



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLILARINDA
UYKU BOZUKLUĞUNUN ALKOL RELAPS
VE NÜKSÜ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI +**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sabri FIRAT

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Taha KARAMAN

Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir

Antalya, 2005

Psikiyatri eğitimimde kitapların ötesindeki katkıları ile HOCALARIMA ...

Eğitim sürecimde bana destek olan ve katlanan EŞİM ve ÇOCUKLARIMA ...

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTIMALAR DİZİNİ	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Alkol Kullanımı ile İlgili bozukluklar	2
2.1.1. Tanım Tarihçe	2
2.1.2. Tanı	3
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Alkol bağımlılığının etyolojisi	7
2.1.5. Alkolün fizyolojik etkileri ve farmakolojisi	11
2.2. Eşlik Eden Diğer Bozukluklar	15
2.2.1. Alkol zehirlenmesi	17
2.2.2. Yoksunluk deliryumu	18
2.2.3. Psikotik bozukluk	18
2.2.4. Amnezik Sendrom	19
2.2.5. Duygudurum bozuklukları	19
2.2.6. Anksiyete bozuklukları	19
2.2.7. Uyku bozuklukları	20
2.2.8. Cinsel işlev bozuklukları	20
2.2.9. Periferik nöropati	20
2.2.10. Serebellar dejenerasyon	20
2.2.11. Santral Pons myelinozisi	21
2.2.12. Marchiava-Bignami hastalığı	21
2.2.13. Alkol Ambliyopisi	21
2.2.14. Özofajit	21
2.2.15. Karaciğer yağlanması ve Siroz	21
2.2.16. Gastrointestinal sistem etkileri	22

2.2.17. Kalp-Damar Sistemi bozuklukları	22
2.2.18. Diğer etkileri	23
2.3. Alkolizm tedavisi	23
2.3.1. Sağaltım İlkeleri	23
2.3.2. Alkol zehirlenmesi ve yoksunluk belirtilerinin sağaltımı	24
2.3.3. Alkole bağlı ruhsal ve bedensel sorunların sağaltımı	26
2.3.4. Bağımlılığın sağaltımı	26
2.3.5. Alkolden Uzaklaştırıcı ya da Alkolü bırakmaya yardımcı yöntemler	28
2.3.6. Kendine yardım grupları-Adsız Alkolikler	30
2.4. Gidiş ve Sonlanım	30
2.5. Korunma	31
2.5.1. Alkol Boyutu	32
2.5.2. Kişisel Boyut	32
2.5.3. Toplumsal Boyutu	33
3. DENEKLER VE YÖNTEM	34
3.1. Deneklerin Özellikleri	34
3.2. Araştırmanın Uygulanması	34
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	47
SÖNÜÇ VE ÖNERİLER	50
ÖZET	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SCID-I	DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
HAM-D	Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A	Hamilton Anksiyete Ölçeği
MATT	Michigan Alkolizm Tarama Testi
PUKI	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
DSM-III	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı III
DSM-IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı IV
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
APA	Amerikan Psikiyatri Derneği
ADH	Alkol Dehidrogenaz
ALDH	Aldehit Dehidrogenaz
MEOS	Mikrozomal Etanol Oksitleyici Sistem
GABA	Gama Amino Bütirik Asit
REM	Hızlı göz hareketleri evresi
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
BUN	Kan Üre Azotu
TCA	Trisiklik Antidepresan
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
RİMA	Reversible MAO Enzim İnhibitörü
AA	Adsız Alkolikler

ÇİZELGELER DİZİNİ

	SAYFA
Çizelge 2.1. Alkol tedavisinde kullanılabilecek benzodiazepinler.....	25
Çizelge 4.1. Demografik Veriler.....	38
Çizelge 4.2. Uyku bozukluğu gösteren hastaların test sonuçları (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ≥ 5 olanlar).....	39
Çizelge 4.3. Uyku bozukluğu göstermeyen hastaların test sonuçları (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi < 5 olan hastalar).....	40
Çizelge 4.4. Uyku bozukluğu ve self medikasyon ilişkisi.....	40
Çizelge 4.5. Uyku bozukluğu olan ve olmayan grupta HAM-D ve HAM-A sonuçları	41
Çizelge 4.6. Uyku bozukluğu olan ve olmayan hasta grubunda , alkol kullanım epizodu sayısı ve günlük alkol alım miktarı analizi.....	42
Çizelge 4.7. Yaş, alkol kullanım epizodu sayısı ve alkol başlama yaşı ile alkol kullanma süresi ve Günlük alkol kullanım miktarı arasındaki ilişki.....	43
Çizelge 4.8. Psikometrik ölççeklerle yaş, alkol kullanım epizodu sayısı ve alkol başlama yaşı arasındaki ilişki.....	43
Çizelge 4.9. PUKI komponent 1 ile self medikasyon arasındaki ilişki.....	44
Çizelge 4.10. PUKI komponent 2 ile self medikasyon arasındaki ilişki.....	44
Çizelge 4.11. PUKI komponent 4 ile self medikasyon arasındaki ilişki.....	45
Çizelge 4.12. PUKI komponent 5 ile self medikasyon arasındaki ilişki.....	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Alkol kullanımı çağımızın en ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından biridir. Gerek toplumun her kesimini etkilemesi, gerekse bir toplumdaki diğerine sınırlı tanınmaz yayılımı nedeniyle çağımızın öncelikli sorunlarından biri olmayı sürdürmektedir.

Alkol sorununun her toplum için tanımlanan neden ve sonuçları, bir dereceye kadar aynı ayı değerlendirilse de ne bölgesel ne de küresel olarak tek bir neden ve buna bağlı tek bir sonuçtan söz edilemez. Biri diğerleriyle bağlantılı pek çok etmen aynı anda zincirleme bir tepkime özelliğiyle bilinen alkolizm sorununu ve sonuçlarını ortaya çıkarmaktadır.

Alkolizmin relaps ve nüksünde birçok etkenin varlığı araştırılmış, “olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar”, “tedavi ile ilgili sorunlar”, “sosyal baskılar, iş ve ekonomik sorunlar”, “kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar”, “dürtü, özlem, istek”, “alkol almayı kontrol etmek” gibi nedenler ortaya konmuştur.

