

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu
Bağlamında Nöropsikolojik Test
Performansının İncelenmesi**

BURÇİN AKGÜN

**KLİNİK SİNİRBİLİMLER YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2010

DEÜ.HSI.MSc-2007970117

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu
Bağlamında Nöropsikolojik Test
Performansının İncelenmesi**

**KLİNİK SİNİRBİLİMLER YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BURÇİN AKGÜN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Yıldız AKVARDAR

DEÜ.HSI.MSc-2007970117

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimleri Anabilim Dalı Klinik Sinirbilimleri Yüksek Lisans programı öğrencisi Burçin AKGÜN' ün '**Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi**' başlıklı yüksek lisans tezi 26.05.2010 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

[imza]

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Yıldız AKVARDAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sinirbilimleri ABD

[imza]

Prof. Dr. İlgi ŞEMİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sinirbilimleri ABD

[imza]

Doç. Dr. B. Berna AKDEDE

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
KISALTMA LİSTESİ	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağımlılık ve İlişkili Terimlerin Tanımı	5
2.2. Alkol Bağımlılığının Tanımı ve DSM-IV Tanı Ölçütleri	6
2.3. Alkolün Nörobiyolojik Etkileri	8
2.4. Alkolün Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi	10
2.4.1. Alkolün Yürütücü İşlevler Üzerine Etkisi	11
2.4.2. Alkolün Bellek Üzerine Etkisi	12
2.4.3. Alkolün Diğer Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi	13
2.5. Motivasyon ve Değişime Hazır Olma Aşamalar	13
2.5.1. Tedavi Motivasyonunun Bilişsel İşlevlerle İlişkisi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Katılımcılar	17
3.2. Veri Toplama Araçları	17
3.2.1. Ölçekler ve Anketler	18
3.2.2. Nöropsikolojik Testler	20
3.3. Uygulama	22
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	23
4. BULGULAR	24
4.1. Katılımcıların Özellikleri	24
4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri	24
4.3. Algılanan Sosyal Destek, Anksiyete, Depresyon, Günlük Tüketilen Alkol Miktarı, En Son İçme Zamanı ve Günlük Tüketilen Nikotin Miktarının Motivasyon ve Bilişsel İşlevlere Etkisi	27
4.4. Tedavi Motivasyonu ve Bilişsel İşlevlerin İlişkisi	30

5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
7. KAYNAKLAR	37
8. EKLER.....	43
8.1. EK-1: Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	
8.2. EK-2: Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)	
8.3. EK-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	
8.4. EK-4: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)	
8.5. EK-5: Etik Kurul Raporu	

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Değişimin Transteoritik Modeline Göre Değişim Aşamaları	15
Tablo 2: Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalamaları	24
Tablo 3: Katılımcıların Çalışma ve Medeni Durumları	24
Tablo 4: Katılımcıların İçme Paternleri ve En Son Alkol Kullanım Zamanları	25
Tablo 5: Katılımcıların Günlük Tükettikleri Sigara ve Standart İçki Miktarları	25
Tablo 6: Katılımcıların İlk Alkol Kullanım Yaş, Düzenli Alkol Kullanım Yılı ve Tedavi Başvurusu Ortalamaları	25
Tablo 7: Katılımcıların AKBTT, HAM-D ve HAM-A Ölçekleri Puan Ortalamaları	26
Tablo 8: Katılımcıların TMA, SOCRATES, ÇBASDÖ ölçekleri ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları	27
Tablo 9: Katılımcıların ÇBASDÖ, HAM-A, HAM-D Puanları, Günlük Alkol ve Nikotin Tüketim Miktarlarının, TMA, SOCRATES Ölçekleri ve Alt Ölçekleriyle İlişkisi	28
Tablo 10: En Son Alkol Alım Zamanının Motivasyona Etkisi	29
Tablo 11: Nöropsikolojik Testlerin TMA, SOCRATES Ölçekleri ve Alt Ölçekleri İle İlişkisi	30

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Alkolün Beyin Üzerindeki Etkisi	11
--	----

KISALTMA LİSTESİ

DSM - IV – TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

GABA: Gama amino butiritik asit

NMDA: N – Metil – D – Aspartat

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi

İM: İçsel Motivasyon

DM: Dışsal Motivasyon

KYA: Kişilerarası Yardım Arama

TG: Tedaviye Güvensizlik

SOCRATES: Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği

İK: İkilem

FV: Farkına Varma

AA: Adım Atma

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

WCST: Wisconsin Kart Eşleme Testi

KAS: Sözel Akıcılık Testi

ALKOL BAĞIMLILARINDA TEDAVİ MOTİVASYONU BAĞLAMINDA NÖROPSİKOLOJİK TEST PERFORMANSININ İNCELENMESİ

Burçin AKGÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı

İnciraltı, 35340, İzmir/Türkiye

akgunburcin@gmail.com

ÖZET

Amaç: Motivasyon, kişilerin davranışlarını değiştirme nedenlerinin ve nasıl değiştirdiklerinin altında yatan temel mekanizmadır. Son zamanlarda bağımlılık alanında ilgi çeken konulardan biri olan tedavi motivasyonu, kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir. Uygun motivasyonun olmaması çoğunlukla kişinin tedaviyi yarım bırakmasına neden olmaktadır. Alkol bağımlılığında, iyileşme sürecinde tedavi motivasyonunun etkisini inceleyen bazı çalışmalar motivasyonda bilişsel işlevlerin etkisi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmanın amacı, alkol bağımlısı hastaların nöropsikolojik test performanslarını, tedavi motivasyonlarını ve ikisi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini, DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış, kafein ve nikotin dışında herhangi bir madde kullanımı olmayan 21 erkek hasta oluşturmaktadır. Çalışmada katılımcılara Tedavi Motivasyonu Ölçeği (TMA), Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES), Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT, AUDIT), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Hamilton Anksiyete ve Depresyon Envanterleri ve birçok farklı alanda işlevselliği değerlendiren bir nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların motivasyonlarını ölçmek amacıyla kullanılan Tedavi Motivasyonu Anketinin (TMA) toplam puanı ve içsel motivasyon alt ölçeğiyle WCST arasında, Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeğinin (SOCRATES) toplam puanı ve farkına varma alt ölçeği ile WCST arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. Ayrıca TMA' nın kişilerarası yardım arama alt ölçeği ile verbal akıcılık testi arasında da bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bulgular tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamaları ile yürütücü işlevler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca sözel işlevler ve dil becerileri ile kişilerin tedavi süresince diğer kişilerle bir arada olma isteği arasında ilişki saptanmıştır. Bu bulgular tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamalarının bilişsel işlevlerden etkilendiği görüşünü desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Tedavi motivasyonu, alkol bağımlılığı, değişime hazır olma, bilişsel işlevler, nöropsikolojik testler

EXAMINATION OF ALCOHOL DEPENDENTS' NEUROPSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN THE CONTEXT OF TREATMENT MOTIVATION

Burçin AKGÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı

İnciraltı, 35340, İzmir/Türkiye

akgunburcin@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Motivation is the main mechanism underlying why and how people change their behavior. Recently, treatment motivation, one of the most interesting subject in the addiction area, is a process that have specific terms. Absence of the correct motivation generally cause drop out. Some reserches about treatment motivation in alcohol addiction are focused on the effects of cognition. Purpose of this research is to examine alcohol abuser' s neuropsychological test performance in the context of treatment motivation and determine the relationship between them.

Method: The sample of this study is 21 male patients with alcohol addiction according to DSM-IV criteria, with no other substance use except caffein and nicotine. Treatment Motivation Questionnaire (TMQ), Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), Multidimensionel Percived Social Support Scale, Hamilton Depression and Anxiety Scales and a neuropsychological test battery that assess the performance of many different areas were applied to patients.

Results: Total TMQ score found to be related to the internal motivation score, total SOCRATES score, awareness score and WCST performance. A correlation also exists between interpersonal help seeking and verbal fluency test.

Conclusion: Results indicate that there is a relationship between treatment motivation and executive functions. It is also found that patient' s wish to get together with other people is up to their verbal ability. These results support that the idea of cognitive functions have an important effect on treatment motivation and readiness to change

Key words: Treatment motivation, alcohol dependence, readiness to change, cognitive functions, neuropsychological tests.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Tedavi için motivasyon bağımlılık tedavisinin seyrinde önemlidir ve kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir [1]. Uygun motivasyonun olmaması hastaların tedaviyi yarım bırakmasına ve nükse neden olan en önemli etkenlerden biridir.

Motivasyon, kişilerin davranışlarını değiştirme nedenleri ve nasıl değiştirdiklerinin altında yatan temel mekanizmadır. Bir davranışı yapmaya motive olmak, kişinin performansını olumlu etkilemekte ve davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirmesini sağlamaktadır [2].

Cahill ve arkadaşları [3], alkol bağımlılarında tedavi öncesindeki motivasyonun tedavinin devamlılığı için önemli olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca tedaviye yönelik motivasyonun tedavi ilerledikçe arttığını göstermişlerdir.

Bağımlılık üzerine yapılan bazı araştırmalar, bağımlılarda görülen nöropsikolojik bozuklukların tedaviye etkisi üzerine odaklanmıştır [4]. Bu çalışmalar sonucunda, bağımlılığın sadece maddenin pekiştirici etkisiyle açıklanamayacağı sonucuna varılmıştır. Bağımlılığın karar verme, yanıt inhibisyonu, planlama ve bellek gibi bilişsel aktivitelerle yakından ilişkili olduğu görülmüştür.

Rinn ve arkadaşları [5], nöropsikolojik işlevlerdeki bozulmanın tedavinin seyrini etkilediğini göstermiştir. Yürütücü işlevlerin kişinin farkındalık geliştirmesinde önemli bir rol oynadığı, düşük farkındalık düzeyinde olan bağımlıların problemi daha çok inkar ettikleri için tedavi motivasyonlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Alkol tedavisi süresince ısrarlı şekilde problemi inkar eden hastaların bellek ve yürütücü işlevlerle ilişkili kognitif testlerde daha düşük performans gösterdikleri görülmüştür [6]. Tedavi öncesinde bir dizi nöropsikolojik test uygulanan alkol bağımlıları ile yapılan çalışmada, sözel bellek ve dikkat testlerinde daha yüksek performans gösteren bağımlıların, tedaviden daha çok yararlandıkları görülmüştür. Sonuç olarak, değişmek için motivasyon ve içme davranışının düzenlenmesi bellek ve yürütücü işlevlerle ilişkili bulunmuştur.

Bu doğrultuda çalışmanın amacı, alkol bağımlılarının nöropsikolojik test performanslarını, tedavi motivasyonları çerçevesinde incelemektir. Tedavi motivasyonu düşük olan hastaların, tedavi motivasyonları yüksek olan hastalara oranla, nöropsikolojik testlerde daha düşük performans göstermesi beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bağımlılık ve ilişkili terimlerin tanımı:

Bağımlılık (dependence), bir maddenin yinelenerek kullanımıyla ortaya çıkan ve yoksunluk sendromunun ortaya çıkışını engellemek için sürekli alınması gereken fizyolojik nöroadaptasyon durumudur [7].

Bağımlılık yapıcı maddelerin bazıları sürekli kullanıldıklarında, hızlı veya yavaş şekilde, etkilerinin şiddeti azalır, süresi kısalmır [8]. Bu nedenle maddeyi kullanan kişi maddenin dozunu arttırma gereği duyar. Tolerans, maddenin belirli bir dozunun yinelenen uygulamalardan sonra daha düşük etki göstermesi halinde veya tersine, ilk kullanımdaki etkiyi elde etmek için gittikçe artan dozlarda kullanılması durumuna denir.

Bağımlılık ile ilişkili bir diğer terim ise yoksunluktur. Yoksunluk, maddeyi alanlarda tolerans gelişmesinden sonra maddenin aniden kesilmesinin ardından maddeye karşı aşırı istek, disfori ve sempatik sinir sistemi aşırı aktivitesiyle karakterize bir yoksunluk sendromunun oluşmasıdır [7].

