

## Erken Remisyondaki Alkol Bağımlıları, En Az Bir Yıldır Remisyonda Olan Alkol Bağımlıları ve Kontrol Grubunun Başa Çıkma Mekanizmaları Yönünden Karşılaştırılması

### Comparison of Coping Mechanisms Between Alcoholics in Early Remission and Alcoholics in Remission at Least for 1 Year and Control Group

Şahinde Özlem Erden AKI, Zehra ARIKAN\*, Sedat IŞIKLI\*\*

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

\*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

\*\*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı alkol bağımlılığı olan bireylerde, ayıklığın farklı dönemlerinde başa çıkma becerileri ve bunları algılama düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Bireyler 3 grupta değerlendirilmiştir. Birinci grup 3 haftalık yoksunluk dönemini geçirmiş bağımlılar, ikinci grup en az 1 yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları, üçüncü grup sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur. Tüm bireylere Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇE), Problem Çözme Envanteri (PÇE), Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ), Rotter'in İç- Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Kontrol grubu ve en az bir yıllık remisyon olan grubun uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarını daha sıklıkla kullandığı gözlenmektedir. Alkolle başlama yaşı, günlük alkol kullanım miktarı gibi bağımlılığın şiddeti ile ilgili faktörlerin başa çıkma mekanizmalarını ve algıyı olumsuz etkilediği, Adsız Alkolikler (AA) grubuna devam eden bireylerde bir adaptif mekanizma olan dolaylı başa çıkmanın (yardım arama) daha çok kullanıldığı ve umudun arttığı ortaya konulmuştur.

**Sonuç:** Bu sonuçlar uzun süreli remisyonunda olan bağımlıların ve AA grubu toplantılarına katılan bireylerin uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarını daha sık kullandığını göstermektedir. Buna göre başa çıkma becerileri eğitiminin ve AA'ya katılımın var olan tedavi yöntemlerine ek olarak uzun vadeli sonuçları olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. (Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 36-45)

**Anahtar kelimeler:** Alkol bağımlılığı, başa çıkma mekanizmaları, adsız alkolikler grubu

#### ABSTRACT

**Objective:** To compare coping mechanisms and appraisal of coping skills at various stages of remission in patients with alcohol dependence.

**Method:** This was a cross sectional study comparing the results of 3 groups including group 1- patients with alcohol dependence and, group 2-patients with alcohol dependence and in remission for at least 1 year and group 3 – a control group consisting of healthy individuals without any history of substance use except smoking. Hamilton Depression Scale, Coping with Stress Scale, Problem Solving Inventory, Rosenbaum's Learned Resourcefulness Inventory, Rotter's Locus of Control Scale, Beck Depression Scale, Beck Hopelessness Scale, State- Trait Anxiety Inventory and Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) were completed for all subjects.

**Results:** The control group and persons with at least one year of remission used adaptive coping mechanisms more frequently. Factors associated with the degree of alcohol dependence, such as age at the start of alcohol use and daily alcohol consumption were found to affect coping mechanisms and appraisal of coping skills. Persons attending Alcoholics Anonymous (AA) meetings were found to use an indirect coping mechanism (seeking help), which is an adaptive coping skill in our culture, more frequently and were found to have less hopelessness.

**Conclusion:** The results implied that patients with alcohol dependence who have been in remission more than 1 year and subjects attending AA meetings use adaptive coping mechanisms more frequently. It suggests coping skills treatment and attendance at AA meetings would improve long- term outcomes of alcohol dependence. (Archives of Neuropsychiatry 2008; 45: 36-45)

**Key words:** Alcohol dependence, coping mechanisms, alcoholics anonymous

## Giriş

Alkol bağımlılığı yüzyıllardan beri bilinen, ancak halen etiyo-lojisi ve tedavisi hakkında görüş birliği olmayan bir hastalıktır. Etiyo-lojisine dair farklı modeller öne sürülmüştür. Bunlar arasında ge-netik, biyolojik, psikososyal, psikodinamik, sosyokültürel ve biliş-sel-davranışçı modeller vardır (1, 2). Bu farklı etiyo-lojik modellere göre farklı tedavi yöntemleri ileri sürülüp geliştirilmiştir. Farmako-lojik tedaviler, aileye müdahale, terapötik ortam yaklaşımı, psiko-dinamik yaklaşımlar ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar belli başlı yöntemler arasında yer almaktadır. Son dönemde üzerinde görüş birliğine varılan sonuç, tedavinin bireyin özelliklerine ve gereksi-nimlerine göre planlanması, gerekirse birkaç tedavi modelinin bir arada kullanılması, hastalığın farklı aşamalarında farklı tedavi yaklaşımlarının öncelikli olması gerektiğidir (3-5).

Alkol bağımlılığının tedavi yöntemleri arasında son dönemler-de özellikle öne çıkan bilişsel davranışçı tedavi yöntemleridir (6, 7). Araştırma konuları arasında stresle başa çıkma ve gerginliğin azaltılması amacıyla madde kullanımı, başa çıkma mekanizmalarının bağımlı bireylerdeki özellikleri, başa çıkma teknikleri eğitimi ve bunun uzun erimli prognoza etkisi, relapslarda başa çıkma dü-zeneklerinin belirleyiciliği gibi konular ön plana çıkmaktadır (8-10).

Başa çıkma mekanizmaları ile alkole başlama yaşı, alkol alım miktarı ve süresi arasında ilişki saptayan çalışmalar vardır ancak neden sonuç ilişkisi bilinmemektedir. Bağımlı bireylerde hangi başa çıkma düzeneklerinin öncelikli olarak kullanıldığı tartışmalıdır. Kullanılan başa çıkma düzeneklerinin kişilik özelliklerinin bir yan-sıması olduğu ve disfonksiyonel düzeneklerin bir başa çıkma yolu olarak madde kullanımına yol açtığı düşünülmüştür (11-14). Buna karşılık bazı araştırmalar ise uzun süreli madde kullanımına bağlı olarak başa çıkma becerilerinin bozulduğunu ve sonucunda bire-yin etkili başa çıkma düzeneklerini kullanmadığını öne sürmüştür (15, 16). Alkol alımı sonlandırıldıktan ve remisyon sağlandıktan sonra başa çıkma mekanizmalarındaki değişikliklerin incelenme-si bu konuda açıklayıcı bir model oluşturmaya yardımcı olabilir (16-18).

Alkol alımını henüz sonlandırmış olan bireylerle, en az bir yıl-dır ayıklıklarını sürdüren bireyler arasında başa çıkma mekaniz-maları ve kişilerin kendi becerilerini algılayışları açısından farklı-lık olacağı, yine her iki grubun da bağımlı olmayan bireylerden ay-rışacağı düşünüldü. Her üç grupta öncelikli olarak kullanılan başa çıkma tarzlarının saptanması amaçlandı. Bu farklılıklardan yola çıkılarak, bağımlı bireylerde uyuma yönelik olmayan başa çıkma tarzlarını değiştirmek amacıyla başa çıkma becerileri eğitiminin var olan standart bağımlılık tedavisine eklenmesinin gündeme ge-lebileceği düşünüldü.

Bütün bu bilgiler ışığında alkol bağımlılığının farklı dönemlerin-deki bireylerde başa çıkma mekanizmalarının karşılaştırılması amacı ile kesitsel bir araştırma planlandı.