Bu çalışma “Alkol Bağımlılığı” tanı kriterlerini karşılayan kişilerin self-medikasyon amaçlı alkol alımlarının “alkolsüz dönemlerdeki uyku bozuklukları” ile arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER:

2.1. ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

2.1.1. TANIM VE TARİHÇE

Tarih boyunca hemen her toplumda alkollü içkiler bilinmekte ve kullanılmaktadır. M.Ö. 2000 yıllarında Babil'de Hammurabi yasalarında şarap ticaretinden söz edilmiştir. Mezopotamya ve Akdeniz ülkelerinde yaşamış ulusların alkollü içkileri binlerce yıldır kullandıkları belgelerle saptanmıştır(1). İlkçağlarda dinsel törenlerde alkol içilmesi serbest bırakılmış , bugün hala bazı dinlerde sarhoş olmayacak düzeylerde alkol alınmasına yasak getirilmemiştir. İslamiyet alkole karşı önce esnek davranmış, daha sonra alkole bağlı sorunlar nedeniyle yasak getirmiştir(1).

Sanayi devriminden sonra alkol üretimi ve tüketimi hızla artmıştır. Doğal olarak alkole bağlı sorunlar da tüketime koşut artmaktadır. Özet olarak, kişilerde yaptığı ağır ruhsal ve bedensel bozukluklar yanında; kişilerarası ilişkiler bozulmakta, aile içi sorunlar artmakta, aileler parçalanmakta, çocuklar olumsuz yönde etkilenmektedir(1).

Alkolizm sözcüğünü ilk kez ortaya atan, olağan sarhoşluğu, deliryum tremensi, kronik alkolizmi tanımlayan Stockholm Üniversitesi profesörlerinden Magnus Huss olmuştur(1). Mark Keller alkolizmin süregen bir davranış bozukluğu olduğunu, bozuk bir beslenme düzeni ile birlikte kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığını bozduğunu belirtmiştir. E.M.Jellink'e göre, alkolizm kişinin ve toplumun birlikte ya da ayrı ayrı zararına olabilecek denli her türlü alkollü içki alma alışkanlığıdır(1).

1992'de National Council on Alcoholism, alkol bağımlılığının alkol kullanımında denetim yitimi ile birlikte toplumsal, yasal, ruhsal ve bedensel sorunların bulunduğu, süregen ve ilerleyici bir hastalık olduğunu tanımlar(2).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) alkol bağımlısını “Uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal-bedensel-toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, sağaltıma gereksinimi olan bir hastadır” diye tanımlar. Bir başka tanımında ise, alkolün işine engel olduğunu değil, işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişiyi alkol bağımlısı olarak görür(1,2).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 1980 de yazdığı DSM-III ve 1987 de yazdığı DSM-III-R (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiki El Kitabı) da alkol bağımlılığının tanımlaması yapılmıştır. 1994'teki DSM-IV dördüncü basımında, 12 aylık aynı dönemde alkolün yol açtığı yaşamsal bozulmaların yedi büyük alanından en az üçünün tekrarlayıcı varlığı ile tanılandırılmaktadır(2). Bunlar; tolerans gelişimi, ilaç kesildiğinde veya azaltıldığında çekilme sendromunun ortaya çıkması, alkolün tasarlandığından daha fazla miktarda ve daha uzun sürede kullanılmasını içerir (2).

2.1.2. TANI

DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı kriterleri:

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 tanımlandığı üzere direnç artımı olması:

- a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi
- 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 sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

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

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.(3)

DSM-IV'e göre alkol kötüye kullanımının tanı ölçütleri :

A) 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da birden fazlası ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü;

1) İşte, okulda ya da evde alması gereken başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örneğin alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe , okula gitmemeler , okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar, eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilememesi)

2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örneğin alkol kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme)

3) Alkolle ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin alkolle ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

4) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örneğin entoksikasyon sonuçları hakkında eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı)

B) Bu semptomlar, alkol bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır(1,2).

Alkol bağımlılık sendromunun ICD-10'a göre tanı ölçütleri :

Aşağıdakilerden üç ya da daha fazlası son bir yıl içinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir;

- a. Alkolü almak için çok güçlü bir istek
- b. Alkol alma davranışını denetlemede güçlük (başlama, bırakma, kullanma ve dozu bakımlarından)
- c. Alkol azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma belirtileri ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için alkol alımı
- d. Direnç artımı belirtileri, daha düşük miktarlarda alkol alındığında ulaşılan etkiye erişebilmek için daha yüksek miktarlarda alkole gereksinim duyulması
- e. Alkolü elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak biçimde giderek artması
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır alkol kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde alkol kullanımına

bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın alkol kullanımını sürdürme

Alkol kullanım biçimindeki süreklilik ve aynılık önemli bir belirtidir.

Alkol alımının sürdürülmesi ya da alkol almaya karşı güçlü isteğin bulunması bağımlılık sendromunun zorunlu özelliklerindedir(1,2).

2.1.3. EPİDEMİYOLOJİ:

Sanayi devriminden sonra Batı toplumunda alkol tüketimi ve alkole bağlı sorunlar hızla artmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde de yaşamsal sorunlara paralel olarak alkol tüketiminde artış bildirilmektedir(2).

Amerika Birleşik Devletlerinde toplumun % 90'ı yaşamının bir döneminde alkol almıştır. Erişkinlerin % 60-70'i ise sıkça alkol almaktadır. Kalp hastalığı ve kanserden sonra alkole bağlı sağlık sorunları üçüncü sıradadır. Erişkinlerin % 30-45'i yaşamının bir döneminde en az bir kez aşırı alkol almaya bağlı bir sorunla karşılaşmıştır. Alkol kötüye kullanımının yaşam boyu riski kadınlarda % 10, erkeklerde % 20, alkol bağımlılığının yaşam boyu riski ise kadınlarda % 3-5, erkeklerde % 10' dur(1). Her iki kullanım biçiminin yaşam boyu yaygınlığı % 13,8 olarak bildirilmektedir. Alkole bağlı sorunlardan yüksek oranlarda ölümler bildirilmiştir(9). Trafik kazaları, cinayetler, özkıyımlar ve bedensel hastalıklar alkolün neden olduğu ölümler arasındadır (1,2).

Amerika Birleşik Devletlerindeki tüm ölümlerin arasında alkolizmden ölüm % 5'in üzerinde bulunmuştur(2). Fransa ve İtalya'da ise alkole bağlı ölümler üçüncü sırayı almaktadır. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" raporuna göre 1995-1996 yılları arasında 12 aylık sürede alkol bağımlılığı tanısı kadınlarda % 0,1, erkeklerde % 1,7 olarak bulunmuştur(1). Devlet İstatistik Enstitüsü rakamlarına göre Türkiye'de kişi başına düşen saf alkol tüketimi 1970'de 0 29 litre iken, bu rakam 1985'te 0.67'ye yükselmiştir(4). Epidemiyolojik

araştırmalar ülkemizde çok yaygın değildir. Bu konuda yapılan araştırmalar azdır. Araştırmalar daha çok okul anketleri tarzında yürütülen çalışmalardan ibarettir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığı oranları % 1 ve altında çıkmıştır.(5).