Detoksifikasyon, bağımlılık yapmış ve ani olarak kesildiğinde yoksunluğa yol açabilecek olan bir maddenin azaltılarak kesilmesidir. Detoksifikasyon, bağımlılık yapan bir maddenin yavaşça kesilerek ya da bu maddenin yerine benzer farmakolojik etki mekanizmasına sahip çapraz bağımlılık yapan bir maddenin konmasıyla sağlanır. Her iki durumda da detoksifikasyon, bağımlı veya çapraz bağımlı olunan maddenin dozunun yavaşça azalmasıyla, bağımlılığın nöroadaptasyonel mekanizmalarının bu azaltma sırasında yeniden adapte olmasını ve böylelikle yoksunluk belirtilerinin önüne geçilmesini sağlayarak gerçekleştirilir.

2.2 Alkol bağımlılığın tanımı ve DSM-IV tanı ölçütleri:

Alkol çok eski zamanlardan beri (M.Ö. 2000) var olan, insan beyninin fonksiyonlarını baskılayıcı özelliklere sahip, zehirli etkili, kullanımı oldukça yaygın olan bir maddedir [9]. Alkol kullanımı tarih boyunca farklı şekillerde değerlendirilmiştir. Tarihin büyük bölümünde içme davranışı "moral" bir özellik olarak değerlendirilmiş ve bu konuda köklü "inançlar" yerleşmiştir. Alkol kullanımının "hastalık" olabileceğini ilk kez "maddeci filozoflar" dile getirmiştir. Alkol kullanımının hastalık olarak kabul görmeye başlaması ise 14. yüzyıldan sonra olmuştur. Tıbbi kavram olarak ise 19. yüzyıl ortalarında "alkolizm" şeklinde kabul edilmiştir. Alkolizm sözcüğü ilk kez 1856 yılında Magnus Huss tarafından kullanılmıştır.

Alkolizm zaman içinde farklı şekillerde tanımlanmıştır. En son tanımlama 1994 yılın APA tarafından yapılmıştır. Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV - R' ye göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir [10];

Alkol bağımlılığı:

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

1) Aşağıdakilerden biri ile tanımladığı üzere tolerans gelişimi olması:

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

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

2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Alkole özgü yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı

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

4) Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5) Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

6) Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7) Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

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

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

Pratik açıdan alkol bağımlılığı süreci:

Alkol bağımlılığının gelişim aşamaları üç aşamada değerlendirilebilir [11]:

1. Yoksunluk aşaması: Düzenli olarak haftada 3- 4 kez alkol alan bir kişi yaklaşık beş yıl sonra sabahları kalktığında hafif baş ağrıları, gerginlik, sıkıntı, huzursuzluk hissetmeye başlar. Bu belirtiler "akşam fazla kaçırmaya" bağlanmaktadır. Oysa bağımlılık bu aşamada bir uzman gözü ile başlamıştır. Bu arada kişinin kullandığı günlük alkol miktarı ilk kullandığının yaklaşık %50'sinin üzerine çıkmıştır. Bu aşamada hissedilen sorunlar soda vs. gibi sıvılarla geçiştirilmeye çalışılır. Hatta bazen kişi bir iki hafta ara verir. Bu aşama yaklaşık 5 yıl kadar devam eder.

2. Kontrol kaybı aşaması: Bu aşama 10. yılbaşlarına rastlar. Kişi niyetlendiğinin çok üzerinde ve sürelerle alkol kullanmaya başlamıştır. Artık çevresindekiler tarafından eleştirilmeye başlar, arkadaşlarını yavaş yavaş kaybeder. Bu arada yakın çevresi tarafından da az içmesi konusunda uyarılır. Kişi sabahları daha fazla ve şiddetli yoksunluklar yaşamaya başlar, işe gitmemeler olabilir, aile içinde çatışmalar yavaş yavaş artar. Bu durumun "çaresi" olarak bağımlı sabah veya öğlen arasında da alkol alabileceği ortamlar yaratır. İş yemekleri, araba veya işyerine bar kurma gibi özellikler görülebilir. Kişi kontrol kaybı nedeniyle kaybettiği "prestiji" "jestlerle" karşılamaya çalışır. Bu dönemin sonunda sorunlar oldukça belirginleşmiştir. Alkol bırakma süreleri aylarca sürebilir.

3. Biyopsikososyal hasar aşaması: Bu aşamada karaciğer bozulmuş, ruhsal anlamda tedavi edilmesi gereken bir sorun oluşmuş (depresyon, uykusuzluk vs), iş yaşantısı bozulmuş, aile sorumlulukları belirgin olarak azalmıştır.

Bugün alkol bağımlılığı toplumların en büyük sağlık sorunlarından biridir. Yapılan çalışmalar toplumları oluşturan bireylerin %90'nının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir [9].

ABD' de alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için %10, kadınlar içinse %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir. Akvardar ve arkadaşlarının [12] İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada alkol kullanım yaygınlığı %25,6, problemlili alkol kullanım yaygınlığı ise %6,8 olarak saptanmıştır.

2.3 Alkolün Nörobiyolojik Etkileri:

Etanol kısa zincirli alifatik alkoller olarak bilinen organik bileşenler sınıfının bir üyesidir [13]. Majör özelliği suda ve yağda çözünmesidir. Bu yüzden nöronlarda dahil olmak üzere hücrelerin membranlarındaki fonksiyonel elemanları etkileme yeteneğine sahiptir. Alkol çok çeşitli nörotransmitter sistemler üzerinde etkili olabildiği için, etki mekanizması da nonspesifiktir. Akut alkol entoksikasyonu, GABA reseptör aktivitesi, serotonerjik aktivite, endorfin salınımı ve beyin ödül merkezlerinde önemli etkilerde bulunabilir.

Akut alkol alımı MSS üzerinde depresan etki oluşturur ve nöronal aktiviteyi baskılar. Çeşitli çalışmalar alkolün sadece GABA-A reseptörlerindeki inhibitör transmisyonu arttırarak değil, aynı zamanda NMDA alt tipindeki glutamat reseptörlerinde eksitatör transmisyonu azaltarak etkili olduğunu göstermektedir. Yani alkol inhibisyonu arttırır ve eksitasyonu azaltır [14]. GABA-A bir kloroid kanalına bağlıdır ve bu şekilde hücre içine klor iyonu geçişini düzenler [14]. Nöronların çoğunda GABA-A reseptörlerinin uyarılması iyon kanallarının açılması ve hücrenin hiperpolarize olması ile sonuçlanır. Etanol GABA-A reseptörleri üzerinden etki ile nöronal ateşleme hızını azaltır ve davranışlar üzerinde depresan etki gösterir. GABA-A reseptörlerinin tümü etanole duyarlı değildir. Yapılan elektrofizyolojik çalışmalar medial septum, substansiya nigra retikulata, inferior kollikulum, globus

pallidum, kırmızı nükleus ve ventral pallidumdaki GABA–A reseptörlerinin etanole duyarlı olduğunu buna karşın, ventral tegmental bölge, hipokampus ve lateral septumdaki GABA–A reseptörlerinin duyarlı olmadığını göstermiştir [13]. Alkolün GABA – A reseptör aktivitesinde yaratmış olduğu artış, kronik alkol alımı sonucu kompensasyon için GABA – A reseptör sayısının azalmasına yol açar.

Glutamat amino asit yapılı santral sinir sisteminin major eksitatör nörotransmitteridir [15]. Eksitatör amino asit reseptörleri içinde alkole en duyarlı olan glutamat NMDA reseptörleridir. Alkol bir glutamat antagonistidir ve NMDA reseptörlerini bloke eder. Alkol NMDA reseptörleri üzerinden katyonik iletimi azaltarak glutamat aktivitesini inhibe eder [13]. NMDA reseptörleri, öğrenme, bellek işlevleri ve nöbet aktivitesinde önemlidir. NMDA reseptörleri öğrenme ve belleği sağlayan hücredeki uzun süreli süreçlerle giden uyumsal değişikliklerin başlatıcısı ve yürütücüsü olarak görünmektedir [14]. Ayrıca dopamin üzerinden alkolün pekiştirici etkisinde de NMDA reseptörleri rol oynar. Uzun süre alkol alımına karşılık gelişen önemli bir nöroadaptasyon NMDA reseptörlerinin up-regülasyonudur [15, 16]. Bu durum yoksunluk halinde alkolün inhibitör etkisi ortadan kalktığı için artmış eksitatör nörotransmisyonu neden olur. Bu durum hücreye aşırı miktarda kalsiyum girmesine ve eksitatör hücre ölümüne yol açar. Bunun sonucunda tremor, hipertansiyon, terleme ve bilişsel defisitler ortaya çıkar. Kısacası, alkol bağımlılığında NMDA değişiklikleri hem nöbet oluşumunu hem de organik beyin bozuklukları riskini arttırmaktadır [13].

Serotonin, vücut ritimlerinin, iştahın, seksüel davranışın ve duygudurumun düzenlenmesine yardımcı olan bir nörotransmitterdir [17]. Alkol bağımlılarında impulsivite, anksiyete, depresyon gibi bozuklukların olması, alkol bağımlılığında serotoninin de rol oynayabileceğini göstermektedir [13]. Alkolün serotonin işlevlerinde artışa yol açabildiği, bu yüzden insanların serotonin disfonksiyonu ile ilişkili emosyonel bozukluklara yönelik bulguları azaltmak için alkol kullandığı düşünülmektedir. Ayrıca serotoninin alkol tüketiminde de etkisi olabileceği üzerinde durulmaktadır [17].

Alkol alımı kötüye kullanılan diğer maddeler gibi nükleus accumbens' te dopamin artışına yol açar. Dopamin salınımının madde kullanımındaki pekiştirici etkisi düşünüldüğünde bu farmakolojik etkinin insanların alkole bağımlı hale gelmesindeki rolü daha iyi anlaşılabilir [13]. Ventral tegmental alandan, prefrontal korteks ve amigdala gibi diğer ön beyin bölgelerine yapılan dopamin projeksiyonları

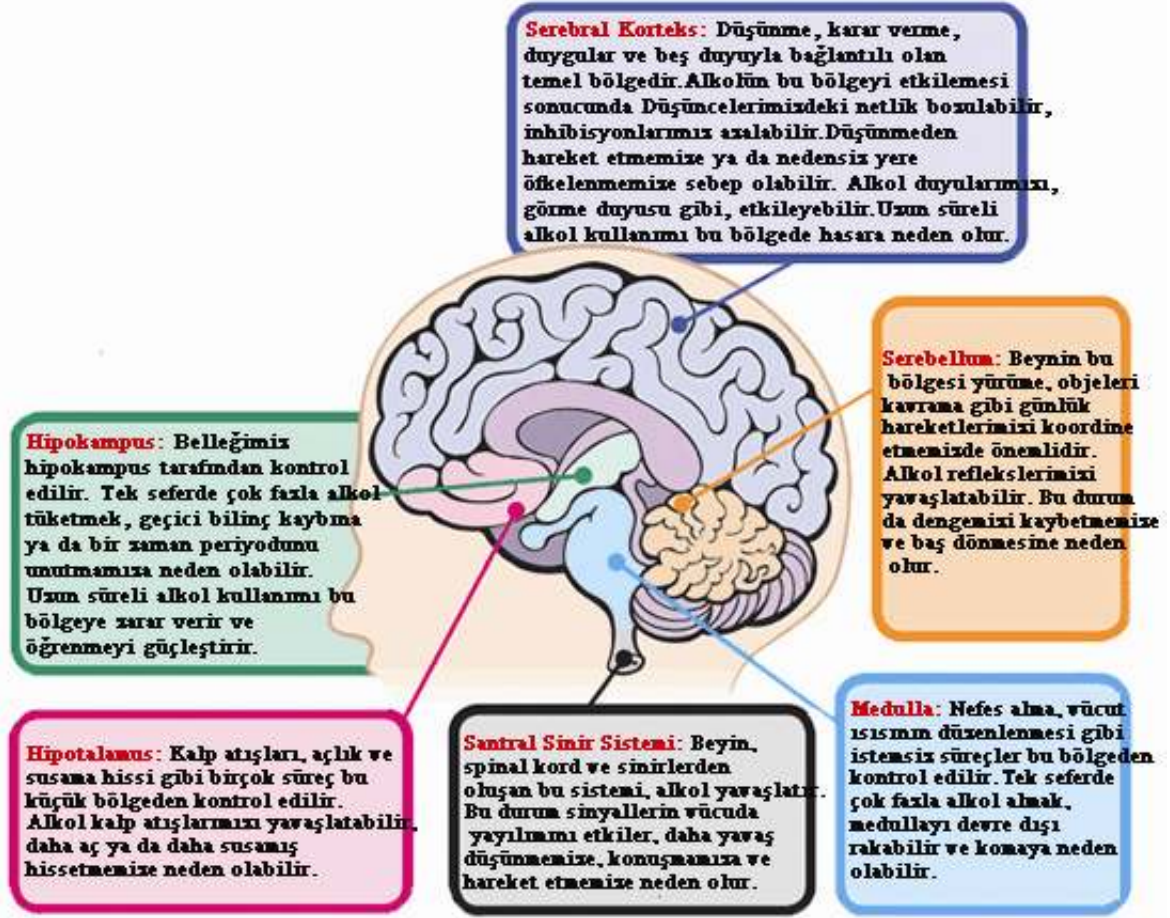
alkol alımının şekillenmesinde büyük rol oynar [18, 19]. Etanol ventral tegmental alandaki dopamin fonksiyonlarını indükleyerek ve hücre dışındaki dopamin konsantrasyonunu yükselterek, mezokortikolimbik ödül sisteminin etkin hale gelmesini sağlar [20]. Etanol akut olarak mezolimbik dopamin nörotransmisyonunu aktive etmesine rağmen, kronik alkol kullanımı ventral tegmental alandaki ve hücre dışındaki dopamin seviyesini azaltır.