## Örneklem

Çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Da-lı Alkol Bağımlılığı Ünitesi'nde yapılmıştır.

Yoksunluk dönemini henüz bitirmiş alkol bağımlıları (Grup 1, n=33), en az bir yıldır remisyonunda olan alkol bağımlıları

(Grup 2, n=32) ile sigara dışında herhangi bir bağımlılık öyküsü ol-mayan ve psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan sağlıklı gönüllü-lerden oluşan bireyler (Kontrol Grubu, Grup 3, n=24) çalışmaya alınmıştır.

Grup 1 ve 2'deki hastalar iki ayrı psikiyatrist tarafından değer-lendirilmiş ve DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış bireylerden oluşmuştur. Altmışbeş yaş üstünde olan, sigara hariç başka bir madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan, ha-len antidepresan ilaç kullanan, alkole bağılı olarak bilişsel işlevle-rinde ileri derecede bozulma olan, ağır fiziksel hastalığı olan veya 3 haftadan erken dönemde tedaviyi bırakan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Grup 1'deki tüm hastalar, ilk 3 haftalık yoksunluk dönemini ge-çirdikten sonra değerlendirilmiştir.

## Araçlar

Bir psikiyatrist tarafından her bir birey ile görüşme yapılarak demografik bilgi formu doldurulmuş ve Hamilton Depresyon Ölçe-ği (HDÖ) uygulanmıştır. Demografik özellikler formunda yaş, cinsi-yet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, ekonomik durum, kö-ken (kır, kent, kırdan kente göç), aile yapısı öğrenilmiş; alkol alma örüntüsü ve öyküsü (başlangıç yaşı, yıl olarak toplam alkol kullan-ma süresi, günlük alkol alım miktarı, ay olarak gündüz alkol alımı süresi, yatış sayısı, alkol bırakma girişimi sayısı, deliryum tremens öyküsü), ailede alkol bağımlılığı öyküsü alınmış, sosyal sorunlar (evlilik, işyeri sorunları, ekonomik sorunlar, askerlik sorunları ve yasal sorunlar) ve psikiyatrik sorunların varlığı sorgulanmıştır. Ha-milton Depresyon Ölçeği (HDÖ), klinisyen tarafından uygulanan, depresyon varlığını saptamaya ve tedavi yanıtını ölçmeye yara-yan bir ölçektir. Çalışmamızda 8 ve üzeri puanlar depresyonun var olduğu şeklinde kabul edilmiştir (19).

Daha sonra bireylerden Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇE), Problem Çözme Envanteri (PÇE), Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güç-lülük Ölçeği (RÖGÖ), Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKO-Ö), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BU-Ö), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Durumluk Kaygı Envanteri'ni (DKE) doldurmaları istenmiştir. Bir klinik psikolog tarafından tüm deneklerle görüşülerek hepsine Minnesota Çok Yönlü Kişilik En-vanteri (MMPI) uygulanmış ve profilleri çıkarılmıştır (20, 21).

Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ), 1-5 arası likert tipi puanla-nan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve dolaylı başa çıkma yöntemle-rinden oluşan 3 alt faktörü vardır. Alınan puanların yüksekliğine göre bireyin ağırlıklı olarak kullandığı başa çıkma yöntemini belir-ler.

Problem Çözme Envanteri (PÇÖ), bireyin problem çözme be-cerileri konusunda kendini algılayışını ölçen, her maddenin 1-6 arasında puanlandığı, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Öl-çekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir. Problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma- kaçınma ve kişisel kontrol olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır.

Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ), stresle başa çıkmada bireyin bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ve kendini denetleme becerilerini ölçen, 1-5 arası puanlanan kendi-

ni değerlendirme tipi bir ölçektir. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine, bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret eder. Planlı davranma, ruh hali denetimi, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi ve planlı davranma, yeterli olma ve kendini yatıştırma, ağırlı denetimi, erteleme, yardım arama, iyiye yorma, dikkati yönlendirme, esnek planlama ve denetleyici arama olmak üzere 12 alt faktörden oluşur.

Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ), bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumunu, pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans veya kader) kontrolünde olduğuna dair sahip olduğu beklentilerini ya da inançlarını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Yükselen puanlar dış kontrol odağına olan inançta artışı gösterir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen, maddeleri 0-3 arası puanlanan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon şiddetinde artışı gösterir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendiren kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut olmak üzere 3 alt faktörden oluşur. Alınan puanlar yükseldikçe, bireydeki umutsuzluğun da yüksek olduğu varsayılır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE), durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemeye yarayan, 2 alt ölçekten oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Yüksek puanlar, yüksek kaygı düzeylerini işaret eder.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) 566 sorudan oluşan, 10 klinik ve 3 geçerlik alt testi olan, kişilik niteliklerini ölçmeye yardımcı, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçek için eğitilmiş uygulamacılar tarafından puanlar yorumlanır ve rapor edilir.

Kullanılan ölçeklerin tümünün Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (20,21).

#### İstatistiksel Yöntem

Parametrik değişkenlerin iki grup ortalamasının karşılaştırılması için t testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup varsa ANOVA testi,

olası anlamlı farkların hangi iki grup arasından kaynaklandığını göstermek için ise Tukey testi post-hoc uygulanmıştır. Grup oranları arasındaki farkları değerlendirmek için ki kare testi yapılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki doğrusal bağıntıyı saptamak için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bulgular grup ortalaması  $\pm$  standart deviasyon olarak verilmiştir. p değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı fark kabul edilmiştir.

#### Bulgular

Araştırma kesitsel çalışma olarak planlanmış olup, çalışma grupları yatarak tedavi görmekte olan, 3 haftalık yoksunluk dönemini geçirmiş hastalar (Grup 1, n=33), en az 1 yıl ayıklığı olan bireyler (Grup 2, n=32) ve kontrol grubundan (n=24) oluşmaktadır. Grup 1 ve Grup 2 arasında yaş ortalaması açısından fark yoktur (sırası ile yaş ortalamaları  $44.9 \pm 7.5$  ve  $45.6 \pm 7.2$ ), ancak ikinci grup ile kontrol grubunun yaş ortalamaları ( $40.1 \pm 9.5$ ) arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Grup 2'deki bireylerin ayıklık süreleri ortalama  $76.9 \pm 50.0$  aydır (Tablo 1).

Her üç grubun eğitim düzeyleri arasında fark yoktur. Kontrol grubunda boşanmış birey yokken, ikinci grupta boşanma oranı en yüksektir (%12). Birinci grupta boşanma oranı ise %6'dır. Bu grupta halen yaşanmakta olan evlilik sorunları %80 oranında saptanmışken, ikinci grupta %16 oranındadır, ancak ikinci grup aktif alkol kullanıcısı iken benzer oranda evlilik sorunları yaşadığını bildirmiştir (%90).

Gruplar arasında gelir düzeyleri açısından fark bulunmazken, birinci gruptaki hastalar %75 sıklıkta ekonomik sorun yaşadıklarını ifade etmiş, ikinci ve üçüncü grupta bu oran sırası ile %15 ve %8 olarak bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Aradaki farkın, birinci gruptaki hastaların halen alkol kullanıyor olmalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Her üç grupta da psikotik bozukluk tanısı alan birey yoktu. Birinci gruptaki hastaların %25'inde geçmişte ve/veya halen yaşanmış psikiyatrik hastalık saptanırken, diğer iki grupta bu oran sırası ile %6 ve %3 bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Birinci grupta eşlik eden psikopatolojinin yüksek oranda saptanması halen sürmekte olan alkol kullanımı ile açıklanabilir.