Alkole kullanımı ile ilişkili bozukluklarda kadın/erkek oranı Batı lkelerinde 1/2 ile 1/3; Doğu lkelerinde 1/10 dolayındadır(4). Alkole başlama yaşı genelde 12–17 yaşlarında, alkol bağımlılığı ve alkole bağlı yaşam sorunları 20–35 yaşlarında, tedavi için başvurular ise 40’lı yaşların başında olmaktadır(4). 45 yaşından sonra alkole başlama, altta yatan bir duygudurum bozukluğu ya da genel tıbbi duruma bağlı bir ruhsal bozuklukla olmaktadır(4). Alkole başlama yaşının erken olması ile alkol bağımlılığının ağır düzeyde olması, antisosyal kişilik bozukluğunun ve ailede bağımlılık öyküsünün daha sık bulunması arasında ilişki olduğundan söz edilmektedir(1).

2.1.4. ALKOL BAğIMLILIğININ ETYOLOJİSİ:

Bağımlılık Sendromu :

Tekrar eden alkol kullanımından sonrası gelişen ve tipik olarak alkollü almaya aşırı istek , kullanımını kontrolde zorluk, zararlı sonuçlarına rağmen kullanmada ısrar ve diğer aktivite ve zorluklara rağmen alkollü kullanmaya öncelik verme , artmış tolerans ve bazen fiziksel yoksunluk durumu ile kendini gösteren davranış, biliş ve fizyolojik fenomenleri kümesidir(2).

Alkolizmin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir. Alkolizmde tek neden aramamak, çok etkenli bir bozukluk olduğunu kabul etmek gerekir. Yapılan araştırmalara dayanarak henüz kanıtlanmamış olsa bile ileri sürülen nedenler řu başlıklar altında özetlenebilir(1,6).

A -Biyolojik,

B - Psikososyal ve ekonomik,

C - Psikolojik (Ruhsal-davranışsal kuramlar) (1).

A. **Biyolojik Nedenler:**

a) Aile araştırmalarında alkoliklerin babalarında % 50, erkek kardeşlerin- de % 30, annelerinde % 6, kız kardeşlerinde % 3 alkolizm saptanmıştır. Alkolik bir babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı, normal nüfusa göre 4-5 kat fazladır(1,4,7).

b) İkizlerde ve evlat edinilmişlerde yapılan araştırmalarda; tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine oranla oldukça yüksek oranlar bildiril- miştir. Evlat edinilmiş ailelerde alkolik babanın çocuklarında alkolizm oranı alkolik olmayanlara göre 4 kat yüksek bulunmuştur(1,4,8).

c) Klinik gözlemlere dayanan bir görüş, alkolizm adaylarının daha alkol kullanmaya başlamadan önce alkolün etkilerine düşük tepki verme özelliği ya da yüksek dayanma gücü göstermektedirler(1). Bu klinik gözlem Schuckit'in araştırmalarıyla doğrulanmıştır. Schuckit ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada babası alkolik olan gençlerde alkolün etkilerini kontrol kümesindeki gençlere oranla belirgin derecede az buldular(1,4).

d) Kimi ırklarda (uzak doğu ve Amerikan yerlilerinde) alkole karşı doğuştan bir dayanıksızlığın olduğu bilinmektedir. Doğu Asya toplumlarında toplumun % 10 kadarında aldehit dehidrogenaz enzimi genetik olarak bulunmadığından alkol alındıktan sonra aldehit yıkımı yeterli olamamakta ve kanda aldehit birikimi sonucu otonomik belirti ve şikayetler ortaya çıkmaktadır. İnsanda aldehit dehidrogenaz izoenziminin etkinliği alkolizm riski ile bağlantılı görünmektedir.(4). Alkolizmde bilinen şudur ki, hem kalıtımın hem çevre etkenlerinin yeri önemlidir. Kalıtımsal olarak çok etkenli, çok genli bir yatkınlığın geçişi söz konusudur(1,4).

Nöropsikiyatrik araştırmalarda bazı alkoliklerin çocukluk çağında hiperaktif oldukları saptanmıştır. Alkoliklerin çocukları daha henüz hiç alkol kullanmazken duygularını denetlemede, planlamada, bellek, algılama, motor işlevler ve konuşma düzeyinde, eşleştirilmiş kontrol grubu çocuklarına göre daha çok aksaklıklar göstermişlerdir. Bu tür kişilik yapısı, psikolojik ve

psikodinamik araştırmalarda vurgulanan sosyspatik kişiliğe yatkınlık hazırlayabilir(4,6).

B. Psikososyal ve Ekonomik Nedenler:

Kişilik yapısı üzerinde çok araştırma yapılmıştır. Özgöl bir kişilik yapısı gösterilememiştir. Değişik yayınlarda alkolikler bağımlı, engellenmeye dayanma gücü düşük, zayıf benlikli, atak, oral saplanma özellikleri taşıyan, bencil, aşırı isteyici, antisosyal kişilik özellikleri olan, cinsel kimlik sorunlarıolan kişiler olarak tanımlanmışlardır. Ancak bu özellikler ciddi eleştirilerle karşılaşmıştır(4,10).

a) Yapılan düzenli, kontrollü çalışmalar alkolizme özgöl bir hastalık öncesi kişilik yapısı göstermemektedir. Ancak ileriye yönelik çalışmalarda alkoliklerin henüz alkole başlamadan önce ve çocuklarında hiperaktif, tutarsız, amaç ve değerlere fazla duyarlı olmayan, sosyopatiye eğilimli olduklarına ilişkin veriler ağır basmaktadır. Belli bir kişilik örüntüsünden çok, etnik tutumların ve ailede alkolik bulunuşunun rolü daha önemli bulunmuştur(1,4).

b) Toplumsal etkenler; Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplum kesimlerinde alkolizm oranı düşüktür. Sosyoekonomik bakımdan üst tabakalarda daha sık görüldüğü, önde gelen sağlık sorunlarından biri olduğu bilinmektedir.(4)

Alkolün kolay ve ucuz elde edilebilirliği ile fazla alkol tüketimi arasında yakın ilişki vardır(6). Kimi toplumlarda kişi başına alkol tüketimi yüksek olsa da alkolizm oranı düşüktür. Törenler, eğlenceler çok sayıda insanın düşük alkol kullanmasına imkan vermektedir.(4) Toplumlarda alkol kullanıcıları arasında bir alt kültürün olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur.(11)

c) Stres etkenleri; Toplumsal ve bireysel zorlanma (stres) etkenleri alkol alma eğilimini arttırabilmektedir. Alkol bazı kişilerce en çabuk etki yapan bir yatıştırıcı, rahatlatıcı olarak kullanılmaktadır(4,6). Bunaltı bozukluklarında, ruhsal çökkünlüklerde alkol, kimi kişilerce bir ilaç gibi kullanılmaktadır(1,4).