Alkolün pekiştirici etkileri teorik olarak, GABA ve glutamat üzerinde yol açtığı değişiklikler, mezolimbik dopamin sistemindeki dopamin salınması üzerindeki etkileriyle sağlanmaktadır. Ayrıca, ödüllendirme sisteminde hem opiyatların hem kanabinoidlerin salınmasına da neden olmaktadır. Alkol farmakolojik etkilerini merkezi sinir sisteminde (MSS) membran lipidleri, NMDA (N-metil-DAspartat) reseptörleri, GABA-A (Gamaaminobutirikasit) reseptörleri, G proteinleri ve diğer membran yapıları üzerinden göstermektedir. Bağımlılık sürecinde GABA-A ve NMDA reseptörlerinin rolü olabilir. Bunun yanında alkolün MSS'deki bütün yapılar, oluşumlar ile dolaylı da olsa bir etkileşim içinde olduğu unutulmamalıdır [11].

2.4. Alkolün Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi

Yapılan çalışmalarda alkolün bilişsel işlevleri birçok alanda etkilediği görülmüştür [21]. Sadece uzun süreli yoğun alkol kullanımının bilişsel işlevlerde yıkıma yol açacağı düşünülse de, alkol kullanımı olan ergenlerde de bilişsel yıkımlara rastlanmıştır [22]. Alkol kullanımı olan ergenlerin bellek ve görsel–mekansal işlevlerinde bozulmalar görülmüştür. Alkol bağımlılarında özellikle yürütücü işlevler, dikkat, bellek, görsel–mekansal işlevlerin kontrollere göre daha bozuk olduğu bulgular arasında yer almaktadır. Sullivan ve arkadaşları (2000) ile Noel ve arkadaşları (2001) tipik bir örnek olarak detoksifikasyon tedavisi sonrası amnezik olmayan alkol bağımlısı hastalardaki temel bilişsel bozuklukları gösterebilmişlerdir [23]. Sullivan ve arkadaşları, yürüme ve denge, görsel uzamsal yetiler ve yürütücü işlevselliğin belirgin olarak bozulmuş olduğunu bulmuş ve alkol bağımlılığında en çok frontoserebellar bir sistemin ve prefrontal parietal korteksler arasındaki kortikokortikal bir sistemin etkilendiği yorumunu yapmışlardır. Tüm bu bilişsel işlevler içinde, özellikle beynin frontal bölgesi ile daha yakından ilgili ve bu bölgenin harabiyetine daha duyarlı olan soyutlama, plan yapma, kategori değiştirebilme ve problem çözme

gibi işlevlerdeki bozulmanın daha şiddetli ve yaygın olduğu Evert (1995) ve Nixon (1995) tarafından bildirilmiştir [24].



Şekil 1: Alkolün beyin üzerindeki etkileri*

2.4.1. Alkolün Yürütücü İşlevler Üzerine Etkisi

Gold (1993) yürütücü işlevi, karar verme ve bir eyleme başlama, planlama, yürütme ve koşullardaki değişikliklere uygun olarak verilen yanıtı değiştirebilme esnekliği gibi üst düzey düşünme ile ilgili geniş bir yelpazedeki bilişsel süreç olarak tanımlamıştır [25]. Alkol bağımlılığında frontal bölgeleri içeren kortikal patolojiler bulunmaktadır. Kronik alkoliklerde yapılan nöropsikolojik değerlendirmeler ve görüntüleme çalışmaları, bu hastalarda frontal işlev bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada, alkol bağımlılarının frontal lob işlevlerini ölçen WCST testi performansında bozulma saptanmıştır [26].

* <http://www.toosmartostart.samhsa.gov/teachin/teachingguide/worksheets1.aspx>

Bu çalışmada alkol bağımlılarının, bellek işleviyle bağlantılı olan, perseveratif olmayan hatalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, alkol bağımlılığında dorsolateral prefrontal korteksden daha çok orbitofrontal korteksin etkilenmesiyle açıklanmıştır. Özen ve arkadaşlarının [25], şizofreni, depresyon ve alkol bağımlılığı olmak üzere, üç tanı grubunu karşılaştırarak yaptıkları çalışmada ise, alkol bağımlıları şizofreni hastalarına oranla, WCST' de perseveratif olmayan daha fazla hata yapmışlardır. Perseveratif hata yüzdelerinin ise, şizofreni grubundan daha iyi ancak kontrol grubundan daha kötü olduğu görülmüştür. Sullivan ve arkadaşları (2003), alkol bağımlılarında verian talamik yapılardaki hacim kaybı ve yürütücü işlevler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir [23]. Scheurich ve arkadaşlarının [26] yaptığı çalışmada da alkol bağımlılarında zihinsel esneklik, verbal akıcılık, karmaşık psikomotor koordinasyon gibi yürütücü işlev komponentlerinde bozulmalar olduğu gösterilmiştir. Noel ve arkadaşları yürütücü işlevlere konsantre olarak, işleyen bellek ve otomatik yanıtların engellenmesinde belirgin ve geniş ölçekli bozukluklar bulmuşlardır. Bechara ve arkadaşları da (2001), kumar oynama görevini kullanarak, alkol ve madde bağımlısı hasta alt gruplarında karar vermede belirgin bozukluklar tanımlamıştır. Kokain ve alkol bağımlılarının nöropsikolojik işlevsellik açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada, alkol bağımlılarının yürütücü işlevlerinde kokain bağımlılarından daha fazla bozulma gösterdiği saptanmıştır [27]. Ayrıca alkol kullanan kokain bağımlılarının alkol kullanmayanlara oranlar yürütücü işlevlerinde daha fazla bozulma olduğu görülmüştür.

2.4.2. Alkolün Bellek Üzerine Etkisi

Uzun süreli alkol kullanımının bellek bozuklarına neden olduğu bilinmektedir. Bu bozuklukların, alkolün doğrudan nörotoksik etkisine ya da alkolün yol açtığı beslenme bozukluklarına bağlı olarak farklı sürelerde oluştuğu fikri kabul görmüştür [21]. Alkol bağımlılarında hipokampus ve amigdalada değişiklikler saptanmıştır [28]. Garcia–Moreno ve arkadaşları (2001) yaptıkları hayvan araştırmalarında, alkolün, belleği sağlamlaştırmada etkin olan hipokampal fonksiyonlarla ilişkili, bazal önbeyindeki kolinerjik nöronların sayısını azalttığını göstermiştir. Alderazzi ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir başka hayvan araştırmasında, alkolün hipokampusta yeni bilgiler edinmemizi sağlayan piramidal hücreleri baskıladığı

görülmüştür [29]. Ayrıca yapılan bir çalışmada, alkol bağımlısı hastaların, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, ileriye yönelik bellekte (prospective memory) belirgin bir yıkım gösterdikleri görülmüştür [30]. Demir ve arkadaşları [24] erken ve geç başlangıçlı alkol bağımlılarını nöropsikolojik işlevsellik açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında, her iki grupta da mantıksal bellekte bozulma olduğunu göstermişlerdir. Çalışmada uygulanan mantıksal bellek alt testinin semantik belleğin geciktirilmiş hatırlama bölümüyle ilgili olduğu, dolayısıyla saptanan bozulmanın semantik bellek alanında bir bozulma olabileceği vurgulanmıştır.

2.4.3. Alkolün Diğer Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi

Alkolle ilgili uyaranların dikkat gerektiren bilişsel görevlerdeki performansı azalttığı görülmüştür [31, 32]. Fama ve arkadaşlarının yaptığı (2004), bir resim parçasını tanıma testinin kullanıldığı çalışmada görsel-uzamsal algılarında bozukluk gösterilmiştir [23]. Marinkovic ve arkadaşları (2002) kronik alkol kullanıcılarının semantik ve psikomotor işlevlerde kontrollere oranla daha düşük performans gösterdiklerini bulmuşlardır [26]. Alkol bağımlıları ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada nöropsikolojik işlevlerdeki en belirgin farklılaşmanın psikomotor işlevler alanında gözlemlendiği bildirilmiştir [23]. Go/No Go testinin kullanıldığı çalışmalarda, alkol kullanım dozuna bağlı olarak yapılan hata sayısında ve tepki süresinde artışlar saptanmıştır. Bu bulgular alkolün disinhibitör etkisiyle ilişkilendirilmiştir.

2.5. MOTİVASYON VE DEĞİŞİME HAZIR OLMA AŞAMALARI

Diclemente ve arkadaşlarına göre (1992), son zamanlarda bağımlılık alanında ilgi çeken konulardan biri olan tedavi için motivasyon kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir [33]. Uygun motivasyonun olmaması, hastaların tedaviyi yarım bırakması, tamamlanamaması, nüks ve diğer olumsuz tedavi seyri için en sık bildirilen nedendir. Motivasyon davranışta değişiklik yaratmak için eyleme geçme yolunda atılan çok önemli bir adımdır [34]. Motivasyon, kişilerin davranışlarını değiştirme sebeplerinin ve nasıl değiştirdiklerinin altında yatan temel mekanizmadır. Bir davranışı yapmaya motive olmak, kişinin performansı ve davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirmesi bakımından önemlidir. Alkol bağımlıları, bağımlılığın negatif etkilerinin farkına varıp değişmek isteseler bile bu çoğunlukla oldukça zor olmaktadır [35]. Yerleşmiş bir içme

davranışını değiştirebilmek ciddi bir çaba ve sorumluluk gerektirmektedir. Değişimin belirleyici faktörü, bağımlının değişme konusundaki isteği ve bunu başarabilmek için gösterdiği çabadır. Değişmek için bağımlı, alkol kullanımının negatif etkilerinin farkında olmalı ve değişimin onun için pozitif sonuçlar doğuracağını bilmelidir. Alkol kullanımının motivasyonel modeline göre, bağımlıların uygunsuz motivasyonel örüntüleri onları alkol alımına alternatif olarak, daha sağlıklı ve uygun amaçlar geliştirmeye odaklanmaktan alıkoymaktadır. Deci ve Ryan (1987), motivasyonun kaynaklarını içsel ve dışsal motivasyon olarak iki grupta tanımlamışlardır [34]. İçsel motivasyon genellikle, dışsal motivasyondan daha uzun süreli değişim yaratmaktadır. Ryan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1995) tedaviye yönelik içsel motivasyonu daha yüksek hastaların tedaviye daha bağlı oldukları ve daha çabuk yanıt verdikleri, dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların ise tedaviden daha az faydalandıkları görülmüştür. Dışsal motivasyonun tedavi sürecinde daha az etkili olmasından dolayı, tedaviyi verenler hastalarının içsel motivasyonlarını arttırmaya çalışmaktadır.