**Tablo 1.** Araştırma grupları ve kontrol grubunun tanımlayıcı istatistikleri

Değişkenler	Birinci grup n (yüzde)	İkinci grup n (yüzde)	Kontrol grubu n (yüzde)
Yaş ( ortalama $\pm$ sd)	44,9 <sup>ab</sup> $\pm$ 7,5	45,6 <sup>a</sup> $\pm$ 7,2	40,1 <sup>b</sup> $\pm$ 9,5*
Medeni durum			
Evli	31 (% 94)	28 (%87,5)	24 (% 100,0)
Boşanmış	2 (%6)	4 (%12,5)	0
Eğitim			
İlk- orta	12 (% 36,3)	13 (% 40,6)	7 (% 29,2)
Lise	13 (% 39,5)	10 (% 31,2)	10 (% 41,6)
Üniversite	8 (% 24,2)	9 (% 28,2)	7 (% 29,2)
Ekonomik sorun			
Var	25 (% 75,7)	5 (% 15,6)	2 (% 8,3)
Yok	8 (% 24,3)	27 (% 84,4)	22 (% 91,7)
Evlilik sorunu			
Var	26 (% 80,0)	5 (% 15,5)	1 (% 4,0)
Yok	7 (% 20,0)	27 (% 84,5)	23 (% 96,0)

\* p < 0,05

Alkol kullanımına ilişkin ölçütler açısından gruplar incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır: Ortalama aktif alkol kullanım süresi Grup 1'de 25.6±7.9 yıl, Grup 2'de 22.4±6.7 yıl olarak bulunmuştur. Kullanım süreleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak grupların yaş ortalamalarının eşit, ikinci grubun üyelerinin de ortalama 76.9±50 aydır ayık olduğu göz önüne alındığında, bu bulgular ikinci grubun alkol kullanımına daha erken başladığına işaret etmektedir.

Günlük alkol alım miktarı Grup 1'de günde 10.2±3.8 standart içki, Grup 2'de günde 12.9±6.1 standart içkidir ( $p < 0.05$ ). Gündüz alkol kullanma süresi Grup 1'de ortalama 38.5±52.8 ay, Grup 2'de 78.8±71.4 aydır ( $p < 0.05$ ). Alkole başlangıç yaşı Grup 1'de (18.4±5.3), Grup 2'ye (16.2±3.0) göre daha büyüktür ( $p < 0.05$ ).

Sonuçta alkol kullanımına ilişkin parametrelere bakıldığında, ikinci grupta alkole başlama yaşı daha erken, günlük alkol alım miktarı daha yüksek, gündüz alkol alım sıklığı daha fazladır, bunlar da ikinci grupta alkol bağımlılığının daha ağır seyrettiğini gösterir. Sorunun ağırlığı sorunun varlığını kabul etmede ve tedavi motivasyonunda olumlu bir fark yaratmış olabilir (Tablo 2).

Her 3 grup arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. İlk grubun HDÖ puanı ortalaması 9.2±6.0, ikinci grubun 4.8±4.3, kontrol grubunun ise 1.2±1.9 bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Grupların kendi içlerinde HDÖ puanlarına göre sınıflama yapıldığında (0-7 puan: depresyon yok, 8-17 puan: orta derecede depresyon, 18 ve üstü: ağır depresyon); birinci gruptaki bireylerin %12'sinde klinik düzeyde depresyon, %51'inde hafif düzeyde depresyon saptanmıştır. İkinci grupta bireylerin %31'inde hafif düzeyde depresyon tespit edilmiş, klinik düzeyde depresyona rastlanmamıştır. Kontrol grubunda yalnızca 1 kişide (%4) hafif düzeyde depresyon saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Bağımlı değişkenler açısından gruplar arası farklılıkları saptamak amacı ile gruplar arasında bir dizi tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 3). MMPI alt ölçekleri arasında hipokondri, psikastenî, şizofrenî ve depresyon birinci grup ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermiştir ( $p < 0.01$ ). İlk iki grupta sosyal içe dönüklük kontrol grubuna göre önemli derecede artmıştır ( $p < 0.01$ ). SBÇÖ alt faktörleri (problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma, dolaylı başa çıkma) açısından anlamlı bir fark

saptanmamıştır. PÇE alt ölçeklerine göre yapılan karşılaştırmada, problem çözme yeteneğine güven ve yaklaşma- kaçınma yaklaşımları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kişisel kontrol ölçeğinde Grup 2 ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuş, en az bir yıldır remisyonda olan bireylerin kişisel kontrol düzeylerini daha düşük algıladıkları görülmüştür ( $p < 0.05$ ). RÖGÖ alt faktörlerine göre yapılan karşılaştırmalarda, planlı davranma ölçeğinde ikinci gruptaki bireyler birinci grup ve kontrolle oranla daha düşük puanlar almışlardır ( $p < 0.01$ ). Yine dürtü denetimi ve planlı davranma, ve dikkati yönlendirme alt ölçeklerinde ikinci grup, diğer iki gruba oranla anlamlı derecede düşük puan almıştır ( $p < 0.01$ ) RÖGÖ planlı davranma, dürtü denetimi ve dikkati yönlendirme alt ölçeğinde ikinci grubun daha düşük puanlar alması beklentilerimizle uyumlu değildir, bu sonuçta birinci gruptaki bireylerin kendilerini olduklarından daha iyi gösterme çabaları rol oynamış olabilir. İstenmeyen düşüncelerin denetimi alt ölçeğinde her iki hasta grubunun aldıkları yüksek puanlar, alkol bağımlılığı tanısı ile remisyonda olan ve halen yoksunluk döneminden yeni çıkmış bireylerin ayık kalma çabalarını ve bunun için sağlamaya çalıştıkları denetimi yansıtır olabilir. BUÖ, SKE, DKE, ve RIDKÖÖ puanları açısından her üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırma grubuna dahil olan deneklerin alkol almaya ilişkin değişkenleri ile diğer tüm değişkenler arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 4). Burada daha farklı bir tablo ortaya çıkmaktadır. Birinci grupta alkole başlama yaşı ile depresyon düzeyleri (HDÖ, BDÖ, MMPI-D) arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (HDÖ için  $r = -0.55$ ,  $p = 0.01$ ; BDÖ için  $r = -0.37$ ,  $p < 0.05$ ; MMPI-D için  $r = -0.45$ ,  $p < 0.01$ ). Yine bu grupta günlük alkol alma miktarı arttıkça depresyon düzeylerinde bir artış olduğu görülmüştür (BDÖ için  $r = 0.465$ ,  $p < 0.05$ ). Diğer taraftan benzer bir ilişki ikinci grupta gözlenmemiştir (Grup 2'ye ait sonuçlar Tablo 5'te verilmektedir). Birinci grubun alkole ilişkin ölçümleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında, alkole başlama yaşı büyüdükçe SBÇÖ problem odaklı başa çıkma alt ölçeği puanlarında artış olduğu saptanmış ( $r = 0.54$ ,  $p = 0.01$ ), günlük tüketilen alkol miktarı arttıkça problem odaklı başa çık-