Aşırı alkol kullanımına yol açan özgül bir zorlanma yoktur. Alkol bağımlılığı ile birlikte başka ruhsal bozuklukların aynı kişide bulunması sık görülmekle birlikte alkolizmin bu tür ruhsal bozuklukların sağaltımı amacıyla alındığı ve bağımlılığın buna bağlı olduğu olduğu görüşünün de geçerli olmadığı kabul edilmektedir. Aslında aşırı alkol kullanan kişilerin çoğunda zorlanmalar ya da başka bir hastalık, içmek için kullanılan bir bahanedir(4). Ancak, henüz alkol alışkanlığı başlamadan geçirilmiş zorlanma (stres) olayları, yatkın kişilerde önemli bir başlatma nedeni olabilir(4) Zorlanma altında kalan her kişi alkolik olmadığına göre, kişide biyolojik ve psikolojik yatkınlığın bulunması gerekir.(4)

C. Psikolojik nedenler (Ruhsal davranışsal kuramlar) :

Alkol gerginliği gideren, güçlülük duygularını arttıran, ruhsal acının etkilerini azaltan bir maddedir(1,4). Psikolojik kuramlar bir bölümüyle; gergin bir sosyal ortamda ya da zorlu bir günün ardından alınan düşük dozda alkolün, kişilerin kendilerini iyi duyumsamalarına ve ilişkilerinde rahatlamaya yol açtığı biçimindeki gözlemlere dayanmaktadır(6,12)... Bununla birlikte yüksek dozlarda, özellikle düşmekte olan alkol düzeylerinde yapılan kas gerginliği ölçümleri ve ruhsal değerlendirmeler, ağır içmenin artmış sinirlilik ve gerginlik duyguları ile ilişkili olabileceğini göstermiştir(4). Psikolojik kuramlar genellikle alkolik olanlarla olmayanları çeşitli psikolojik test sonuçlarıyla karşılaştırır. Oysa bu bulgular uzun süredir alkol alan alkoliklerin psikolojik özelliklerinden çok, yaşam biçimlerini yansıtmış olabilir(1,4,13).

Psikodinamik kuramlar; aşırı baskılayıcı üstbenlik ve ruhsal-cinsel gelişimin oral dönemindeki saplanmalar üzerinde odaklanmaktadır(6). Psikoanalitik kurama göre aşırı katı ve baskıcı üstbenlikleri olan kişiler alkolü bilinçdışı gerginliklerini azaltmak amacıyla içerler(1,4). Bilinen bir psikoanalitik özdeyiş ; “katı benliğin alkol içinde eridiği”ni söyler. Fenickel’e göre “kişi alkol alarak gerçeğin kısıtlamalarından kurtulur, katı üstbenliğini alkolle yumuşatarak sıkıntı, korku ve bunalımdan sıyrılır”. Freud oral döneme saplanmış kişilerin bunaltılarını alkol gibi maddeleri ağız yoluyla alarak

azalttıklarını, oral doyum sağladıklarını düşünür(1). Adler, tutkunluk nedeni ile aşağılık duygusu, sürekli güvensizlik sorumluluktan kaçma isteğini görür. Bu kişilerde alkol tüketimi güçlülük duygularına ve özgüvenin artmasına yol açabilir. Psikodinamik kuramlar alkol bağımlılarının kişilik özelliklerini tanımlarken bağımlılığa özgü bir yapı ortaya koyamamışlardır(1). Ancak genel olarak, bağımlı, utangaç, yalnızlığa eğilimli, bunaltısı yoğun, engellenmeye dayanma gücü düşük, ürkek, gergin, aşırı duyarlı ve cinsel dürtülerini bastırılmış kişiler olarak tanımlamaktadırlar(1,4).

Davranışsal kuramlar; Davranış bilimciler sürekli alkol almayı öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak görürler. Alkol alımının gerginliği azaltan, rahatlatan özellikleri gibi olumlu pekiştirici yanları ilk alkol almından sonra bu davranışın sürmesine katkıda bulunur. Kişiler sıkıntı ve sorunlarla baş etmede zorlukları olduğunda alkole yönelirler ya da alkol miktarını arttıırırlar. Ayrıca aile büyükleri ve akrabaların içme alışkanlıkları da kişilerin içme davranışını etkiler(1,14).

2.1.5. ALKOLÜN FİZYOLOJİK ETKİLERİ VE FARMAKOLOJİSİ

Alkol doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan bir organik bileşiktir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Kimyasal yapısı CH_3-CH_2-OH olarak gösterilir. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu ortaya çıkar(1,6).

Alınan alkol gastrointestinal sistemde mukozal yüzeylerden çok kolay emilir (Ağız, özofagus, mide ve % 90'ı ince bağırsakların üst kısmından). Etil alkol (etanol) suda kolay çözünen bir maddedir ve bu özelliği ile hızla kan dolaşımına katılarak dokulara yayılır(4) Özellikle su oranı yüksek olan dokulara daha kolay ulaşmaktadır.(1)

Alkol vücudun tüm hücrelerini, en çok da beyin hücrelerini etkiler. Bu nedenle etkileri önce davranışlarda ortaya çıkar. Alkol kalori değeri yüksek bir

maddedir.(4) 1 gram alkol 7 kalori sağlar (1) Fakat karbonhidratlar ve yağlar gibi dokularda depolanmaz ve bir diyet değeri yoktur.(4) Alkol alımından sonra ortaya çıkan belirtiler, alkol seviyesi yükselirken, alkol seviyesinin düşme sürecinden daha belirgindir. Buna “akut tolerans” veya “Mallenby etkisi” denir(2). Alkol alımından sonra en yüksek kan düzeyine 45–60 dakikada ulaşır(2). Bu süre midenin boş olmasıyla, alkolün alım hızıyla, içilen içkideki alkol yoğunluğunun düşük olmasıyla azalır(1,2).

Alkolün % 90-98'i karaciğerde oksidasyon yoluyla metabolize edilir. Geri kalan % 2-10'luk kısım böbrekler, akciğerler ve ter yoluyla değişmeden atılır. Bir saatte 10–34 mg/dl etanol metabolize edilebilir. Uzun süre alkol kullananlarda enzim sistemlerindeki yoğunluk ve duyarlılık artışı nedeniyle metabolizma daha hızlıdır(2).