Değişime hazır olma, tedavinin planlanması ve ileri dönemlerde içme örüntüsünün azalması için önemli bir etkidir [36]. Birçok hasta tedaviye diğer kişilerin baskısı altında gelir [37]. Bu hastalar çoğunlukla tedavi olmak istemelerine rağmen, değişmeye hazır değildirler ve bu yüzden tedavinin bir parçası olamazlar. Tedavi arayışı içerisinde olan alkol bağımlıları, değişime yönelik motivasyon aşamaları bakımından birbirlerinden farklılaşırlar. Diclemente ve Huges (1990) tedavi arayışı içerisinde olan alkol bağımlılarında, değişimin transteoritik modeline göre, değişimin beş aşamada gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Niyet öncesi (precontemplation) aşamada hastalar genellikle alkol alımıyla ilgili sorun yaşadıklarının farkında değildirler ve sorunlu bir alkol içicisi olduklarını kabul etmezler [38]. Niyet (contemplation) aşamasında hastalar alkol kullanımıyla ilgili sorunlarının olduğunu kabul etmeye başlarlar, değişimin avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirirler. Bu aşama bir karar verme aşamasıdır. Hazırlık (preparation) aşamasında hastalar, değişimin kendileri için faydalı olacağına karar vermiştir ve ilerleyen zamanlarda değişmeyi denemeyi düşünürler. Hareket (action) aşamasında ise hastalar değişim konusunda sorumluluk almaya ve davranışlarını değiştirmek için bir planlama yapmaya başlarlar. Sürdürme (maintenance) aşamasında hastalar, hareket aşamasında değişime yönelik yaptıklarının sonucunda yakaladıkları başarıyı korumaya, nüksü engellemeye çalışırlar.

Tablo 1: Değişimin transteoritik modeline göre değişim aşamaları

DEĞİŞİMİN TRANSTEORİTİK MODELİNE GÖRE DEĞİŞİM AŞAMALARI	
Değişimin Aşamaları	
Niyet öncesi (precontemplation) aşama ⇨ Niyet (contemplation) aşaması ⇨ Hazırlık (preparation) aşaması ⇨ Hareket (action) aşaması ⇨ Sürdürme (maintenance) aşaması	
Değişim Süreci	
Bilişsel süreç Bilinçliliğin artması Kendini yeniden değerlendirme Çevrenin yeniden değerlendirilmesi Duygusal uyarılma / rahatlama Sosyal açığa çıkma	Davranışsal süreç Kendini açığa çıkarma Karşıt koşullanma Uyaran kontrolü Pekiştireci yönetme İlişkilere yardımcı olma
Değişimin İçeriği	
1. Güncel yaşam durumu 2. İnançlar ve tutumlar 3. Kişilerarası ilişkiler 4. Sosyal sistemler 5. Kalıcı kişisel özellikler	
Değişimin İşaretleri	
Kararsal denge (decisional balance)	Öz-yeterlilik

2.5.1. Tedavi Motivasyonunun Bilişsel İşlevlerle İlişkisi

Yapılan çeşitli araştırmalar nöropsikolojik işlevselliğin tedavinin seyrini etkilediğini göstermiştir [3, 4, 5, 6]. Aşırı alkol kullanımı kendini ayarlama (self regulation), amaca yönelik davranış geliştirme gibi bilişsel ve motivasyonel işlevlerin bozulmasına neden olmaktadır [28]. Yapılan bazı çalışmalar amigdalanın motivasyonel süreçlerle ilişkili olduğunu göstermiştir ve alkol bağımlılarında amigdalada bazı değişiklikler saptanmıştır.

Blume ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1999) yürütücü işlevler ve bellek, değişmeye yönelik motivasyon ve içme davranışının düzenlenmesiyle yakından ilişkili bulunmuştur [39]. Alkol bağımlılarının içme davranışlarını kolaylıkla değiştirememelerinin, yanlış yargılama ve planlamada güçlük yaşama gibi etkenlerle yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Belleğin ve yürütücü işlevlerin, yüksek riskli durumları tanımlama, sağlıklı karar verebilme, başa çıkma becerilerini geliştirme

gibi işlevlerle yakından ilişkili olabileceği ve buna bağlı olarak zaman içerisinde kişinin davranışını değiştirmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada alkol bağımlısı hastalara detoksifikasyon aşamasının başında ve bitiminde alkolle ilişkili stroop testi (alcohol-related stroop test) uygulanmıştır [40]. Çalışmanın sonucunda, bir grup hastanın uygulanan stroop testinin interferans kısmındaki performanslarında detoksifikasyon aşamasının bitiminde, öncesine oranla, anlamlı bir artış gözlenmiştir. Diğer grupta ise test performansında herhangi bir artış olmamıştır. Test performansında artış olmayan gruptaki hastaların birçoğunda ise 3 ay içerisinde alkol kullanım problemi nüks etmiştir. Özetle, detoksifikasyon aşaması sonunda bilişsel işlev performansında artış olan grubun, uygulanan tedaviden daha çok faydalandığı sonucuna varılmıştır. Yine Cox ve arkadaşlarının [35] aynı uygulamayı kullanarak yaptıkları çalışmada, alkole bağlı dikkat yanlılığının içme davranışını değiştirmede temel etken olduğu görülmüştür. Tedavi görmeyen alkol bağımlıları ile yapılan çalışmada, alkolle ilişkili stroop testinin interferans kısmında daha yüksek performans gösteren katılımcıların, değişime hazır olma ve motivasyon düzeylerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Değişime hazır olma aşamaları ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, düşük bellek skorları niyet öncesi aşama, yüksek bellek skorları ise niyet aşaması ile ilişkili bulunmuştur [39]. Bu sonuç doğrultusunda, sözel belleğin içme problemine karşı farkındalık geliştirmede ve içme davranışını değiştirmede hazır oluşu belirlemede etkili olabileceği vurgulanmıştır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Çalışmaya, Mart 2009 – Nisan 2010 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri AD Alkol ve Madde Bağımlılığı Polikliniği' ne başvurmuş, 18-60 yaşları arasında, DSM-IV-R ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan, çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 21 erkek hasta alınmıştır. Çalışmaya katılan hastaların nikotin dışında herhangi bir madde kullanımından dolayı bağımlılık tanısı almamış olmalarına ve herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik bir rahatsızlıklarının olmamasına dikkat edilmiştir. Katılımcıların çalışmaya alınma ve dışlama kriterleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

Dahil olma kriterleri:

- 18-60 yaşları arasında olmak.
- DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış olmak.

Dışlama Kriterleri:

- Kafein ve nikotin dışında herhangi bir madde kullanmak ve bağımlılık tanısı almış olmak.
- Herhangi bir nörolojik rahatsızlığı olmak.
- Beş dakikadan fazla bilinç kaybı yaşamış olmak.
- Zehirli maddelere yaygın şekilde maruz kalmış olmak.
- Mental retardasyon
- İletişimi önemli ölçüde etkileyecek düzeyde, görme, işitme ve bilişsel kaybı olmak.
- Son altı ay içinde nöropsikolojik testlere katılmış olmak.

3.2. Veri Toplama Araçları:

Bu çalışmada katılımcıları depresyon ve anksiyete durumları açısından değerlendirmek amacıyla Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği, alkol kullanımları açısından değerlendirmek amacıyla Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT), katılımcıların tedaviye yönelik motivasyonlarını ölçmek

amacıyla Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ve Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES), sosyal desteklerinin yeterliliğini değerlendirebilmek açısından ise Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Katılımcıların bilişsel işlevlerini değerlendirebilmek amacıyla, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST), Rey Sözel Öğrenme ve Bellek Testi, Sözlü Akıcılık Testi (KAS), Sayı Dizi Testi, İşitsel Üç Sessiz Harf Sıralama Testi, Görsel Kopyalama Testi, Finger Tapping Test, Stroop Testi, İz Sürme Testi, Kategorik Akıcılık Testi ve Sayı Sembol Testi'nden oluşan bir nöropsikolojik test bataryası kullanılmıştır.

3.2.1. Ölçek ve Anketler

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA): TMA olguların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiş 26 maddelik kendi bildirimli soru formudur [33]. Olguların soruları “Kesinlikle katılmıyorum” dan “Kesinlikle katılıyorum” a değişen şekilde cevapladığı 5’li Likert tipi ölçektir. Her soru 0-4 puan arasında değerlendirilmekte, 13, 16, 21 ve 24. maddeler tersten puanlanmaktadır. Testten alınabilecek en yüksek toplam puan 104’ tür. Faktör analizi ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir:

(1) içsel motivasyon (İM) (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyondur. Alt ölçeğin maksimum puanı 44’tür.

(2) dışsal motivasyon (DM) (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskıyı ifade eder. Alt ölçeğin maksimum puanı 16’dır.

(3) kişiler arası yardım arama (KYA) (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonudur. Alt ölçeğin maksimum puanı 24’tür.

(4) tedaviye güvensizlik (TG) (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - tedavinin seyri ile ilgili beklentileri ifade eder. Alt ölçeğin maksimum puanı 20’dir.

Ölçeğin alkol bağımlılığında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları tarafından [33] yapılmıştır.

Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES): Bu ölçek alkol kullanımında değişiklik sağlayabilmek için değişimin aşamasını değerlendiren bir araç olarak geliştirilmiştir [41]. Ölçek toplam 16 sorudan oluşmaktadır ve her soru 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80' dir. SOCRATES' in faktör analizi çalışması, Miller ve Tonigan (1996) tarafından yatarak tedavinin ardından ayakta tedaviye devam eden erkek ve kadın hastalarda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda 16 maddeden oluşan ölçeğin, ikilem (İK) (1, 2, 3, 4, 8 ve 13. sorular), farkına varma (FV) (5, 7, 9, 12 ve 14. sorular) ve adım atma (AA) (6, 10, 11, 15 ve 16. sorular) olmak üzere üç bağımsız faktörden oluştuğu görülmüştür. Belirlenen bu üç faktör ölçeğin alt ölçekleri olarak işlev görmekte ve değişimin farklı aşamaları hakkında bilgi sağlamaktadır. İkilem alt ölçeği, kişinin madde kullanımının fayda ve zararları hakkındaki çatışma düzeyini yansıtmaktadır. Farkına varma alt ölçeği kişinin madde kullanım sorunu yaşadığını ve değişmezse zarar göreceğini algılama düzeyini yansıtmaktadır. Adım atma alt ölçeği ise kişinin değişim sürecine aktif olarak katılım düzeyini yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkiye' deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Evren ve arkadaşları [41] tarafından yapılmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): ÇBASDÖ üç kaynaktan sosyal desteğin yeterliliğinin kişisel değerlendirmesini ölçen 12 maddelik bir ölçektir [42]. ÇBASDÖ her birinin altında dört madde bulunan üç grubu (aile, arkadaş ve önemli diğer kişiler) içerir. Maddeler yedi aralıklı ölçek üzerinden değerlendirilir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 84' tür. Yüksek puanlar yüksek sosyal destek algısını gösterir. Ölçeğin Türkiye'deki güvenirliği ve geçerliği Eker ve Arkar (1995) ve Eker, Arkar ve Yıldız [42] tarafından çalışılmıştır.

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT): Alkol kullanımı olan topluluklarda alkolün kişiye olan zararlarının belirlenmesi ve bu kişilerin tanımlanması için, DSÖ tarafından 6 farklı ülkede oluşturulan projenin sonucunda 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin son şekli Barbor ve arkadaşları tarafından (2001) düzenlenmiştir. Bu ölçek içmenin riskini, zararlı içmeyi ve alkol bağımlılığını da tanımlar. 10 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçeğin toplam puanı 40' tır. Önerilen kesme noktası erkekler için 8'

dir. AKBTT' nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerlilik ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları [43] tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D): HDÖ, 1950' lerin sonunda depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş, uzman derecelendirmesi esasına dayalı 17 maddelik standart bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirmesi bu 17 maddeden elde edilen toplam puana dayalı olarak yapılmaktadır. Ölçekte 0-7 puan arası depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif düzeyde depresyonu, 16-28 puan arası orta düzeyde depresyonu, 29 puan üstü ise ağır düzeyde depresyonu işaret etmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A): Bu ölçek, Hamilton tarafından (1959), bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri ölçen toplam 14 maddeden oluşur, belirtilerin varlığı görüşmeci tarafından değerlendirilir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.2.2. Nöropsikolojik Testler:

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST): Frontal lob, özellikle prefrontal lob fonksiyonlarına duyarlı olan WCST planlama, dikkat, çalışan bellek, soyutlama, perseverasyon gibi fonksiyonların ölçülmesine yöneliktir. 4 adet uyarıcı kartı, 64 er karttan oluşan 2 deste tepki kartı bulunmaktadır. Bu çalışmada bilgisayar versiyonu kullanılmıştır. Katılan kişiye, verilen her cevap sonrasında "doğru" ya da "yanlış" olarak geribildirim verilmektedir. Test 6 kategori ya da 128 kart tamamlanana kadar devam eder. Değerlendirmede tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru, toplam hata ve perseveratif hata yüzdesi dikkate alınmaktadır.