**Tablo 2.** Araştırma gruplarının alkol kullanımına ilişkin ölçümler açısından tanımlayıcı istatistikleri ve bağımsız gruplar için t-testi analizi sonuçları

Değişken	Birinci grup (n= 33) (ort±sd)	İkinci grup (n= 32) (ort±sd)	t
Toplam alkol kullanım süresi (yıl)	25.6±7.9	22.4±6.7	1,8
Günlük alkol alım miktarı ( standart içki)	10.2±3.8	12.9±6.1	-2.2**
Gündüz alkol alma süresi (ay)	38.5±52.8	78.8±71.4	-2.6**
Yatış sayısı	1.9±1.4	1.9±1.6	0.08
Alkol bırakma girişim sayısı	2.5±4.2	1.8±3.6	0.7
Alkole başlama yaşı	18.4±5.3	16.2±3.0	2.04**
Ayıklık süresi (ay)*		76.9±50.0	

\* sadece ikinci grup için

\*\*  $p < 0.05$

ma alt ölçeği puanlarında azalma olduğu gözlenmiştir ( $r=-0.35$ ,  $p<0.05$ ). İkinci grup için stresle başa çıkma tarzları ile alkol kullanımına ilişkin değişkenler arasında anlamlı olabilecek ilişki katsayıları tespit edilememiştir (Tablo 5). Birinci grubun PÇE'den elde ettikleri puanlara bakıldığında, başlangıç yaşı ve alkol kullanma sürelerinin, kişisel kontrol alt ölçeği ile anlamlı negatif bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (sırası ile;  $r=-0.35$ ,  $p<0.05$ ;  $r=-0.38$ ,  $p<0.05$ ). Birinci grupta alkole başlama yaşı ile RÖGÖ'nün planlı davranma, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi, yeterli olma, ağrı denetimi, esnek planlama ve denetleyici arama alt ölçekleri arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş ( $p<0.05$ ), günlük alkol alım miktarı arttıkça bu alt ölçeklerin puanlarında da düşme saptanmıştır. İkinci grupta ise böy-

le bir ilişki gözlenmemiş, ancak ikinci gruptaki bireylerde günlük alkol alım miktarı ile RÖGÖ'nün yardım arama ve dikkati yönlendirme alt ölçekleri arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Her iki grupta alkol alımı ölçütleri ile SKE ve DKE arasında ilişki bulunmamıştır. İkinci gruba ait az sayıdaki anlamlı ilişkilerden biri de iç-dış kontrol odağı ile günlük alkol alım miktarları arasında tespit edilmiştir ( $r=-0.40$ ,  $p<0.05$ ), bu grupta alkol alım miktarı arttıkça iç kontrol odağını kullanma eğilimi de artmaktadır; birinci grupta ise böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yine birinci gruba ait çarpıcı sonuçlardan biri de günlük alkol alım miktarı ile umutsuzluk düzeyleri (BUÖ puanları) arasında tespit edilmiştir ( $r=0.35$ ,  $p<0.05$ ), buna göre günlük alkol alım miktarı arttıkça umutsuzluk puanları da artış eğilimi göstermektedir.

**Tablo 3.** Psikiyatrik ölçeklerden alınan puanların birinci grup (yoksunluk dönemini yeni geçirmiş alkol bağımlıları), ikinci grup (en az bir yıl remisyonunda olan alkol bağımlıları) ve kontrol grubu arasındaki farkları gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değişkenler	Birinci grup (ort)	İkinci grup (ort)	Kontrol grubu (ort)	sd	Ortalama kare	F
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)</b>	9.2	4.8	1.2	2.83	444.1	21,4**
<b>Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)</b>	17.3	13.9	8.0	2.80	562.8	5,6**
<b>MMPI alt ölçekleri</b>						
Hipokondria (Hy)	18.6	16.3	14.0	2.60	95.4	5.6**
Depresyon (D)	26.1	23.7	20.0	2.59	170.9	4.1*
Histeri (Hs)	24.4	21.5	20.5	2.61	73.0	2.8
Psikopatik sapma (Pd)	26.1	25.4	22.7	2.62	66.3	2.1
Maskülen- feminen (Mf)	24.3	24.2	25.5	2.62	12.5	0.6
Paranoya (Pa)	14.7	13.5	12.3	2.54	23.3	0.85
Psikasten (Pt)	34.1	31.4	26.1	2.62	352.8	7.9**
Şizofreni (Sc)	38.1	34.1	27.5	2.62	552.3	6.9**
Mani (Ma)	23.8	21.9	21.6	2.62	25.4	1.1
Sosyal içe dönüklük (Si)	32.9	31.6	25.0	2.62	375.2	5.3**
<b>Stresle Başa Çıkma Ölçeği</b>						
Problem odaklı başa çıkma	88.7	92.0	91.9	2.70	88.5	0.75
Duygu odaklı başa çıkma	49.8	54.9	54.4	2.69	193.3	2.8
Dolaylı başa çıkma	35.3	34.8	35.5	2.73	2.7	0.1
<b>Problem Çözme Envanteri</b>						
Problem çözme yeteneğine güven	30.5	30.5	26.2	2.73	142.2	2.9
Yaklaşma- kaçınma	50.1	55.3	49.4	2.76	272.6	2.9
Kişisel kontrol	19.8	18.1	23.5	2.75	185.2	4.9*
<b>Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği</b>						
Planlı davranma	9.5	8.6	11.7	2.81	66.7	5.3**
Ruh hali denetimi	11.7	11.4	14.3	2.79	67.3	4.5*
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	14.0	14.0	11.3	2.79	59.4	3.9*
Dürtü denetimi ve planlı davranma	20.4	17.7	23.7	2.75	228.6	7.5**
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	13.7	13.6	14.3	2.81	3.1	0.4
Ağrı denetimi	5.1	6.0	5.4	2.80	5.6	1.0
Erteleme	12.3	12.6	13.0	2.78	2.7	0.3
Yardım arama	8.1	8.8	8.2	2.79	4.7	0.7
İyiye yorma	8.8	8.5	9.2	2.82	2.9	0.5
Dikkati yönlendirme	9.8	8.3	11.2	2.82	55.6	8.5**
Esnek planlama	6.4	6.3	5.7	2.81	4.0	0.9
Denetleyici arama	11.1	10.3	10.3	2.80	6.1	0.9
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>						
Geleceğe dair duygu ve beklentiler	1.3	0.9	0.7	2.82	2.2	1.3
Motivasyon kaybı	3.3	3.5	3.2	2.76	0.7	0.2
Umut	1.8	1.7	1.6	2.81	0.2	0.1
<b>Sürekli Kaygı Envanteri</b>	44.3	44.0	43.2	2.70	7.2	0.3
<b>Durumluk Kaygı Envanteri</b>	45.0	43.7	42.5	2.66	32.0	1.4
<b>Rotter İç- Dış Kontrol Odağı Ölçeği</b>	11.6	9.5	11.2	2.85	39.9	2.6