Etil alkol karaciğerde hücre sitozolündeki alkol dehidrogenaz (ADH) enzimi ile asetaldehide yıkılır. Bu süreç yavaş bir aşamadır. Ortaya çıkan hidrojen için kofaktör olarak nikotinamid adenin dinükleotid (NAD) kullanılır(2). NAD, NADH'a dönüşür. Yüksek miktarlardaki alkolün varlığında karaciğer hücresi endoplazmik retikulumunda bulunan “mikrozomal etanol oksitleyici sistem” (MEOS) devreye girer. Burada alkol sitokrom P450 aracılığı ile metabolize edilir(1,2). Daha sonraki basamakta asetaldehid, yine karaciğer hücresi sitozol ve mitokondrilerindeki aldehid dehidrogenaz (ALDH) ile asetik asite, daha sonra da karbondioksit ve suya dönüştürülür. Bu süreç hızlıdır ve asetaldehid birikimini engeller(2).

Asyalılar (Japonlar, Koreliler, Çinliler) ADH ve ALDH enzimlerinin değişik tiplerinin bulunması nedeniyle alkole dayanıksızdır(2). Bu durum, alkol bağımlılığının gelişiminde doğal bir koruyucu işlev görmektedir. Asyalılarda ADH'nın atipik formu ve ALDH'nın inaktif formunun yüksek olduğu düşünülmektedir(2). Atipik ADH ile etanolün yıkımı hızlı olmakta, ALDH'nın inaktif formu ile de asetaldehidin yıkımı yavaşlamakta, bu asetaldehid birikimine yol açmaktadır. Oysa ADH'nın tipik, ALDH'nın aktif formlarına sahip kişilerde etanolün asetaldehide yıkımı yavaş, asetaldehidin yıkımı hızlı olmakta ve alkole karşı dayanıklılığa neden olmaktadır.(1)

Alkolün metabolizması sırasında NAD/NADH oranındaki değişiklikler vücutta fizyolojik düzeneklerin işlevini bozar ;

1) Sitrik asit döngüsü baskılanarak karaciğerde yağ asitleri oksidasyonu azalır, hiperlipidemi gelişir. Karaciğer yağlanması ana nedeni budur.

2) Laktat/Piruvat oranı artar, hiperlaktikasidemi gelişir. Laktik asidoza ikincil olarak hiperürisemi ortaya çıkar ve ürik asidin idrarla atılımı azalır.

3) Hepatik glukoneogenesis baskılanarak hepatik glikojen depoları azalır. Buna bağlı olarak kan şekeri düşer. Akut alımda ise glikojen depolarından glikoza dönüşüm sonucu kan şekeri yükselebilir.(1)

Tolerans gelişimi (Direnç artımı) :

Tekrarlayıcı alkol alımlarıyla, istenen etkinin sağlanabilmesi için giderek daha fazla alkole gerek duyulur. Bu fenomen, tolerans olarak adlandırılır. Tolerans gelişimi üç alanda değerlendirilir;

1) Davranışsal tolerans, bireyin alkolün etkilerine karşın günlük işlevlerini yerine getirme yeteneğini yansıtır. Yinelenen bir uğraşımın sonucunda öğrenilmiş bir davranıştır.

2) Farmakokinetik tolerans, Alkolü metabolize eden sistemlerin uyum sağlaması sonucu, karaciğer daha fazla ADH üretir ve MEOS sisteminin etkinliği artar(1,2)

3) Farmakodinamik veya hücresele tolerans, Sinir sisteminin yüksek kan alkol düzeylerine karşın işlevini sürdürebilecek uyumu sağlamasıdır. Bu nedenle bu uyumu sağlamış kişilerde 600 mg/dl gibi kan konsantrasyonlarında dahi uyanıklık ve eşgüdüm (koordinasyon) sağlanabilmektedir(1). Benzer yatıştırıcı özelliği olan bir maddeye karşın da tolerans gelişebilir. Bu duruma "çapraz tolerans" denir(4). Alkole karşın gelişmiş tolerans, benzodiazepinlere, barbitüratlara, genel anesteziğe ve hallüsinojenlere karşın da gelişir(1,2). Bu etkinin sinir sisteminde benzer yerleri etkilemele- riyle ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Kişiler alkolik olsun ya da olmasınlar, yaşları arttıkça alkol ve

benzeri maddelere karşı duyarlılıkları artar. Bu durumu bazı araştırmacılar “karşıt tolerans” olarak tanımlamaktadırlar(2). Bu etki yaşlılıkta karaciğer metabolizmasındaki yavaşlamaya, vücuttaki yağ kitlesinde artışa, su oranında azalmaya ve sinir hücrelerinde alkole duyarlılıkta artışa bağlı olduğu sanılmaktadır(2,9).

Bağımlılık gelişimi:

Uzun süre alkol kullanımına bağlı direnç artımı ve alınan alkol miktarının azaltılması ya da alkolün kesilmesinden sonra ortaya yoksunluk belirtilerinin çıkması, bunların giderilmesi için alkol alımının sürdürülmesi fizyolojik bağımlılığın temel göstergeleridir. Bununla birlikte son yıllarda bağımlılık gelişiminde “madde arama davranışı” üzerinde durulmaya başlanmıştır(4). Bu modele göre bağımlılıkta önemli rolü olan alkol arama davranışı dört temel süreçte gerçekteşir:

1) Alkolün olumlu pekiştirici etkileri, keyif verici, bunalıtı giderici, beyin işlevlerini arttırıcı, yoksunluk belirtilerinden koruyucu etkileri davranışsal düzeneklerdir(2,6). Ayrıca sinir hücresi ile ilişkili düzeneklerde dopamin, noradrenalin, serotonin, GABA ve opioid peptidlerin rolü olduğu düşünölmektedir(2,15).

2) Alkolün olumsuz pekiştirici etkileri, rahatsız edici etkileri, madde arama davranışının azalmasına neden olur(1,6).

3) Alkolün diğer maddelerden farklı özellikleri.

4) Alkolün koşullanmış uyaran oluşturucu etkileri (1).

Uzun yıllardan beri alkol bağımlılığı çeşitli alt tiplerde incelenmiştir. 1960 2da Jellinek alkolizmi 5 alt tipe ayırmıştır(1).

Alfa alkolizm: Ruhsal ya da bedensel bir sıkıntıyı gidermek için olağan dışı aşırı alkol alma durumudur. Daha çok bir psikolojik bağımlılık söz konusudur. Bırakıldığı zaman kesilme belirtisi görölmez.