Sözel Akıcılık Testi (KAS): Kişinin düşüncelerini organize edip davranışlarını sürdürebilmesini ölçer. Ayrıca sözel işlevler ve dil becerilerinin değerlendirilmesini sağlar. Bu testte katılımcıdan verilen bir harfle başlayan sözcükleri öngörülen zaman içinde geri çağırması beklenmektedir. Değerlendirme toplam sözcük sayısı ve perseverasyon dikkate alınarak yapılmaktadır. En sık F, A, S harfleri kullanılır, Umaç' ın (1997) ülkemizde yaptığı standardizasyon çalışmasında K, A, S harfleri kullanılmıştır [44].

Rey Sözel Öğrenme ve Bellek Testi : Bu testin amacı sözel öğrenmeyi ve belleği değerlendirmektir. Beş kez tekrarlanan sözcük listesinden deneğin ne kadar oranda sözcüğü kaydedebildiği ve ikinci verilen bir listenin ardından 20 dakikanın sonunda ne kadarını hatırlayabildiği değerlendirilir. Türkçe’de standardizasyon çalışması Açıkgöz (1995) tarafından yapılmıştır.

Stroop Testi: Bu test bireyin değişen ihtiyaçlarına uyum sağlamak için algı kümesini ne ölçüde kolaylıkla değiştirebildiğini ve alışlagelen yanıtları baskılayarak, yerine alışılmamış olan yanıtları ne ölçüde verebildiğini ölçer [45]. Stroop testinin enterferans aşamasındaki yavaşlamanın bir yanıtın engellenmesindeki başarısızlık ya da seçici dikkatte bozulma anlamı taşıdığı belirtilmektedir. Değerlendirmede enterferans aşamasındaki süre ve hata puanları dikkate alınmaktadır.

Sayı Dizi Testi: WAIS–R bataryasının alt testi olan Sayı Menzili Testi en sık kullanılan dikkat/kısa süreli bellek testidir [46]. Bu testin sol hemisfer hasarına da duyarlı olduğu belirtilmektedir. Sayı menzili, ileriye ve geriye doğru sayı menzili olmak üzere iki bölümden oluşur. Her ikisinde de deneğe birer saniye aralarla rastgele rakamlar, her denemede artan sayıda okunur ve deneğin aynı sıra ile tekrarlaması istenir. Her iki bölüm için de deneğin iki kez ard arda başarısız olduğu diziden bir öncekinin rakam sayısı menzili oluşturur. Normal bireylerde alt sınır genellikle 6 ileri ve 4 geri olarak kabul edilir. Değerlendirmede ileriye doğru ve geriye doğru sıralanan sayıların toplam puanı ve bu iki bölümün toplam puanı kullanılmaktadır.

İşitsel Sessiz Üç Harf Sıralama Testi: Bu testin [46] amacı yetişkinlerde kısa süreli belleği, bölünmüş dikkati ve bilgi işleme kapasitesini ölçmektir. İşleyen belleği değerlendiren bir testtir. Değerlendirmede doğru hatırlanan harf sayılarının toplamı kullanılır. Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması Anıl ve ark. tarafından yapılmıştır (2003).

İz Sürme Testi: İz Sürme Testleri (Trail Making Tests), dikkat hızını, motor hızı, görsel tarama, mental esneklik, sebatlılık, cevap inhibisyonu ve enterferansa yatkınlığı değerlendirmektedir [45]. Testin A bölümünde, numaralandırılmış ve düzensiz olarak yerleştirilmiş 25 daire içeren bir sayfa hastaya verilir. Hastadan bu daireleri sırasıyla çizgilerle kalem kaldırılmadan birleştirmesi istenir. B bölümünde ise aynı sayfa üzerinde yine daireler içerisinde hem sayılar hem de harfler karışık olarak yerleştirilmiştir. Hastadan daireleri her seferinde değişerek birbiriyle birleştirmesi istenir. Değerlendirmede testi tamamlama süresi ve hata sayısı dikkate alınır.

Görsel Kopyalama: Anlık ve uzun süreli görsel belleği değerlendirmek amacıyla uygulanmaktadır. Kişiyeye üzerinde şekillerin olduğu 4 kart 10 saniye gösterilmektedir. Bu kartlar basitten karmaşığa doğru sıralanmıştır. Kartlar gösterildikten sonra kişiden şekli çizmesi istenir. Yirmi dakika sonra da kişiden, bu kez kartlar gösterilmeden, şekilleri tekrar çizmesi istenir.

Kategorik Akıcılık Testi: Kişinin düşüncelerini örgütleyip örgütleyemediğini gösteren bir testtir. Test esnasında kişiden verilen süre içerisinde belirli bir kategoriye giren olabildiğince fazla sözcük söylemesi istenir. En sık kullanılan kategoriler hayvan, sebze ve meyvelerdir. Bu çalışmada hayvan kategorisi kullanılmıştır. değerlendirmede toplam sözcük sayısı ve perseverasyon dikkate alınmıştır.

Sayı Sembol Testi: Bu testte 1-9 arasındaki sayıların her biri bir sembol ile eşleştirilmiştir. Testin uygulama aşamasında 1-9 arasındaki sayılar karışık olarak yazılmıştır ve sayıların eşleştiği sembollerin olması gereken kısımlar boş bırakılmıştır. Hastadan olabildiğince fazla boşluğu doğru sembollerle doldurması istenir ve bu işlem için 90 saniye süre verilir. Bu test psikomotor hız ve görsel kısa süreli bellek hakkında fikir edinmemizi sağlamaktadır [47]. Sayı sembol testi WAIS-R' in alt testlerinden biridir. Miller ve arkadaşları (1983) sayı sembol testinin, WAIS-R' da, kronik alkoliklerin en düşük performans gösterdikleri test olduğunu bildirmişlerdir [46].

Finger Tapping Test: Test materyali bir anahtara ve bu anahtara kaç vuruş yapıldığını gösteren bir aletten oluşmaktadır. Kişiden önce dominant daha sonra çekinik elinin işaret parmağı ile anahtara olabildiğince fazla vurması istenir. Bu işlem için 10 saniye süre verilir ve her elle 3 deneme yapılır. Kişinin performansını değerlendirmek için her iki el için de yapılan bu 3 denemenin ortalaması alınır.

3.3. Uygulama

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı' na alkol kullanım sorunu nedeniyle başvurmuş ve alkol bağımlılığı tanısı konmuş hastalarla görüşülerek yürütülen çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen hastalara gönüllü bilgilendirme formu okutularak bu form imzalatılmıştır. Ayrıca bu hastalara uygulanacak prosedür hakkında sözlü olarak da bilgi verilmiştir.

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edilen hastalarla yapılan ilk görüşmede öncelikle demografik veri formu doldurularak hasta hakkında bilgi edinilmiş, AUDIT, Hamilton depresyon ve anksiyete envanterleri uygulanarak

hastanın çalışmaya uygun olup olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya uygun olan hastalardan öncelikle TMA, SOCRATES ve algılanan sosyal destek ölçeklerini doldurmaları istenmiş daha sonra, belirlenen yönergeler doğrultusunda, nöropsikolojik testler uygulanmıştır.

Bu alışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu' nun 17.03.2009 tarih B.30.2.DE.0.001.00.00/5373 sayılı kararıyla, çalışmayı etik açıdan uygun bulması üzerine gerçekleştirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 15.0 for Windows programı ile gerçekleştirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerini ortaya koymak için betimleyici yöntemler (frekanslar, ortalamalar) kullanılmıştır. Çalışmada, bağımlı (bilişsel işlevler) ve bağımsız değişken (tedavi motivasyonu) arasında olan ilişkiye Spearman korelasyon testi ile bakılmıştır. İlgili değişkenlerin (depresyon, anksiyete, sosyal destek) tedavi motivasyonu, bilişsel işlevlerle ilişkisine Spearman korelasyon testi son alkol alım zamanının etkisine Mann- Whitney U testi kullanılarak bakılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemin özellikleri:

Alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 21 hastanın yaş ortalaması 46.7 ± 7.6 (ortanca=48.0) ; ortalama eğitim düzeyi 11.2 ± 4.3 (ortanca=11.0) yıldır.

Tablo 2: Katılımcıların yaş ve eğitim yılı ortalamaları

n=21	Ortalama \pm SD	Min.	Max.
Yaş	47.7 ± 7.6	31	60
Eğitim düzeyi	11.2 ± 4.3	5	18

Katılımcıların %42' sinin çalıştığı, %57' sinin ise çalışmadığı; %23' ünün bekar, %38' inin evli, %38' inin ise boşandığı belirlendi.

Tablo 3: Katılımcıların çalışma ve medeni durumları

n=21		Frekans	Yüzde %
Çalışma durumu	Çalışıyor	9	42.9
	Çalışmıyor	12	57.1
Medeni durum	Evli	5	23.8
	Bekar	8	38.1
	Boşanmış	8	38.1

4.2. Katılımcıların klinik özellikleri:

Katılımcıların %90.5' i her gün içki içmektedir; %50' sinin en son alkol alımları poliklinik başvurusundan bir gün önce, kalan %50' sinin ise başvurudan 3-7 gün öncedir. Günlük tüketilen ortalama standart içki miktarı ise 12.4 ± 5.4 (ortanca=13.0) olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 4: Katılımcıların içme paternleri ve en son alkol kullanım zamanları

n= 20		Frekans	Yüzde %
İçme paterni	Her gün	19	90.5
	3-5 gün	1	4.8
En son alkol kullanımı	Başvurudan bir gün önce	10	47.6
	Başvurudan 3-7 gün önce	10	47.6

Hastaların tümü sigara içmektedir. Günlük ortalama tüketilen sigara sayısı 31.4 ± 12.1 (ortanca= 30.0) olarak belirlenmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların günlük tükettikleri sigara ve standart içki miktarı

n= 21	Ortalama \pm SD	Min.	Max.
Günlük sigara miktarı	31.4 ± 12.1	10	60
Günlük std. içki miktarı	12.4 ± 5.4	5	25

Hastaların %42.9' u alkol sorunu nedeni ile tedaviye ilk kez başvurmuştur; ortalama tedavi başvuru sayısı 1.3' tür. İlk alkol kullanım yaş ortalaması 18.5 ± 6.1 (ortanca= 18.0), düzenli alkol kullanım yılı ortalaması 19.4 ± 8.3 (ortanca= 16.5) olarak belirlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların ilk alkol kullanım yaş, düzenli alkol kullanım yılı ve tedavi başvurusu ortalamaları

	n	Ortalama \pm SD	Min.	Max.
İlk alkol kullanım yaşı	20	18.5 ± 6.1	9	37
Düzenli alkol kullanım yılı	20	18.9 ± 8.3	6	36
Tedavi başvurusu sayısı	21	1.3 ± 1.4	0	5

Hastaların alkol kullanım bozuklukları tanıma testi (AKBTT) puan ortalaması 32.5 ± 4.8 (ortanca= 33.0), HAM-D ölçeği puan ortalaması 11.5 ± 7.8 (ortanca= 9.0), HAM-A ölçeği puan ortalaması ise 13.9 ± 7.1 (ortanca= 17.0) dur.

Tablo 7: Katılımcıların AKBTT, HAM-D ve HAM-A ölçekleri puan ortalamaları

	n	Ortalama \pm SD	Min.	Max.
AKBTT	21	32.5 ± 4.8	21	39
HAM-D	21	11.5 ± 7.8	1	34
HAM-A	21	13.9 ± 7.1	3	24

Çalışmada tedaviye yönelik motivasyonu ölçmek amacıyla kullanılan TMA, SOCRATES ve alt ölçeklerinden, katılımcıların ortalama puanları (Tablo 8);

TMA içsel motivasyon alt ölçeği için, 21 ± 7.9 (ortanca= 37.0); dışsal motivasyon için, 8.4 ± 2.9 (ortanca= 9.0); kişiler arası yardım arama için, 15.7 ± 3.9 (ortanca= 16.0); tedaviye güvensizlik için, 13.6 ± 2.8 (ortanca= 13.0); TMA toplam puan için 73.2 ± 11.9 (ortanca= 75.0) olarak bulunmuştur.