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

En az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlılarından oluşan ikinci gruptaki bireylerin ay bazında ölçülen ayık kalma süreleri ile HDÖ ve BDÖ depresyon puanları arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırası ile;  $r=-0.53$ ,  $p=0.01$ ,  $r=-0.38$ ,  $p=0.01$ ). Ayık kalma süreleri arttıkça depresyon düzeylerinde belirgin azalma gözlenmektedir. Bu gruba ait en çarpıcı sonuçlardan biri ayık kalma süreleri ile SBÇÖ'deki problem odaklı başa çıkma tarzı arasında saptanan anlamlı ilişkidir, buna göre ayık kalma süresi arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzını kullanma eğilimi anlamlı olarak artmaktadır ( $r=0.40$ ,  $p<0.05$ ). Ayık kalma süreleri arttıkça PÇE'de kişisel kontrol alt ölçeğinden alınan puanlar düşmekte ( $r=-0.52$ ,  $p<0.05$ ), kişilerin kendini kontrol etme becerilerine ilişkin algıları daha olumsuzlaşmakta-

dır. Ayık kalma süreleri ile RÖGÖ'de problem çözme tarzları arasındaki ilişkilere bakıldığında, bu değişkenin ruhsal denetimle ( $r=0.50$ ,  $p<0.05$ ), istenmeyen düşünce denetimiyle ( $r=0.42$ ,  $p<0.05$ ), ve dürtü denetimiyle ( $r=0.41$ ,  $p<0.05$ ) anlamlı pozitif ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir. Ayık kalma sürelerinin SKE ve DKE kaygı puanları ile ilişkisi ise negatif yöndedir. Ayık kalma süreleri arttıkça kaygı puanları belirgin biçimde azalma göstermektedir (sırası ile;  $r=-0.34$ ,  $p<0.05$ ;  $r=-0.57$ ,  $p<0.01$ ). Remisyonda olma süresi ile RİDKÖ ve BUÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

En az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlılarından oluşan ikinci gruptaki bireylerden Adsız Alkolikler (AA) grubu toplantılarında devam edenler ( $n=18$ ) ve etmeyenler ( $n=13$ ) arasında bir farkın

**Tablo 4.** Birinci gruba (yoksunluk dönemini yeni geçirmiş alkol bağımlıları) ait bağımlı değişkenlerin alkol kullanımına dair verilerle ilişkilerinin katsayıları(r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişkenler	Alkole başlama yaşı	Toplam alkol kullanma süresi(yıl)	Günlük alkol alım miktarı	Gündüz alım süresi
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)</b>	-.546*	-.100	.300	.036
<b>Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)</b>	-.374*	-.100	.465*	.007
<b>MMPI alt ölçekleri</b>				
Hipokondria (Hy)	-.090	.031	-.319	.053
Depresyon (D)	-.445	-.074	.134	.287
Histeri (Hs)	.090	-.191	-.266	-.194
Psikopatik sapma (Pd)	-.192	-.259	-.048	.110
Maskülen- feminen (Mf)	-.207	-.266	-.079	-.084
Paranoya (Pa)	.209	-.259	-.027	.305
Psikasteni (Pt)	-.217	-.211	-.266	.176
Şizofreni (Sc)	-.376	-.254	-.197	.232
Mani (Ma)	-.270	-.304	-.060	.162
Sosyal içe dönüklük (Si)	-.235	-.030	.131	.358
<b>Stresle Başa Çıkma Ölçeği</b>				
Problem odaklı başa çıkma	.535*	-.255	-.350*	-.169
Duygu odaklı başa çıkma	.207	-.152	.272	-.047
Dolaylı başa çıkma	.127	-.296	-.282	-.090
<b>Problem Çözme Envanteri</b>				
Problem çözme yeteneğine güven	-.327	-.193	.256	.063
Yaklaşma- kaçınma	-.430*	-.226	.433*	.093
Kişisel kontrol	-.351*	-.375*	.321	-.179
<b>Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği</b>				
Planlı davranma	.307*	.144	-.385*	-.012
Ruh hali denetimi	-.100	.165	-.235	-.085
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	.331*	-.133	-.132	-.162
Dürtü denetimi , planlı davranma	.420*	.082	-.260	-.152
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	.380*	.064	-.340*	.108
Ağrı denetimi	.421*	-.031	-.302*	-.084
Erteleme	.185	.083	-.262	.054
Yardım arama	.207	.077	-.147	-.218
İyiye yorma	.138	.040	-.321*	-.040
Dikkati yönlendirme	.184	.053	-.120	.004
Esnek planlama	.336*	-.228	-.292	-.291
Denetleyici arama	.425*	.101	.054	.162
Sürekli Kaygı Envanteri	.135	-.073	-.082	-.258
Durumluk Kaygı Envanteri	-.256	-.007	-.018	.277
RİDKÖ	.184	-.096	.107	-.104
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>				
Geleceğe dair duygu ve beklentiler	-.282	-.121	.224	-.029
Motivasyon kaybı	-.241	-.323*	.177	-.330*
Umut	-.100	-.093	.346*	.034

\* $p<0,05$

olup olmadığı araştırılmıştır (Tablo 7). AA grubu toplantılarına giden ve gitmeyen gruplar arasında depresyon düzeyi, sosyal içe dönüklük düzeyi, dolaylı yardım arama düzeyi, dürtü denetim düzeyi, iç- dış kontrol odağı düzeyi, ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre AA grubuna gitmeyen bireylerde depresyon düzeyinin (MMPI-D alt ölçeği) ve umutsuzluğun (BUÖ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. AA'ya gidenlerde sosyal içe dönüklük puanları daha düşüktür, dolaylı başa çıkma davranışı daha sıklıkla kullanılmaktadır (SBÇÖ dolaylı başa çıkma alt ölçeği puanı) ve dürtü denetiminde (RÖGÖ dürtü denetimi alt ölçeği) daha yüksek puanlar almışlardır ( $p<0.05$ ). Yine bu gruptaki bireylerde iç kontrol odağına olan inanç daha yüksektir.

## Tartışma

Bu çalışmada yoksunluk dönemini henüz atlatmış ve halen yataklı serviste tedavi görmekte olan alkol bağımlılığı tanısı konulmuş bireylerle, en az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları, kullandıkları başa çıkma mekanizmaları ve kendi başa çıkma becerilerini algılayışları açısından karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında yaş, açısından fark bulunmamıştır. ancak ikinci gruptaki bireylerin ortalama 76.9 aylık remisyon süreleri göz önüne alındığında, daha erken yaşta tedaviye başvurdukları çıkarsanabilir. Geçirilmiş deliryum epizodlarının sıklığı, yasalarla sorun yaşamış olma sıklığı, geçmişte yaşanan evlilik problemleri sorunun varlığını kabul etme ve tedavi arama davranışını açıklamada önemli olabilir.