Beta alkolizm: Olağandışı aşırı alkol alma sonucu gastrit, polinevrit, karaciğer yağlanması gibi bedensel bozukluklar çıkmasına karşın fiziksel yönden bir bağımlılık ortaya çıkmaz.

Gamma alkolizm: Alkole ruhsal ve fiziksel yönden bağımlılık oluşur. İstemli denetim kalkar, içme isteği durdurulamaz. Bedensel bozukluklar gelişir. Alkol bırakıldığı zaman kesilme belirtileri ortaya çıkar(1).

Delta alkolizm: Daha ağır bedensel ve ruhsal bozukluklar çıkmıştır. Alkole karşı direnç artımı oluşmuştur. Alkol azaltıldığında ya da kesildiğinde kesilme belirtileri oluşur(1).

Epsilon alkolizm (dipsomani): Zaman zaman zorlantılı içme dönemleri görülür. Kişi alkole susamış gibidir. Aşırı istek ve tutku ile alkolü arar, bulunca su gibi içer. Günler, haftalar bazen de aylarca süren bu dönemleri daha sonra anımsamayabilir. Alışılmışın çok üstünde içmelerine karşın alkole karşı dayanıklıdır. Dipsomani ile duygudurum bozuklukları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir(1)

Genel olarak bağımlı, engellenme eşiği düşük, benlik gücü zayıf, aşırı isteyici, bunaltısı yoğun, cinselliğini bastırılmış, katı üst benlik sahibi kişilerdir. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin % 80'inde ikincil olarak alkol kullanımı vardır(1,6). Birlikte başka madde ve davranış bozuklukları da görülür.

Duygudurum bozuklukları; Alkol bağımlılarının % 30-40'ında yaşamlarının bir döneminde major depresif epizod ölçütlerini karşılayabilirler(16). Depresyon kadın alkoliklerde daha sık gözlenmiştir.

2.2. EŞLİK EDEN DİĞER BOZUKLUKLAR

Alkol bağımlılığı tanısı alan olguların bir kısmında diğer psikiyatrik tanılar alan olguların bir kısmında diğer psikiyatrik tanılar ya da sorunlar birlikte bulunabilir. Eşlik eden bu durumların tanınması, birincil ya da ikincil

olup olmadığının değerlendirilmesi bağımlılığın gidişi, sonlanımı, sağaltımı ve ayırıcı tanısında önem taşır(1,6). Alınan öyküde hastanın yaşamında alkol sorununun önünde gelen ya da alkol almadığı bir zamanda dört haftadan daha fazla süren bir psikiyatrik durum tanımlanamazsa birincil tanı alkol bağımlılığıdır. Ancak böyle durumlarda psikiyatrik tablolar geçici sürelerle bağımlılığa eşlik edebilir. Yine bu ruhsal bozukluklar birincil olarak bulunup alkol bağımlılığı ikincil olarak gelişmiş olabilir(2,17).

Alkol ve madde bağımlılığının dissosiyatif bir bozukluk olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.(18)

Antisosyal kişilik bozukluğu; Alkol bağımlılığına özgü bir kişilik yapısı tam olarak görülmektedir (19,20). Alkol kullanımı bırakıldıktan 2-3 hafta sonra düzelmiyorsa antidepresan sağıtım uygulanması önerilmektedir(16,21). Alkol kullanan bu kişilerin en önemli sorunlarından biri de patolojik kumar oynamadır (22). Alkolün uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkilerini ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur (23-26).

Alkol bağımlılarında özkıyım oranı %10-15 dolaylarındadır(2,4). Depresyonun varlığı, sosyal desteklerin zayıf oluşu işsizlik, yalnız yaşama ve bedensel hastalıkların varlığı özkıyım riskini arttırmaktadır(2).

Alkole bağlı major depresif bozukluğun geliştiği geniş kapsamlı çalışmalar bulunmaktadır (28,29).

Anksiete bozuklukları; Alkolün bunaltı giderici etkisi nedeniyle kişiler alkol alır ve almayı sürdürürler(30). Alkol bağımlılarının % 2-17 si panik bozukluğu, % 1-20 si agorafobi ve sosyal fobi, % 5-27 si yaygın anksiete bozukluğu, % 2-6 sı obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütlerini karşılayabilirler(1). Bu oranlar genel toplumdaki yaygınlık oranlarının 2-4 katı dolayındadır. Fobi ve panik bozuklu en sık görülenleridir(31-33).

Şizofrenik bozukluk; İkincil olarak alkol bağımlılığı şizofrenik olgularda gelişebilir. Bu kişiler kendilerini rahatlatmak amacıyla alkol kullanırlar(34). Alkol kullanımı antipsikotik sağaltımın aksamasına psikoz tablosunun ağırlaşmasına yol açabilir(1).

Alkolün, vücutta meydana getirdiği pek çok zararlar mevcuttur. İmmün sisteme (35), beyin dokusuna (36-38), endokrin sistem üzerine (39), pankreatik hasarlanmaya (40), böbrek fonksiyonları üzerine (41), gastrointestinal kanala (42), kemik dokuya (43), koroner kalp hastalıklarına (44) Alzheimer hastalığının gelişimine (45) ve ağır karaciğer hasarlanmalarına (46,47) neden olduğu yapılan araştırmalarda bildirilmiştir.

Alkolün, uyku üzerine artmış REM dansitesine (48), yüksek miktardaki alımlarından sonra elektroansefalogram değişimlerine (49) neden olduğu bildirilmiştir. Alkolün uyku üzerine olan etkileri konusunda pek çok çalışma vardır. Polisomnografik ve spektral uyku EEG'sinde değişimler (50), bozulmuş uyku ritmi (51,52), uykuda solunum ritminde bozulmalar (53,54), uyku apnesi (55,56), uyku azalması (57,58) ve uykuda alkolün ortaya çıkardığı poikilotermi(59) bildirilmiştir. Etanolün beyin dokuda hipnotik etkileri bilinmektedir (60). Alkolün direkt etkilerinden başka, çekilme bulgularının da polisomnografik bozulmalara neden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir(61-63).

2.2.1. Alkol zehirlenmesi :

Alkol zehirlenmesi, alkol alımı sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan uyumsuz davranışsal değişikliklerle birlikte nörolojik belirtilerin de olduğu bir durumdur. Zehirlenme belirtileri kan alkol düzeyi ile ilişkilidir. Kan alkol düzeyi arttıkça zehirlenme belirtileri de artar. Bu belirtiler 50 mg/dl kan düzeyinde başlar. Direnç gelişmiş kimi kişilerde % 400-500 mg/dl düzeylerinde bile görülmeyebilir (1,2).