Socrates ikilem alt ölçeği için ortalama puan $21.8 \pm .4.1$ (ortanca= 22.0); farkına varma için, 19.1 ± 4.2 (ortanca= 20.0); adım atma için, 20.4 ± 3.8 (ortanca= 22.0); Socrates toplam puan için 61.5 ± 10.0 (ortanca= 61.0)' tir.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin aile alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan, 24.2 ± 5.0 (ortanca= 26.0); arkadaş alt ölçeğinden, 16.3 ± 6.7 (ortanca= 15.0); diğer alt ölçeğinden 18.8 ± 6.7 (ortanca= 21.0), ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ise 59.3 ± 14.0 (ortanca= 64.0)' tür (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların TMA, SOCRATES ve ÇBASDÖ ölçekleri ve alt ölçekleri puan ortalamaları

n=21		Ortalama ± SD	Min.	Max.
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	İçsel motivasyon (İM)	21 ± 7.9	35	44
	Dışsal motivasyon (DM)	8.4 ± 2.9	3	13
	Kişilerarası yardım (KYA)	15.7 ± 3.9	10	24
	Tedaviye güvensizlik (TG)	13.6 ± 2.8	10	20
	Toplam puan	73.2 ± 11.9	49	91
Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedavi İsteme Ölçeği (SOCRATES)	İkilem (İK)	21.8 ± 4.1	14	30
	Farkına varma (FV)	19.1 ± 4.2	11	25
	Adım atma (AA)	20.4 ± 3.8	12	25
	Toplam puan	61.5 ± 10	41	80
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	Aile	24.2 ± 5	12	28
	Arkadaş	16.3 ± 6.7	4	28
	Diğer	18.8 ± 6.7	4	28
	Toplam puan	59.3 ± 14	35	84

4.3. Algılanan Sosyal Destek, Anksiyete, Depresyon, Günlük Tüketilen Alkol Miktarı, En Son İçme Zamanı ve Günlük Tüketilen Nikotin Miktarının Motivasyon ve Bilişsel İşlevlere Etkisi

Değişkenlerin aralarındaki ilişkiye Spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak bakılmıştır. Socrates' in adım atma alt ölçeği anksiyete ($r=.60$, $p=.004$) ve depresyonla ($r=.60$, $p=.002$) , toplam puanı ise anksiyete ile ($r=.47$, $p=.03$) ilişkili bulunmuştur (Tablo 9).

Algılanan sosyal destek, günlük alkol tüketimi ve nikotin tüketimi motivasyon ile ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 9: Katılımcıların ÇBASDÖ, HAM-A, HAM-D puanları, günlük alkol ve nikotin tüketim miktarlarının, TMA, SOCRATES ölçekleri ve alt ölçekleriyle ilişkisi

		TMA					SOCRATES			
		<i>İM</i>	<i>DM</i>	<i>KYA</i>	<i>TG</i>	<i>TOP</i>	<i>İK</i>	<i>FV</i>	<i>AA</i>	<i>TOP</i>
ÇBASDÖ	<i>r</i>	.15	.003	-.09	-.35	-.02	.21	.25	.006	.21
	<i>p</i>	.49	.98	.66	.12	.91	.34	.26	.97	.34
HAM-A	<i>r</i>	.38	-.05	.36	-.06	.43	.22	.28	.60**	.47*
	<i>p</i>	.08	.80	.10	.77	.05	.34	.20	.004	.03
HAM-D	<i>r</i>	.30	-.03	.25	.13	.39	-.04	.32	.62**	.37
	<i>p</i>	.18	.88	.26	.56	.07	.87	.15	.002	.09
Günlük alkol tüketimi	<i>r</i>	.14	-.36	.30	.20	.15	.26	.17	.04	.19
	<i>p</i>	.53	.10	.17	.36	.50	.25	.44	.86	.39
Günlük nikotin tüketimi	<i>r</i>	.39	.11	.06	.05	.32	.18	.37	.35	.36
	<i>p</i>	.08	.66	.80	.81	.16	.43	.10	.12	.11

En son, poliklinik başvurusundan bir gün önce alkol alan (n=11) ve başvurudan 3-7 gün önce alkol alan katılımcılar (n=10) arasında tedavi motivasyonu ve kognitif test performansları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığına Mann-Whitney U Testi kullanılarak bakılmıştır. Sonuçlarda iki grup arasında Socrates' in ikilem (p=.007), adım atma (p=.03) alt ölçeklerinde ve toplam puanında (p=.01), TMA'nın ise kişiler arası yardım arama (p=.01) alt ölçeğinde ve toplam puanında (p=.02) anlamlı farklılık bulunmuştur. En son, başvurudan 3-7 gün önce alkol alan hastaların bu ölçeklerdeki puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 10: En son alkol alım zamanının motivasyona etkisi

	En son alkol alım zamanı	Ortalama	p
Socrates İkilem (İK)	Başvurudan bir gün önce	7.5	.007
	Başvurudan 3-7 gün önce	14.8	
Farkına Varma (FV)	Başvurudan bir gün önce	8.7	.08
	Başvurudan 3-7 gün önce	13.4	
Adım Atma (AA)	Başvurudan bir gün önce	8.3	.03
	Başvurudan 3-7 gün önce	13.9	
Socrates toplam	Başvurudan bir gün önce	7.7	.01
	Başvurudan 3-7 gün önce	14.6	
TMA İçsel Motivasyon (İM)	Başvurudan bir gün önce	8.6	.06
	Başvurudan 3-7 gün önce	13.6	
Dışsal Motivasyon (DM)	Başvurudan bir gün önce	9.9	.41
	Başvurudan 3-7 gün önce	12.1	
Kişilerarası Yardım Arama (KYA)	Başvurudan bir gün önce	7.8	.01
	Başvurudan 3-7 gün önce	14.5	
Tedaviye Güvensizlik (TG)	Başvurudan bir gün önce	10	.43
	Başvurudan 3-7 gün önce	12.1	
TMA Toplam	Başvurudan bir gün önce	7.9	.02
	Başvurudan 3-7 gün önce	14.4	

Rey sözel öğrenme ve bellek testinin toplam puanı algılanan sosyal destek ile pozitif ($r=.48$, $p=.02$), günlük tüketilen alkol miktarı ($r= -.50$, $p=.02$) ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Günlük tüketilen alkol miktarı ayrıca Stroop testinin kelime süresi ($r=.58$, $p=.005$), kelime hataları ($r=.44$, $p=.04$) ve İz sürme testi A formunun tamamlama süresi ($r=.48$, $p=.02$) ile ilişkili bulunmuştur.

Anksiyete, depresyon ve günlük tüketilen nikotin miktarı ise bilişsel işlevlerle ilişkili bulunamamıştır.

4.4 Tedavi Motivasyonu ve Bilişsel İşlevlerin İlişkisi

Tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamalarının bilişsel işlevlerle olan ilişkileri Spearman korelasyon katsayıları hesaplanarak bakılmıştır (Tablo 11).

Wisconsin kart eşleme testinde tamamlanan kategori sayısı TMA içsel motivasyon alt ölçeği ($r = .58, p = .006$), toplam puanı ($r = .46, p = .04$), Socrates farkına varma alt ölçeği ($r = .56, p = .009$) ve toplam puanı ile ($r = .49, p = .02$); WCST toplam doğru sayısı, TMA içsel motivasyon alt ölçeği ($r = .48, p = .03$) ve Socrates farkına varma alt ölçeği ile ($r = .46, p = .03$) ilişkili bulunmuştur. WCST toplam hata sayısının TMA içsel motivasyon ($r = -.56, p = .009$), TMA toplam ($r = -.45, p = .03$), Socrates farkına varma ($r = -.48, p = .03$) ve Socrates toplam puanları ile ($r = -.45, p = .03$) negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.

Verbal akıcılık testinde (KAS) toplam sözcük sayısı ($r = -.48, p = .03$) ve perseverasyon ($r = -.52, p = .02$) TMA kişilerarası yardım arama alt ölçeği ile ilişkili bulunmuştur.

İz sürme testinin B formunu tamamlama süresi, Socrates farkına varma alt ölçeği ($r = -.44, p = .04$) ile ilişkili bulunmuştur.

Tablo 11: Nöropsikolojik testlerin, TMA, SOCRATES ölçekleri ve alt ölçekleri ile ilişkisi

Nöropsikolojik Testler		TMA					SOCRATES			
		İM	DM	KYA	TG	TOP	İK	FV	AA	TOP
Rey top.	<i>r</i>	.38	.14	.17	-.10	.36	.16	.39	.09	.26
	<i>p</i>	.86	.55	.47	.65	.11	.47	.07	.68	.25
Rey gecikmeli	<i>r</i>	.04	-.01	.03	-.19	.04	-.15	.06	-.00	-.03
	<i>p</i>	.85	.97	.87	.41	.85	.50	.80	.99	.89
Rey diskriminasyon	<i>r</i>	-.11	-.10	.20	-.17	-.03	.11	-.03	-.06	-.02
	<i>p</i>	.62	.64	.36	.45	.89	.62	.88	.79	.90
Wcst kategori sayısı	<i>r</i>	.58**	.26	.04	.01	.46*	.23	.56**	.31	.49*
	<i>p</i>	.006	.24	.85	.95	.04	.30	.009	.17	.02
Wcst toplam doğru	<i>r</i>	.48*	.35	-.08	.17	.42	.25	.46*	.30	.44
	<i>p</i>	.03	.12	.73	.45	.06	.27	.03	.20	.05
Wcst toplam hata	<i>r</i>	-.56**	-.42	.02	-.04	-.45*	-.23	-.48*	-.28	-.45*
	<i>p</i>	.009	.06	.90	.85	.04	.31	.03	.22	.04

Wcst pers.	<i>r</i>	.07	-.33	.03	.17	.10	-.06	.05	.32	.14
Hata yüzdesi	<i>p</i>	.74	.15	.87	.46	.67	.78	.81	.15	.56
Sayı dizisi ileriye doğru	<i>r</i>	-.05	-.04	-.35	-.18	-.14	-.28	.06	.009	-.08
	<i>p</i>	.83	.85	.12	.43	.55	.21	.77	.96	.71
Sayı dizisi geriye doğru	<i>r</i>	.04	.04	-.35	-.32	-.17	-.06	.11	.24	.14
	<i>p</i>	.86	.86	.11	.15	.45	.78	.62	.29	.53
Sayı dizisi toplam	<i>r</i>	.05	.06	-.36	-.28	-.12	-.17	.08	.15	.04
	<i>p</i>	.81	.78	.10	.21	.59	.44	.71	.50	.85
KAS toplam sözcük sayısı	<i>r</i>	-.02	.01	-.48*	-.34	-.22	-.01	.20	.11	.13
	<i>p</i>	.92	.96	.03	.13	.34	.96	.40	.64	.56
KAS perseverasyon	<i>r</i>	.09	.13	-.53*	.09	-.08	-.13	.09	-.26	-.05
	<i>p</i>	.71	.57	.02	.70	.74	.56	.69	.26	.81
İşitsel sessiz harf	<i>r</i>	-.05	-.08	.02	-.14	-.03	-.08	.16	.03	.03
	<i>p</i>	.80	.72	.94	.54	.90	.73	.48	.89	.88
Görsel hatırlama (h)	<i>r</i>	.42	-.01	.07	.02	.35	.13	.38	.38	.39
	<i>p</i>	.06	.94	.75	.92	.12	.56	.09	.09	.08
Görsel hatırlama (g)	<i>r</i>	.32	.26	.17	-.33	.27	.33	.36	.18	.37
	<i>p</i>	.16	.25	.46	.14	.23	.14	.10	.43	.09
Finger dominant	<i>r</i>	.18	.19	.11	.29	.28	.37	.05	.11	.25
	<i>p</i>	.42	.39	.63	.19	.21	.09	.81	.60	.25
Finger çekinik	<i>r</i>	.21	.13	.12	.38	.32	.24	.10	.03	.16
	<i>p</i>	.36	.55	.58	.08	.15	.28	.64	.91	.47
Stroop interferans	<i>r</i>	-.003	-.09	.05	-.24	-.06	-.02	-.07	-.06	-.02
	<i>p</i>	.99	.67	.81	.28	.78	.89	.74	.78	.93
İz sürme (A) süre	<i>r</i>	-.13	-.02	.04	-.20	-.18	-.09	-.30	-.09	-.17
	<i>p</i>	.56	.92	.87	.38	.43	.69	.17	.70	.45
İz sürme (A) hata	<i>r</i>	.07	.07	.07	.14	.07	-.24	-.31	-.31	-.30
	<i>p</i>	.75	.74	.74	.54	.75	.29	.16	.16	.17
İz sürme (B) süre	<i>r</i>	-.20	.21	.09	.09	-.14	-.17	-.44*	-.32	-.36
	<i>p</i>	.37	.35	.69	.68	.55	.47	.04	.16	.11
İz sürme (B) hata	<i>r</i>	-.12	-.16	.02	.23	-.03	-.20	-.30	-.35	-.30
	<i>p</i>	.60	.48	.92	.30	.88	.36	.17	.12	.17
Kategori akıcılık top.	<i>r</i>	.16	.01	.29	-.37	.15	.33	.20	.19	.26
	<i>p</i>	.49	.95	.19	.09	.50	.14	.36	.39	.25
Kategori akıcılık pers.	<i>r</i>	-.12	.22	.01	-.15	-.06	.002	-.27	.02	-.05
	<i>p</i>	.57	.33	.96	.49	.79	.98	.23	.91	.81
Sayı sembol	<i>r</i>	.14	.006	-.16	.14	.15	.04	.24	.13	.20
	<i>p</i>	.52	.97	.47	.52	.49	.86	.28	.56	.38