**Tablo 5.** İkinci gruba (en az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları) ait bağımlı değişkenlerin alkol kullanımına dair verilerle ilişkilerinin katsayıları(r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişkenler	Alkole başlama yaşı	Toplam alkol kullanma süresi(yıl)	Günlük alkol alım miktarı	Gündüz alkol alım süresi
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)</b>	-.235	.083	-.044	.064
<b>Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)</b>	-.086	-.101	-.174	-.073
<b>MMPI alt ölçekleri</b>				
Hipokondria (Hy)	-.195	-.057	.141	.128
Depresyon (D)	.034	-.165	-.218	-.214
Histeri (Hs)	-.315	-.049	-.017	-.010
Psikopatik sapma (Pd)	-.421*	.177	.120	-.134
Maskülen- feminen (Mf)	-.100	.156	-.075	-.057
Paranoya (Pa)	-.203	.159	.288	-.149
Psikasten (Pt)	-.111	.136	-.041	-.134
Şizofreni (Sc)	-.308	-.105	-.009	-.228
Mani (Ma)	-.307	.204	.221	.145
Sosyal içe dönüklük (Si)	.163	-.345	-.304	-.124
<b>Stresle Başa Çıkma Ölçeği</b>				
Problem odaklı başa çıkma	.000	-.230	.059	-.009
Duygu odaklı başa çıkma	-.372	-.010	-.022	.104
Dolaylı başa çıkma	.143	.039	.200	-.123
<b>Problem Çözme Envanteri</b>				
Problem çözme yeteneğine güven	.208	-.124	-.381*	.016
Yaklaşma- kaçınma	-.074	-.031	-.202	.071
Kişisel kontrol	-.164	.004	-.261	-.044
<b>Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği</b>				
Planlı davranma				
Ruh hali denetimi				
İstenmeyen düşüncelerin denetimi				
Dürtü denetimi , planlı davranma				
Yeterli olma ve kendini yatıştırma				
Ağrı denetimi				
Erteleme				
Yardım arama	-.231	.282	.454*	.126
İyiye yorma				
Dikkati yönlendirme	.068	.081	.355*	.294
Esnek planlama				
Denetleyici arama				
<b>Sürekli Kaygı Envanteri</b>				
<b>Durumluk Kaygı Envanteri</b>				
<b>RIDKÖÖ</b>	.047	-.109	-.399*	-.108
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>				
Geleceğe dair duygu ve beklentiler				
Motivasyon kaybı				
Umut				

\* $p<0,05$

Klinik düzeyde ağır depresyona yalnızca birinci grupta rastlanmış, uygulanan depresyon ölçeklerinde de bu grubun diğer gruba kıyasla yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Halen süren alkol kullanımı ve yaşanmakta olan maddi ve ailesel problemler ve alkolün doğrudan etkileri yüksek depresyon düzeylerini açıklayabilir (22) Birinci gruptaki bireyler arasında erken alkole başlama yaşı ve yüksek günlük alkol alım miktarı depresyon puanlarını artırmaktadır. Erken yaşta alkol kullanımının başlaması ve alkolün artan miktarlarda bir baş etme yolu olarak kullanılması, daha uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesini engellerek, olumsuz sonuçların ortaya çıkışı ile depresyona uygun bir zemin oluşturabilir.

Her iki grupta sosyal içe dönüklük puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksektir; bu durum alkole yatkınlık yaratan kişilik özellikleri hakkında fikir verici olabileceği gibi, tersine alkol kullanımını başlamadan önce işlevselliği iyi düzeyde olan bireylerin uzun yıllar alkol kullanımı sonrasında, sosyal açıdan geri çekilmiş, dolayısıyla başa çıkma becerileri azalmış bireyler haline geldiğini de gösteriyor olabilir (23,24).

Üç grup arasında problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma, dolaylı başa çıkma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (10). Ancak PÇE kişisel kontrol alt ölçeğinde ikinci grup ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı, en az bir yıl remisyonda olan alkol bağımlısı bireylerin kişisel kontrol düzeylerini daha düşük algıladıkları görüldü. Bu durum, uzun süredir ayık olan bireylerin tedavi süresince vurgulanan, alkol üzerindeki kontrollerinin yetersiz olduğu bilgisini özümsemeleri ile ilgili olabilir ( 25, 26). Dolayısıyla bu bireylerin artmış farkındalıklarını yansıtıyor olabilir. Nitekim, alkole karşı zayıf olma, alerjik olma, alkol alımı üzerinde kontrolün olmaması gibi vurgular, hastalık modelinde önde gelen vurgulardır (8, 27). RÖGÖ ruh hali denetimi alt ölçeğinde her iki çalışma grubunun kontrol grubuna oranla aldığı düşük puanlar, hepsi de tedavi deneyimi olan bu hastaların, tedavi süreci boyunca, alkol bağımlılığında kendini denetleme mekanizmalarında bir yetersizlik olduğu bilgisini kazanmış olmaları ve farkındalıkları ile açıklanabilir (28, 29). İkinci grupta alkol alım miktarı, dolayısı ile bağımlılığın şiddeti arttıkça yardım arama davranışı ve dikkati belli bir konuya yönlendirme artmaktadır, bu durum bu gruptaki bireylerin yardım aramayı öğrenmiş olmaları ile açıklanabilir. Yine bu grupta alkol alım miktarı arttıkça iç kontrol odağını kullanma eğilimi de artmaktadır. Alkol alım miktarı arttıkça bireyin alkol alımı üzerindeki kontrolünü kaybettiğinin farkına varması, alkol alımının kontrolünün dış faktörlerle (şans, kader, olumsuz koşullar) değil de kendisi tarafından belirlendiğini fark etmesine yol açıyor olabilir (34-36). Ayrıca kişisel kontrole inancın azalması, bu kontrolü sağlama amacı ile dışarıdan destek ve yardım arama davranışını artırıyor olabilir.

Alkole başlama yaşı arttıkça, uyuma yönelik bir mekanizma olan problem odaklı başa çıkmanın da arttığı gözlenmiştir (30). Literatürde, Cloninger'in Tip I- Tip II alkolizm sınıflamasında, temel belirleyicinin alkole başlama yaşı olduğuna dair veriler vardır. Tip II alkolizm tanımına uyan bireyler daha geç yaşlarda alkole başlayan, genetik yükünlüğü daha az olan, eşlik eden kişilik patolojisinin daha nadir görüldüğü bireylerdir, uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarını daha sık kullandıkları ve prognozlarının daha olumlu olduğu bildirilmektedir (31). Alkole başlama yaşı yükseldikçe

RÖGÖ'nün planlı davranma, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi, yeterli olma, ağır denetimi, esnek planlama ve denetleyici arama alt ölçeklerinden alınan puanlar artmaktadır, dolayısı ile daha geç yaşta alkol kullanımına başlayan, yani Tip II alkolizme yakın duran bireylerin kendilerini kontrol etme, planlı davranabilme yetilerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu bulgular birçok araştırma tarafından da desteklenmektedir (31, 32)

En az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlılarından oluşan ikinci gruptaki bireylerde günlük alkol alım miktarı arttıkça bireyin problem çözüme yeteneğine olan güveninin azaldığı bulunmuştur. Alkol bağımlılığının bilişsel davranışçı teorilerine göre, alkol alımı bir başa çıkma mekanizması olarak ne kadar sık ve yoğun kullanılıyorsa, kişinin uyuma yönelik başa çıkma becerileri de o kadar

**Tablo 6.** İkinci gruptaki (en az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları) bireylerin remisyon süreleri ve diğer bağımlı değişkenler arasındaki ilişki katsayıları (r) ve anlamlılık düzeyleri