Uygunsuz davranışlar, yargılama bozukluğu, konuşmada bozulma, koordinasyon bozukluğu, sendeleyerek yürüme, nistagmus, dikkat ve bellek bozukluğu, stupor ve koma görülebilir (1,2).

2.2.2. Yoksunluk deliryumu :

Uzun süre ve fazla miktarda alkol kullanımından sonra alkol miktarının azaltılması ya da kesilmesi sonucunda ortaya çıkan belirtilerdir. Bu belirtiler 6-8 saat içinde başlar, 2-3 günlerde en yüksek düzeye ulaşır, 4 ve 5. günlerde azalır. Bu belirtiler 3-6 ay hafif şekilde sürebilir(1).

Nörolojik belirtiler; Baş ağrısı, göz kapaklarında ve dilde yaygın kaba tremorlar, konuşma bozukluğu, denge bozukluğu, derin tendon reflekslerinde artma, istemsiz kas kasılmaları, epileptik nöbet görülür (1,2).

Otonomik hiperaktivite belirtileri ; Taşikardi, terleme, kan basıncının yükselmesi, göğüste sıkışma, yüzde kızarma, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, sindirim güçlükleri gibi belirtilerdir (1,4).

Ruhsal belirtiler; Uykusuzluk, korkulu düşler, sıkıntı, kaygı, öfke, gerginlik, huzursuzluk, engellenme eşğinde düşme, tartışma ve kavgacılık, konsantrasyon güçlüğü, algı bozuklukları, görülebilir. Algı bozuklukları ilk 8-12 saat içinde ortaya çıkar ve benliğe yabancısıdır. Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamıştır (1,2).

2.2.3. Psikotik bozukluk :

Alkol kullanımı sırasında veya sonrasında ortaya çıkan akut intoksikasyon veya yoksunluk durumu olarak oluşmayan psikotik fenomenlerdir. Bu bozukluk halusinasyonlar (tipik olarak işitsel fakat sıklıkla birden fazla duyuşal formlarda), algı bozuklukları, hezeyanlar (paranoid veya zarar görme), ve eksitasyondan stupora kadar değişen anormal duygu durum ile karakterizedir. Sensoryum açıktır fakat bir derece, şiddetli konfüzyon şeklinde olmasa da şuur bulanıklığı mevcut olabilir (1,2)

2.2.4. Amnezik sendrom :

Yakın ve uzak hafızanın kronik belirgin bozukluğu ile birlikte olan sendromdur. Anlık hafıza genellikle korunurken yakın hafızanın uzak hafızadan daha fazla bozulması karakteristiktir. Yeni bilgileri öğrenme güçlükleri olduğu gibi zamanı tanıma ve olayları sıralama yeteneklerinde de bozulma vardır. Her zaman olmasa da konfabulasyon belirgin olabilir. Diğer bilişsel yetenekler genellikle iyi korunmuştur. Hafıza bozukluğu diğer bozukluklara göre daha belirgindir. Amnestik bozukluk, alkole bağlı Korsakov psikozu veya sendromu(1,2).

2.2.5. Duygudurum bozukluğu :

Ağır içme ya da yoksunluk dönemlerinde ya da daha sonra bir ay içinde alkole bağlı depresyon ya da mani belirtileri görülebilir. Alkol bağımlılarının % 30-40'ında zehirlenme dönemlerinin ardından 2-3 hafta ya da daha fazla süreyle major depresif epizodu andıran belirtiler gözlenmiştir. Ağır içme dönemleri olmasa bile erkek bağımlıların % 5'i, kadın bağımlıların % 10'unda depresyon saptanmıştır(1,2).

2.2.6. Anksiete bozukluğu :

Anksiete belirtileri alkol yoksunluğu dönemlerinde sıktır. Akut yoksunluk dönemlerinde alkoliklerin % 80'inde panik atakları bildirilmiştir. Bu belirtiler panik bozukluk tanısı koyduracak denli ağır olabilir. Yoksunluk döneminin ilk 4-6 haftasında anksiete nedeniyle alkol bağımlıları toplumsal ortamlardan kaçınabilirler. Bu durum sosyal fobiyi ya da agorafobiyi andırabilir. Klinik görünümde obsesif-kompulsif semptomlar olabilir.

2.2.7. Uyku bozukluğu :

Alkol alımında başlangıçta yatıştırıcı etkisi nedeniyle uykuya dalma kolaylaşır. Uyku EEG'sinde NREM uykusunun 3. ve 4. evrelerinde artış görülür. REM uykusu azalır. Ancak izleyen dönemlerde uykunun ikinci yarısında uyku evreleri arasında sık geçişler olur. Buna bağlı gece sık uyanmalar görülür. Alkolün REM baskılayıcı etkisi vardır(1,2).

2.2.8. Cinsel işlev bozuklukları :

Alkol başlangıçta baskıyı kaldıran etkisiyle cinsel etkinliğin artmasına neden olabilir. Ancak uzun süre kullanımda ereksiyon güçlüğü, ejakülasyon bozuklukları, orgazm güçlüğüne yol açabilir(1,2).

2.2.9. Periferik nöropati :

Uzun süreli fazla alkol kullananların % 10'unda görülür. Sıklıkla iki yanlı el ve ayaklarda uyuşmalar , karıncalanmalar, kas güçsüzlükleri ve ağrı görülür. Belirtiler distalde başlar, proksimale doğru ilerler. Motor duysal ve otonomik belirtiler görülebilir. Eldiven-çorap şeklinde duyu kusurları sfinkter yetmezlikleri, derin tendon reflekslerinde azalma ve yürümede bozulmalar ortaya çıkabilir(1,2).

2.2.10. Serebellar dejenerasyon :

Serebellumun alkolden etkilenmesiyle ortaya çıkan atrofik değişiklikler bu duruma neden olur. Ayakta durma, yürüme güçlüğü, denge bozukluğu, nistagmus görülebilir(1,2).

2.2.11. Santral Pons miyelinozisi :

Ani gelişen öldürücü bir durumdur. Yutma güçlüğü, konuşma güçlüğü, ses yitimi, göz kaslarında güçsüzlük, kornea refleksinin yitimi, pupillerde genişleme ortaya çıkar. Tüm ekstremitelerde felç, stupor , koma ve ölüm gelişebilir(1,2).

2.2.12. Marchiava-Bignami Hastalığı :

Kuzey İtalya'da görülen ve tanımlanan, bir çeşit kırmızı şarabın fazla ve uzun süreli kullanımıyla gelişir. Korpus kallosumda doku yitimi, kortikal ve subkortikal dokularda dejeneratif değişiklikler görülür. Motor becerilerde bozulmalar, ilkel reflekslerin ortaya çıkması, idrar ve dışkı kaçırma gözlenir(1,2).