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli sonucu, tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamalarının bazı bilişsel işlevlerle ilişkili olmasıdır. Yürütücü işlevleri test eden WCST (tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru ve toplam hata) ile Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ve Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES) toplam puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. Ayrıca TMA' nın alt ölçeği olan içsel motivasyon (İM) ve SOCRATES' in alt ölçeği olan farkına varma (FV) ile de WCST (tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru ve toplam hata) arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. SOCRATES' in farkına varma alt ölçeği kişinin madde kötüye kullanımı sorunu yaşadığını ve eğer değişmezse ne kadar zarar görebileceğini algılama düzeyini yansıtmaktadır. TMA' nın içsel motivasyon alt ölçeği ise kişinin tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirdiği motivasyonu ifade etmektedir. Her iki alt ölçeğin ölçtüğü olgular (farkına varma ve içsel motivasyon) karmaşık bir düşünce süreci ve yüksek derecede içgörü gerektirmektedir. Yürütücü işlevler ise bu süreçleri kapsamaktadır. Dolayısıyla tedavi motivasyonunu belirleyen bu süreçlerin yürütücü işlevlerle ilişkili çıkması önemlidir.

Bulgularda İz Sürme Testinin B formunu tamamlama süresi ile SOCRATES' in adım atma (AA) alt ölçeği arasında da ilişki saptanmıştır. İz Sürme Testinin B formu karmaşık dikkati test etmektedir. Karmaşık dikkat yürütücü işlevlerin bir bileşenidir. Yani İz Sürme Testinin B formu yürütücü işlev fonksiyonunu ölçmektedir. Adım atma alt ölçeği kişinin değişim sürecine aktif olarak katılım düzeyini yansıtmaktadır. Kişinin değişim sürecine aktif olarak katılımı, öncesinde alkolün olumsuz etkilerinin farkına varmayı ve içme davranışını tamamen değiştirmeye karar vermeyi gerektirir. Bu testin adım atma alt ölçeği ile ilişkili çıkması bu açıdan anlamlıdır.

Bu bulgular literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir. Yürütücü işlev, karar verme, planlama, farkındalık kazanma gibi üst düzey düşünme ile ilgili bilişsel süreçtir. Blume ve arkadaşlarının [39] yaptıkları çalışmada yürütücü işlevler, değişmeye yönelik motivasyon ve içme davranışının düzenlenmesiyle ilişkili bulunmuştur. Farklı bir çalışmada da [5] yürütücü işlevler tedavi motivasyonu ile ilişkili bulunmuş, düşük farkındalık düzeyi olan hastalar problemi daha çok inkar ettikleri için tedavi motivasyonlarının da daha düşük olduğu görülmüştür. Alkol bağımlılarının içme alışkanlıklarını kolay değiştirememelerinin yanlış yargılama,

planlamada güçlük yaşama gibi yürütücü işlev fonksiyonlarındaki bozulmadan kaynaklandığı düşünülebilir. Alkol bağımlıları, alkolün yürütücü işlevleri olumsuz yönde etkilemesi yüzünden, içinde buldukları durumu doğru şekilde değerlendirip değişim yönünde karar verebilmelerini sağlayacak süreçlerde kayıplara uğradıkları için çoğu zaman tedaviye motive olamamakta ve aktif olarak katılamamaktadır.

Çalışmamızda sözel akıcılık testi (KAS), toplam sözcük sayısı ve perseverasyon dikkate alınarak değerlendirildiğinde, TMA' nın kişilerarası yardım arama (KYA) alt ölçeği ile ilişkili bulunmuştur. Sözel akıcılık testi kişinin düşüncelerini organize edebilmesi, sözel işlevler ve dil becerilerinin değerlendirilmesini sağlar. Kişilerarası yardım arama alt ölçeği ise, kişinin sorunlarını başkalarıyla paylaşma ve tedavi süresince benzer problemi yaşayanlarla iletişim içinde olma isteğini ifade eder. Bu bilgiler doğrultusunda değerlendirildiğinde, dil becerileri ve sözel işlevlerinde bozulma olan olguların, iletişimde ve sorunlarını ifade etmede güçlük yaşadığı, bağımlılık sürecinde yaşanan iletişim sorunlarının temelinde sözel işlevlerdeki bozulmanın rol oynayabileceği, bu nedenle diğer kişilerle iletişim halinde olmaktan kaçındığı ya da sorunlu ilişkiler yaşadığı düşünülebilir. İlişki sorunları, nüksü belirleyen faktörler arasında önemli rol oynaması nedeniyle, sözel işlevlerdeki bozulmanın tedavide göz önünde bulundurulması prognozu olumlu etkileyebilir.

Sözel akıcılık testi dil becerilerini değerlendirmenin yanı sıra yürütücü işlev fonksiyonları hakkında da bilgi sağlamaktadır. Sonuç, bu açıdan değerlendirildiğinde, WCST ve İz Sürme Testi ile elde edilen bulgularla tutarlılık gösterdiği görülmektedir.

Literatürdeki çalışmalar daha çok tedavi motivasyonunun yürütücü işlevler, bellek ve dikkat ile ilişkisi üzerine odaklanmıştır [34, 39, 42] ve bu fonksiyonlar ile ilişkili testleri kullanmışlardır. Bu yüzden sözel işlevler ve motivasyonla ilişkili olabilecek herhangi bir bilgiye rastlanmamaktadır. Alkol bağımlılarında, temelde etkilenen süreç yürütücü işlevler olsa da, yaygın bir alanda bilişsel yıkımlara rastlanmaktadır [22, 23, 24]. Bilişsel yıkımlar kişinin davranışlarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden bilişsel işlevlerdeki etkilenmeyi geniş bir perspektifte değerlendirme farklı süreçlerin birbiriyle ilişkisi hakkında fikir edinebilmemiz açısından önemlidir. Bellek ile tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamaları arasında ilişki saptanmıştır [6, 31, 32, 35, 40]. Bu durumu sözel belleğin farkındalık geliştirme ve yüksek riskli durumları tanımlamada etkili

olabileceği düşüncesiyle açıklamışlardır. Çalışmamızda bellek tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma ile ilişkili bulunmamıştır. Bu sonuç literatürdeki çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Depresyon, anksiyete, sosyal destek, günlük içki tüketimi, en son alkol kullanım zamanı, günlük sigara tüketimi gibi değişkenlerin motivasyonu ve bilişsel işlevleri etkileyebileceğini düşünerek, bu değişkenlerin asıl test ettiğimiz değişkenlere etkisini yadsımamak adına, aralarındaki ilişkiyi gözden geçirdik.

Bazı çalışmalar [3, 39, 48], TMA' nın alt ölçekleri olan içsel motivasyon, kişilerarası yardım arama ve dışsal motivasyon ile depresyon puanları arasında pozitif yönde yüksek korelasyon saptamıştır. Benzer şekilde TMA' nın içsel motivasyon alt ölçeği ile anksiyete arasında da bir ilişki bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise depresif semptomlar gösteren hastaların göstermeyenlere oranla içme davranışlarını değiştirme konusunda daha motive oldukları görülmüştür [49]. Bizim çalışmamızda depresyon puanları, TMA toplam puanı ya da alt ölçekleri ile ilişkili bulunmamıştır. Fakat depresyon ile SOCRATES' in adım atma alt ölçeği arasında pozitif yönde ilişki görülmüştür. Anksiyetenin ise SOCRATES toplam puanı ve adım atma alt ölçeği ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Adım atma alt ölçeği, kişinin değişim sürecine etkin olarak katılımı hakkında bilgi sağlamaktadır. Sonuçlar, anksiyete ve depresyonun kişinin tedavi sürecine aktif olarak katılımını olumlu etkilediğini göstermektedir. Hasta alkolün yol açtığı depresyon ve anksiyetenin neden olduğu olumsuz duygulara maruz kalmaktadır. Kişinin, yaşadığı tüm bu olumsuzlukların sebebini alkol kullanımı olarak düşündüğü ve bir an önce alkolden, dolayısıyla yaşadığı rahatsızlık verici süreçten kurtulmak için aktif olarak bir şeyler yapmak istediği sonucuna varabiliriz. Alkol kullanımından kaynaklı depresyon ve anksiyetenin düzeyi arttıkça kişinin tedaviye katılımı da artmaktadır.

En son alkol kullanım zamanının motivasyonu etkilediği görülmüştür. Poliklinik başvurusundan en son bir gün önce alkol alan grup ile, 3-7 gün önce alkol alan grup arasında TMA toplam puanı ve kişilerarası yardım arama altı ölçeği ile SOCRATES toplam puanı, ikilem ve adım atma alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. En son poliklinik başvurusundan 3-7 gün önce alkol almış kişilerin, toplam puanlar açısından değerlendirildiğinde, tedaviye ve değişime yönelik motivasyonlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. En son, poliklinik başvurusundan 3-7 gün önce alkol alan hastaların, poliklinik başvurusuna kadar

olan süreyi kendi istekleriyle alkol almadan geçirdikleri düşünüldüğünde, tedavi motivasyonlarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı katılımcıların sayısıdır. Tedavi motivasyonunun tedavi sürecinden etkileneceği düşünülerek çalışmaya sadece yeni başvuru yapan hastalar alınmıştır. Bu yüzden örneklem 21 kişi ile sınırlı kalmıştır. Sayının artması korelasyon tespit edilen değişkenler arasındaki ilişkinin güçlenmesini ve farklı değişkenlerin birbirleriyle ilişkili bulunmasını sağlayabilir.

Alkolün yol açtığı bilişsel yıkımın tedavi motivasyonu ile olan ilişkisini çok yönlü değerlendirebilmek için, hastanın tüm bilişsel alanlardaki performansı hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Çalışmamızda, nöropsikolojik işlevsellik açısından, farklı alanları test eden geniş bir batarya kullanmamız, literatürde ifade edilenlerden daha farklı alanların motivasyon üzerindeki etkisine dikkati çekebilmemiz açısından faydalı olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada tedavi motivasyonu ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır. Çalışma sonuçları tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma aşamalarının yürütücü işlevler ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca sözel akıcılığın, tedavi motivasyonunun kişilerarası yardım arama boyutuyla ilişkili bulunmuş olması, literatürde benzeri bir bulguya rastlanamaması nedeniyle, önemli bir sonuç sayılabilir.