Değişkenler	Aylıklık süresi (ay)
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)</b>	-.534*
<b>Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)</b>	-.375*
<b>MMPI alt ölçekleri</b>	
Hipokondria (Hy)	-.158
Depresyon (D)	-.324
Histeri (Hs)	-.271
Psikopatik sapma (Pd)	-.380*
Maskülen- feminen (Mf)	-.319
Paranoya (Pa)	-.497*
Psikasten (Pt)	-.284
Şizofreni (Sc)	-.466*
Mani (Ma)	-.281
Sosyal içe dönüklük (Si)	-.327
<b>Stresle Başa Çıkma Ölçeği</b>	
Problem odaklı başa çıkma	.400*
Duygu odaklı başa çıkma	.295
Dolaylı başa çıkma	.034
<b>Problem Çözme Envanteri</b>	
Problem çözme yeteneğine güven	-.221
Yaklaşma- kaçınma	-.301
Kişisel kontrol	-.525*
<b>Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği</b>	
Planlı davranma	.298
Ruh hali denetimi	.500*
İstenmeyen düşüncelerin denetimi	.418*
Dürtü denetimi , planlı davranma	.407*
Yeterli olma ve kendini yatıştırma	.090
Ağrı denetimi	.278
Erteleme	-.013
Yardım arama	-.040
İyiye yorma	.423*
Dikkati yönlendirme	.124
Esnek planlama	.165
Denetleyici arama	.159
Sürekli Kaygı Envanteri	-.335*
Durumluk Kaygı Envanteri	-.571*
RİDKOÖ	-.185
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>	
Geleceğe dair duygu ve beklentiler	-.034
Motivasyon kaybı	-.265
Umut	.049

\* p< 0,05

geriler. En az bir yıllık ayıklığı olan bireylerde, uzun tedavi süreci boyunca bu bilginin ham bir şekilde edinildiği, dolayısı ile başa çıkma yollarının yetersizliği konusunda bir içgörü geliştiği öne sürülebilir. Nitekim yeni ayık gruptaki bireylerde, alkol alım miktarı ile problem çözme yeteneğine olan güven arasında yukarıdaki gibi bir ilişkinin olmayışı bu içgörünün edinilmemiş olması ile açıklanabilir (33).

Ayıklık süresi arttıkça MMPI alt ölçeklerinden psikopatik sapmadan alınan puanlar da anlamlı bir şekilde düşmektedir. Bu bulgu, antisosyal kişilik bozukluğu ile alkol bağımlılığı arasındaki ilişki tartışmasına önemli bir yaklaşım getirmektedir. Eskiden beri antisosyal bireylerin mi alkol alımına yatkın olduğu, yoksa alkol alımının mı antisosyal kişilik özelliklerine yol açtığı tartışma konusudur. DeJong ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada birçok bağımlının tedavi sürecinde gerileyen, ancak madde kullanımına dönüş olduğunda tekrarlayan kronik bir davranışsal örüntü sergilediklerini gözlemlemişler ve bu örüntüyü 'junkie sendromu' olarak tanımlamışlardır (37). Bu davranış örüntüsü yalan söyleme, suça yönelik davranışlar, manipülasyon, sorumluluğun azalması, benmerkezcilik, grandiyozite, abartılı duygu dışavurumu, gerçek duygusal paylaşımın azlığı ve duygusal labilite gibi özelliklerle tanımlıdır. Bağımlılığın sonucu veya epifenomeni olan bu durumu, önceden var olan kişilik patolojisinin özelliklerinden ayırmak hemen hemen imkansızdır. Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğunun birbirlerini etkileyip içiçe girdikleri de öne sürülmüştür. Bizim bulgularımız da 'junkie sendromu' varlığını desteklemektedir.

Ayıklık süresi arttıkça problem odaklı başa çıkma mekanizmalarının arttığını gösteren bulgularımız da hem klasik kitaplarda hem de birçok araştırmada dile getirilen, alkol kullanımını azaldığında veya remisyon sağlandığında uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarının kullanımının arttığını bildiren bulgularla uyumludur (38).

Son olarak AA grubu toplantılarına devam etmenin önemli sonuçları olabileceği saptanmıştır. AA toplantılarına katılan bireylerde MMPI depresyon alt ölçeği puanları anlamlı derecede düşük bulunmuş, yine MMPI sosyal içe dönüklük alt ölçeği puanla-

rının da düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu AA'ya devam edenlerin daha dışa dönük ve yardım aramaya yatkın bireyler olduklarını gösterebileceği gibi, AA'ya devam etmenin sonucu olarak sosyal içe dönüklüğün azaldığını da gösteriyor olabilir. AA'ya devam etmeyen bireylerin yardım arama davranışını gösteren dolaylı başa çıkma mekanizmasını daha az kullandıkları bulunmuştur, bu sonuç da yardım isteme, destek arama gibi, bizim kültürümüzde uyuma yönelik kabul edilen bir başa çıkma yolunu daha az kullandıklarını göstermektedir. AA'ya devam etmek, bu bireylere destek isteme ve yardım aramayı öğretiyor olabilir. AA'ya devam etmenin kazançlarından olabilir (39, 40).

Önemli bulgulardan birisi de daha önceki karşılaştırmalarda diğer değişkenlerle pek az ilişkisi saptanmış iç- dış kontrol odağı ile ilişkilidir. AA'ya devam etmeyen bireylerde dış kontrol odağına inanç daha yüksektir, dolayısıyla bu gruptaki bireyler şans, kader, olumsuz faktörler gibi dış faktörlere daha çok inanmaktadır. Oysa AA toplantılarına katılan grupta, AA grubunda kişinin kendi kontrol ve denetiminin, yaşananlardan kendisinin sorumlu olduğu öğretisinin işlenmesine bağlı olarak iç kontrol odağına inancın arttığı görülmektedir. Literatürdeki birçok çalışma da benzer sonuçları ortaya koymaktadır. Bu sonuç, AA'nın 'üstün güç' inancı ve tinsel vurguları ile çelişkili gibi görünmekte, ancak AA'daki paylaşımların, geri bildirimlerin, kişinin istencine ve kişisel kontrolün önemine yapılan vurgunun, tinsel vurgulardan önde geldiğini göstermektedir (41).

AA'ya devam etmeyen bireylerde umutsuzluğun artmış olduğu gösterilmiştir. Literatürde AA'ya veya benzeri kendine-yardım gruplarına devam eden bireylerde prognoz daha olumlu olduğuna dair bulgular dikkate alındığında, AA'nın umut aşılacağı rolünün bu bireylerdeki tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Alkol bağımlılığında bilişsel davranışçı tedavi modelleri yaygın olarak kullanılmakla birlikte, literatürde etkinliklerine ve prognozu etkileme güçlerine yönelik çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Son dönemde öne çıkan başa çıkma becerileri eğitimi ise üzerin-

**Tablo 7.** Adsız Alkolikler (AA) derneğine devam eden ve etmeyen bireylerin bağımlı değişken ölçümlerine ait t-testi analizi sonuçları

Değişkenler	Adsız Alkolikler Derneği	n	Ortalama	sd	t
<b>MMPI alt ölçekleri</b>					
Depresyon (D)	Gitmeyen (1)	13	26.2308	7.1081	2.12*
	Giden (2)	13	21.1538	4.8964	
Sosyal içe dönüklük (Si)	1	14	35.7857	7.0839	2.71*
	2	13	27.0769	9.5347	
<b>Stresle Başa Çıkma Ölçeği</b>					
Dolaylı başa çıkma	1	17	34.9412	6.1894	-2.3*
	2	12	39.3333	2.7080	
<b>Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği</b>					
Dürtü denetimi, planlı davranma	1	16	15.5626	6.6830	-2.2*
	2	12	20.2500	3.3878	
<b>RIDKOÖ</b>					
	1	18	45.3333	2.5896	2.2*
	2	13	43.3077	2.3232	
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>					
Geleceğe dair duygu ve beklentiler	1	17	1.5294	1.8068	2.6*
	2	14	.2143	.5789	

