapılacak çalışmalara katılacak hükümlü ve tutukluların bilgilendirilmesi ve bilgilendirme onay formu doldurulması, tez çalışması ile sınırlı kalınması, ses kaydı ve görüntü alınmaması, çalışma sonucunun iki örneği ile CD'sinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi, çalışma sonucunun Genel Müdürlüğümüzün izni olmaksızın yayınlanmaması, basın yayın organları ile paylaşılmaması ve hiç bir biçimde kullanılmaması koşullarıyla mesai saatlerini aksamadan kurumunuzun belirleyeceği gün ve saatlerde yürütmelerinin uygun görüldüğüne dair Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün 02/07/2013 günlü, 85058 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Cevat BARUTÇU
Cumhuriyet Başsavcısı Vekili

Eki: Bakanlık yazısı.

G/D

* Bu belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.
Ayrıca fiziki olarak gönderilmeyecektir.

Adres: Yeni Adliye Sarayı 35050 Bayraklı İZMİR
İrtibat için: Z.Katibi Güler DENİZ
Telefon: (0232) 411 20 00 Dahili: 1552 Faks: (0232) 435 33 83
Elektronik Ağ: <http://www.izmir.adalet.gov.tr>

Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Enstitüsü Onay Talebi Sayfası



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
MADDE BAĞIMLILIĞI, TOKSİKOLOJİ VE İLAÇ BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : 35089067/ 81

27.04.2013

KONU : Tuğba TOLUNAY Tez Çalışması

İZMİR ALİAĞA 2 NOLU T TİPİ
KAPALI CEZA VE İNFAZ KURUMU
MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümüz yüksek lisans öğrencisi, Psikolog Tuğba TOLUNAY'ın yapacağı Madde kullanım Öyküsü Olan Mahkumlarda Aleksitimi ve Öfke İfade Tarzlarının Psikiyatrik Komorbidite ile ilişkisinin incelenmesi' konulu yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak ölçeklerin kurumunuzda uygulaması konusunda gerekli iznin verilmesini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hakan ÇOŞKUNOL
Müdür

Ek: Bir adet çalışma protokolü

*Psikolojik Sosyal
Servis
18.03.2013*

EK- 11

İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Onay Sayfası

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğü

Sayı : 2013/731

09/04/2013

Konu : Psikolog (163647) Tuğba TOLUNAY'ın
Tez çalışması hk.

EGE ÜNİVERSİTESİ
MADDE BAĞIMLILIĞI, TOKSİKOLOJİ VE İLAÇ BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi : 27.02.2013 tarihli ve 35089067/81 sayılı yazınız;

İlgi sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi olan Kurumumuz personeli **Psikolog (163647) Tuğba TOLUNAY** 'ın Madde kullanım öyküsü olan mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin incelenmesi konulu yüksek lisans tezi için kullanılacak olan ölçeklerin kurumumuzda uygulanması uygundur.

Gereği bilgilerinize arz/rica olunur.



H/M

Adres : Aliğa Ceza İnfaz Kurumları Kampüsü; İzmir 2 No 'lu T Tipi Ceza İnfaz Kurumu Köyü No :63
Yenişakran Aliğa/İzmir Tel :232 618 10 23 Fax : 232 618 10 21

ÖZGEÇMİŞ

02.09.1988 Mersin doğumlu Tuğba TOLUNAY, ilköğretim ve lise eğitimini Mersin'de tamamladıktan sonra, 2007 yılında kazandığı Mersin Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden 2011 yılında mezun oldu. 2011 yılı Eylül ayında ise; Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı'na yüksek lisans öğrencisi olarak girmeye hak kazanmıştır. 2012 yılından itibaren İzmir 2 No'lu T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda psikolog olarak görev yapmaktadır.

E-mail: tolunaytugba@hotmail.com