Alkol bağımlılarında bilişsel işlevlerin bozulduğunu [26, 27, 28] ve bu bozulmanın tedavi motivasyonu üzerinde etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [37, 38, 39]. Değişime hazır olma ve tedavi motivasyonu, içme davranışının değişmesi ve nüksün engellenmesi açısından oldukça önemlidir. Fakat bulgular bize alkol bağımlısı hastaların, alkolün yol açtığı bilişsel yıkımdan dolayı, alkolün olumsuz etkilerinin farkında olamayabileceklerini ve değişim yönünde doğru kararlar veremeyebileceklerini göstermektedir. Tedavi motivasyonunun alkolden en çok etkilenen bilişsel işlev olan yürütücü işlevlerle ilişkili bulunması, alkol bağımlılarının değişmek için uygun motivasyona sahip olmalarını sağlayacak düzeyde bilişsel yeterliliklerinin olmadığı yönündeki teorileri güçlendirmektedir.

Bulgular, hastaların varolan kognitif defisitler nedeniyle yeterli tedavi motivasyonu gösteremediği düşüncesini desteklemektedir. Bu yüzden, tedaviye başlarken hastanın motive olmasını beklemek doğru olmayacaktır. Sonuç olarak, alkol bağımlısı hastaları, tedavi sürecinde ihtiyaçları olan motivasyonu sağlayabilmek adına, motivasyonel görüşmelerle desteklemek tedaviyi olumlu şekilde sonuçlandırmak ve nüksü engellemek açısından faydalı olabilir. İlerleyen çalışmalarda motivasyonel görüşmelerin bilişsel işlevleri de olumlu yönde etkileyip etkilemediğine odaklanmak farklı süreçlerin birbiriyle ilişkisi hakkında bizlere bilgi sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Prochaska CO, Diclemente CC, Norcross JC, In search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors, Am Psychology 1992; 47: 1102–1114
2. DiClemente et. All, 2006, Motivation and stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders, Journal of Substance Abuse Treatment 34 (2008) 25-35
3. Cahill et. All, 2003, Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program, Addictive Behaviors 20 (2003) 67-79
4. Cognition is Central to Drug Addiction, Carpenter S., Monitor in Psychology 2001.
5. Rinn,W., Desai, N., Rosenblatt, H., Gastfriend, D.R., 2002. Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 14, 52–57.
6. Blume et. All, 2005, Memory, executive cognitive function, and readiness change drinking behavior, Addictive Behaviors 30 (2005) 301–314
7. Stahl SM, Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Klinik Uygulamalar, 2. Baskı, Çev. Tanyeli, B, 2003, İstanbul, Nobel Yayınları
8. Kayaalp O, 2007, Madde Bağımlılığında Temel Kavramlar, http://www.tfd.org.tr/TFD_kongre_2007/tfd2007_01_Kayaalp.pdf
9. Yapıcı A., Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi, 2006, İstanbul, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi

10. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Washington DC, 2000, Çeviren: Köseoğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001
11. Kalyoncu A, Mırsal H, Alkol Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası 2000;4: 22-30
12. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman U, Aytaçlar S, Ergör G et all, Prevalance of Alcohol Use In Istanbul, Psychological Reports, 2003, 92, 1081-1088
13. Ceylan E., Türkcan A., Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul 2003: 25-38
14. Eşel E., Alkol Yoksunluğunun Nörobiyolojisi: Baskılayıcı ve Uyarıcı Nörotranmitterler, Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(2): 129-138
15. NMDA Receptors in Alcoholism, Hoffman, PL., 2003, International Review of Neurobiology Vol.56: 35-82
16. Vengeliene V, Bachteler D, Danysz W, Spanagel R, The Role of NMDA Receptor in Alcohol Relapse: A Pharmacological Mapping Study Using the Alcohol Deprivation Effect, Neuropharmacology (48) 2005: 822-829
17. Roberts AJ, Koob GF, The Neurobiology of Addiction: An Overview, Alcohol Health & Research World 21 (2), 1997: 101-107
18. Kianmaa AD, Cunningham CL, Angel CA, Ericson M et all, Neurobiological Process in Alcohol Addiction, 2006, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 25(1): 144-151
19. Hyman SE, Addiction: A Disease of Learning and Memory, American Journal of Psychiatry 2005; 16: 1414 – 1422

20. Weiss, F. And Porrino, L., Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges, Journal of Neuroscience, 2002, 22(9):3332-3337
21. İlhan İ, Demirbaş H, Koçak MO, Doğan YB, Alkol Bağımlısı Erkeklerde Dikkat ve Bellek İşlevlerinin Alkol Kullanım Öyküsüyle İlişkisi, Bağımlılık Dergisi 2003; 5: 3-8
22. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC, Neuropsychological Functioning of Adolescents: Effects of Prolonged Alcohol Use, Alcoholism: Clinical and Experimental Research; 2000 25 (2): 164-171
23. Schurich A, Nöropsikolojik İşlevsellik ve Alkol Bağımlılığı, Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı, 2005 1(2): 120-127
24. Demir B, Uluğ B, Erken ve Geç Başlangıçlı Alkol Bağımlılığı Tiplerinde Nöropsikolojik İşlevler, Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(1): 15-21
25. Özen NE, Yüksel N, Boratav C, Karakaş S., Şizofreni, Depresyon ve Alkol Bağımlılığında Frontal Bölge İşlevselliğinin Değerlendirilmesi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2005; 15: 93-103
26. Scheurich A, Müller MJ, Szegedi A, Klawe C et al, Neuropsychological Status Of Alcohol – Dependent Patients: Increased Performance Through Goal – Setting Instructions, Alcohol & Alcoholism, 2004 39(2): 119-125
27. Goldstein, RZ, Leskovjan AG, Hoff AL, Bashan F et al, Severity of Neuropsychological Impairment in Cocaine and Alcohol Addiction: Association with Metabolism of Prefrontal Cortex, Neuropsychologia (42) 2004: 1147 – 1458

28. Berman and Marinkovic, 2007, Alcohol: Effects on Neurobehavioral Functions and the Brain, *Neuropsychol Rev* (2007) 17:239–257
29. Heffernan TM, The Impact of Excessive Alcohol Use on Prospective Memory: A Brief Review, *Current Drug Abuse Reviews*, 2008, 1, 36-41
30. Heffernan TM, Moss M, Subjective Ratings of Prospective Memory Deficits In Chronic Heavy Alcohol Users, *Current Drug Abuse Reviews*, 2008, 1, 36-41
31. Fadardi SJ, Cox WM, Alcohol Attentional Bias: Drinking Salience or Cognitive Impairment, *Psychopharmacology* (2006) 185: 169-178
32. Field M, Cox WM, Attentional Bias in Addictive Behaviours: A Review of Its Development, Causes and Consequences, *Drug and Alcohol Dependence* 97 (2008): 1-20
33. Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant SB ve ark, Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği, *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7: 117-122
34. DiClemente CC, Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment, *Psychological Sciences*, 1999; 10(3): 209-215
35. Cox MW, Pothod EM, Hosier HG, Cognitive Motivational Predictors of Excessive Drinkers' Success In Changing, *Psychopharmacology* (2007) 192:499 - 510
36. Freyer, J. ve ark., Readiness for Change and Readiness for Help-Seeking: A Composite Assessment of Client Motivation, 2005, *Alcohol & Alcoholism* Vol:40, No.6, 540-544
37. DiClemente, C.C., Bellino, L., Neavins, T., Motivation for Change and Alcoholism Treatment, 1999, *Alcohol Reserch & Health*, Vol.23 No.2, 86-92

38. Share D, McCrady M, Epstein E, Stage of Change and Decisionel Balance for Women Seeking Alcohol Treatment, *Addictive Behaviors* 29 (2004) 525–535
39. Blume AW, Schmaling KB, Marlatt GA, Memory, Executive Function and Readiness to Change Drinking Behaviour, *Addictive Behaviours* 30 (2005): 301-314
40. Cox WM, Logan HM, Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome, *Drug and Alcohol Dependence* 68 (2002) 237_ 243
41. Evren C, Dalbudak E, Çakmak D, Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeğinin (SOCRATES) Türkçe Versiyonunun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:84-91
42. Eker D, Arkar H, Yıldız H, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12 (1): 17-25
43. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi' nin Geçerliği ve Güvenirliği, *Türkiye' de Psikiyatri* 2002; 4(2-3): 107-113
44. Alptekin K, Akdede BB, Kitiş A, Akvardar Y ve ark., Şizofrenide Yaşlanma: Şizofrenide Klinik Belirtilerin ve Bilişsel İşlevlerin Yaş ile İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2): 91-97
45. Mesulam, MM, Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri çev. Gürvit, H., 2. Baskı, Yelkovan Yayınları, 2004: 505-506
46. Lezak, MD., Howieson, DB., Loring, DW., 2004, *Neuropsychological Assessment*, New York: Oxford University Pres, 368-370.

47. Adam, C., Craton, N., Concussions: A Head- On Approach, 2002, The Canadian Journal of Diagnosis/ February 2002 , 101-115
48. Blume AW, Schmaling KB, Marlat GA, 2001, Motivating Drinking Behaviour Change Depressive Symptoms May Not Be Noxious, Addictive Behaviours 26 (2001): 267-272
49. Holt LJ, O'Malley SS, Rounsaville BJ, Ball SA, 2009, Depressive Symptoms, Drinking Consequences and Motivation to Change In First Time DWI Offenders, Am J Drug Alcohol Abuse 2009; 35(3): 117 – 22

Ek 1:

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

Ek 2:**Değişime Hazır Olma aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)**

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Alkol kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.					
2. Bazen ben alkolik miyim diye merak ediyorum.					
3. Eğer yakın zamanda alkol kullanmamı değiştirmesem sorunlarım giderek kötüleşecek.					
4. Bazen alkol kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.					
5. Ben sorunlu bir alkol kullanıcısıyım.					
6. Alkol kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığıma geri dönmek için yollar arıyorum.					
7. Alkol kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.					
8. Bazen alkol kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.					
9. Alkol kullanmam birçok zarara yol açıyor.					
10. Alkol kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.					
11. Daha önce sahip olduğum alkol kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.					
12. Alkol kullanma sorunum olduğunu biliyorum.					
13. Alkolü çok fazla mı içiyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.					
14. Ben bir alkoliğim.					
15. Alkol kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.					
16. Alkol içmemde bazı değişiklikler yaptım ve eskisigibi içmeye geri dönmek için yardım istiyorum.					

Ek: 3

Aşağıda 12 cümle ve her cümle altında cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan **yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde **12 cümlenin her birine bir işaret** koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen **hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız**. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularına önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 4:

Alkol sağlığınızı etkileyebilir ve bazı ilaçlarla etkileşebilir. Bu nedenle alkol kullanımınız hakkında bazı sorular sormamız önemlidir. Yanıtlarınız gizli kalacaktır, lütfen dürüst olarak yanıtlayın. Sizin için uygun seçeneği içeren kutuya X işareti koyun.

Sorular	0	1	2	3	4
1. Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz?	Hiç	Ayda 1 veya daha az	Ayda 2-4 kez	Haftada 2-3 kez	Haftada 4 veya daha fazla
2. Alkol aldığınız bir günde kaç standart içki içersiniz? (1 standart iki=1 küçük bira=1 kadeh şarap=1 tek rakı=1 tek votka)	1-2	3-4	5-6	7-9	10 ve üzeri
3. Ne sıklıkla bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazla içiyorsunuz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün
4. Geçtiğimiz yıl ne sıklıkla, bir kez içmeye başladıktan sonra içki içmeyi kesemediğiniz olmuştur?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Hergün veya hemen hergün
5. Geçtiğimiz yıl içinde, ne sıklıkla normal olarak sizden beklenenleri içki içmeniz nedeniyle yerine getiremediniz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen hergün
6. Geçtiğimiz yıl, ne sıklıkla, çok fazla içki içmenin ardından sabah kendinize gelmek için içki içmeye ihtiyacınız oldu mu?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen hergün
7. Geçtiğimiz yıl ne sıklıkla içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duydunuz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen hergün
8. Geçtiğimiz yıl ne sıklıkla, içki içmeniz nedeniyle, gece neler olduğunu ertesi gün hatırlayamadığınız olmuştur?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen hergün
9. Siz veya bir başkası içki içmeniz nedeniyle yaralandı mı?	Hayır		Evet fakat geçen yıl içinde değil		Evet geçen yıl içinde
10. Bir yakınınız, arkadaşıınız, doktor veya sağlık personeli içki içmenizle ilgili endişelendi mi veya azaltmanızı önerdi mi?					