\* p < 0.05

de çalışma yapılmamış bir alandır. Sonuç olarak bizim araştırmamızın bulguları uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma mekanizmalarının alkol bağımlısı grupta kontrol grubuna göre daha yoğun olarak kullanıldığını, ancak ayıklık süresi arttıkça bunların uyuma yönelik başa çıkma mekanizmaları ile yer değiştirdiğini göstermiştir. En az bir yıldır remisyonda olan bireylerde kişisel kontrole olan güvenin azlığı, ancak ayıklık süresi uzadıkça bu güvenin artış gösterdiği bulgusu çarpıcıdır. Özellikle AA grubu toplantılarına katılan bireylerde depresyon puanlarının düşük olması, sosyal içe dönüklüğün azalması, yardım arama davranışında ve dürtü denetiminde artış olması, iç kontrol odağına inancın ve umudun artması, AA'nın bağımlı bireylerin tedavisinde önemli bir rol üstlendiğini göstermesi açısından çarpıcı bulgulardır. Bu bulgulardan yola çıkılarak, gelecekte hastalık modelini temel alan tedavi yöntemlerinin yanına bilişsel- davranışçı tedavilerin özellikle de başa çıkma becerileri eğitiminin katılması, remisyon oranları ve sürelerini artırmak açısından umut vaat edici görünmektedir (42, 43).

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Seçilmiş bir grup üzerinde yapılması, çalışmanın erkek hastalarla sınırlı olması, kesitsel bir çalışma olması önemli kısıtlılıklardandır. İleride yapılacak çalışmalarda bireylerin uzunlamasına izleme alınarak ölçümlerin aynı bireylerde bağımlılığın farklı dönemlerinde tekrarlanması, neden sonuç ilişkilerini saptamak ve tedavi müdahalelerinin sonuçlarını yorumlamak açısından daha verimli olacaktır.

## Kaynaklar

- Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse. 3. baskı. New York: Plenum Publishing Corporation; 1990.
- McCrae BS, Epstein EE. Addictions: A Comprehensive Guidebook. New York: Oxford University Press; 1999.
- Friedman LS, Fleming NF, Roberts DH, Hyman SE. Source Book of Substance Abuse and Addiction. Maryland: Williams and Wilkins; 1996.
- Milkman HB, Sederer LI. Alkolizm ve Madde Bağımlılığında Tedavi Seçenekleri. Doğan Y, çev. editörü. New York: Lexington Books; 1990.
- Carroll KM. Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. Curr Psychiatry Rep. 2005;7:329-36.
- Boyacıoğlu G. Bilişsel- Kişilerarası Yaklaşım, Değerlendirme ve Tedavi. 2. baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.
- Burtscheidt W, Wölver W, Schwarz R et al. Outpatient behavior therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 227-32.
- Miller NS, Gold MS. Alcohol. New York: Plenum Publishing Corporation; 1991
- Moser E, Arris M. The Role of Coping in Relapse Crisis Outcome: A Prospective Study of Treated Alcoholics. Addiction 1996; 91: 1101-13.
- Sjöberg L, Samsonowitz V. Coping strategies and relapse in alcohol abuse. Drug Alcohol Depend 1985; 15: 283-301.
- Herrick M, Elliott R. Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. J Clin Psychol 2001; 57: 75-92.
- Conte HR, Plutchik R, Picard S et al. Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics. J Stud Alcohol 1991; 52: 26-32.
- Slavkin SL, Heimberg RG, Winning CD et al. Personal and parental problem drinking effects on problem-solving performance and self-appraisal. Addict Behav 1992; 17: 191-9.
- Cooper ML, Russell M, Skinner JB et al. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. J Abnorm Psychol 1992; 101: 139-52.
- Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK et al. Drinking to cope, emotional distress, and alcohol use and abuse: a ten-year model. J Stud Alcohol 2001; 62: 190-8.
- Watten RG. Coping styles in abstainers from alcohol. Psychopathology 1996; 29: 340-6.
- Noone M, Dua J, Markham R. Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. Addict Behav 1999; 24: 687-93.
- Johnson V, Pandina RJ. A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17: 696-702.
- Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
- Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
- Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1997.
- Davis L, Uezato A, Newell JM et al. Major depression and comorbid substance use disorders. Curr Opin Psychiatry 2008; 21: 14-8.
- Beatty WW, Katzung VW, Nixon SJ et al. Problem-solving deficits in alcoholics: evidence from the California Card Sorting Test. J Stud Alcohol 1992; 54: 687-92.
- Moser E, Annis M. The Role of Coping in Relapse Crisis Outcome: A Prospective Study of Treated Alcoholics. Addiction 1996; 91: 1101-13.
- Williams G, Kleinelter J. Perceived problem solving skills and drinking patterns among college students. Psychol Report 1989; 65: 1235-44.
- Larson LM, Heppner PP. Problem solving appraisal in an alcoholic population. J Couns Psychol 1989; 36: 73-8.
- Finney W, Moss H, Humptreys K. A comparative evaluation of substance abuse treatment: II. Linking proximal outcomes of 12-step and cognitive behavioral treatment to substance use outcomes. Alcohol Clin Exp Res 1999; 23: 537-44.
- Neidigh LW, Gesten EL. Coping with the temptation to drink. Addict Behav 1988; 13: 1-9.
- Timko C, Moos RH, Finney JW et al. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous and formal treatment. J Stud Alcohol 2000; 61: 529-40.
- Neve RJM, Lemmens PH, Drop MJ. Drinking careers of older male alcoholics in treatment as compared to younger alcoholics and to older social drinkers. J Stud Alcohol 1997; 58: 303-11.
- Brennan PL, Moos RH. Functioning, life context, and help-seeking among late-onset problem drinkers: comparisons with nonproblem and early-onset problem drinkers. Br J Addict 1991; 86: 1139-50.
- McGue M, Slutske W, Taylor J et al. Personality and substance use disorders: I. Effects of gender and alcoholism subtype. Alcohol Clin Exp Res 1997; 21: 513-20.
- Intagliate JC. Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population. J Consult Clin Psychol 1978; 46: 489-98.
- Dhee-Perot P, Loas G, Fremaux D et al. Locus of control in alcoholics: comparative study of 64 alcoholics vs 50 hospitalized patients and 50 normal controls. Encephale 1996; 22: 443-9.
- Obitz FW, Oziel LJ. Change in general and specific perceived locus of control in alcoholics as a function of treatment exposure. Int J Addict 1978; 13: 995-1001.
- Huckstadt A. Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics and non-alcoholics. Res Nurs Health 1987; 10: 23-8.
- DeJong CA, van den Brink W, Hartevelde FM ve ark. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Compr Psychiatry 1993; 34: 87-94.
- Noone M, Dua J, Markham R. Stress, cognitive factors and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. Addict Behav 1999; 24: 687-93.
- Watson CG, Hancock M, Gearhart LP et al. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders of Alcoholics Anonymous. J Clin Psychol 1997; 53: 209-14.
- Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. J Stud Alcohol 1996; 57: 65-72.
- Morgenstern J, Labouvie E, McCrae BS et al. Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 768-77.
- Project MATCH ( Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17: 1130-45.
- Godlaski TM, Leukefeld C, Cloud R. Recovery: with and without self-help. Subst Use Misuse 1997; 32: 621-7.