2.2.13. Alkol Ambliyopisi :

Alkolün toksik etkisiyle optik sinirin zedelenmesiyle oluşur. Görmede ilerleyici bir bozulma kırmızıyı yeşilden ayırt etmede zorluk, skotomlar gelişir(1,2).

2.2.14. Özofajit :

Alkol alt özofajial sfinkter basıncını ve peristaltizmi azaltır. Gastroözofajial reflü gelişir. Distal özofagusta "Barret metaplazisi"ne neden olur (1,2).

2.2.15. Karaciğer Yağlanması ve Siroz :

Alkolün karaciğerde metabolizması sırasında kofaktör olarak kullanılan NAD'nin NADH'ye dönüşmesi ve NAD/NADH oranının azalması sonucunda

organizmada değişiklikler olur. Sitozol ve mitokondrilerde redoks potansiyeli bozulur. Sitrik asit döngüsü baskılanır. Karaciğerde yağ asitlerinin oksidasyonu azalır. Hiperlipemi gelişir. Lipidler mikroveziküler şekilde karaciğer hücre sitoplazmasında özellikle perivenüler alanda toplanır. Bu, karaciğerde büyüme ve yağlanmaya neden olur. Günde 20-40 gr alkol kullanan kişilerde %60-90 dolayında yağlı karaciğer oluşma riski vardır. Yağlı karaciğerde karaciğer işlevlerindeki bozulma düşük düzeylerde dir. Karaciğer enzimlerinde (ALT, AST, GGT, Alkale n fosfataz ve bilirubin düzeylerinde artış olabilir. Alkol alımı devam ederse alkolik hepatit gelişir. Asetaldehit mikrotübüllerin zedelenmesine neden olur. Hepatositlerde balon dejenerasyon gelişir. Bunu hücre nekrozu, Mallory cisimleri, hücre infiltrasyonu, perisellüler fibrosis gelişir. Alkol alımı sürerse, fibrosis ilerler periportal fibrosis ve nodül oluşumu sonrasında genellikle mikronodüler tipte alkolik siroz gelişir. Siroz gelişme oranı %8-20 dolayındadır. Karaciğer yetmezliği hepatik ensafalopati tablosu yaratabilir. Siroz gelişimi alkol alımı durdurulsa bile ilerleme eğilimindedir(1,2).

2.2.16. Gastrointestinal etkileri :

Alkol, mide boşalmasını yavaşlatır, mide salgısını uyarır. Buna bağlı olarak mide mukozası zedelenir, bütünlüğü bozulur, akut gastrit tablosu gelişir. Midedeki zedelenme ilerlerse ülser tablosu ortaya çıkar. İnflamasyonun eklenmesiyle atrofik gastrit gelişebilir. Alkol bağımlıların % 15 kadarında alkolün toksik etkileri nedeniyle akut pankreatit tablosu gelişir. Yineleyen pankreatit atakları sonrasında pancreasta süregen ve geri dönüşümsüz bozulmalar oluşur. Sonunda glukoz metabolizması ve sindirim enzim sistemleri bozulur.

2.2.17. Kalp-Damar Sistemi Bozuklukları :

Alkolün doğrudan toksik etkisiyle sol ventrikül yetmezliği gelişebilir. Alkolün bırakılmasından sonra ise bu durum gerileyebilir. EKG de uzamış QI

aralığı, anormal I ve P dalgaları, dal bloğu, erken vuru, en sık olarak ta ventriküler erken vurular ortaya çıkabilir. Ayrıca kan basıncı yükselmeleri, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler kanamalar gelişebilir.

2.2.18. Diğer etkileri :

İç salgı üreme sistemi üzerine Etileri bilinmektedir. Testiküler atrofi spermatogenezde bozulmalar, ovulasyon bozuklukları, adet düzensizlikleri, cinsel işlev bozuklukları, erken menapoz yapabilmektedir. Kas iskelet sistemi üzerine myopati, osteoporoz kas güçsüzlükleri, eklem şişlikleri, kemiklerde kırılmalar, gut hastalığına eğilim yaptığı bilinmektedir. Kan tablosu üzerine olan etkilerinde vitamin B-12 ve Folik asit eksikliklerine bağlı megaloplastik anemiler sık görülür. Kraciğerdeki bozulmalara bağlı olarakta pıhtılaşma bozuklukları gelişebilir(1,2).

2.3. ALKOLİZM TEDAVİSİ:

2.3.1. Sağaltımın Genel İlkeleri:

Alkol bağımlılığının sağaltımına başlanmadan önce hastanın durumu ayrıntılı bir biçimde incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

Kişi ne zaman ve ne kadar alkol almıştır?

Alkol alma biçimi nasıldır?

Alkole başlamadan önce ruhsal bir sorun ya da bedensel bir hastalığı var mıdır?

Alkollü iken bir kaza ya da yaralanma (özellikle kafa ile ilgili) geçirmiş midir?

Alkole birlikte başka bir madde ya da ilaç almış mıdır?

Alkol almadan ve alkollü iken tutum ve davranışlarında olan değişiklikler nelerdir?

Ayrıntılı fizik ve nörolojik bakı yapılmalı, bilinç düzeyi ve ruhsal durumu değerlendirilmelidir.

Relapsların önlenmesi ile ilgili çalışmalar(64,65).

Gerekli laboratuvar incelemeleri (akciğer ve kafa grafisi, EKG, EEG, tam kan ve idrar incelemeleri, kan şekeri, BUN, elektrolitler, karaciğer işlevleri) yapılmalıdır (1,2).

2.3.2. Alkol Zehirlenmesi ve Yoksunluk Belirtilerinin Sağaltımı :

a) Alkol Zehirlenmesinde Sağaltım:

Kişisel ayrıcalıklar olmakla birlikte kan alkol düzeyi yükseldikçe alkol zehirlenmesi belirtileri çıkar. Kan alkol düzeyi 400-500 mg/dl'nin üzerine çıkınca koma ve ölümler görülür(1,2). Zehirlenmenin sağaltımı bir yoğun bakım biriminde yapılmalıdır(1). Özgül bir sağaltım yöntemi yoktur. Sağaltım klinik durum ve belirtilere (septomatik) göre yapılır. Hasta kusturulmaz, çıkardıkları soluk borusuna kaçabilir, buna karşı da önlem alınmalıdır (1,2). Hastanın yaşamsal bulguları yakından izlenmeli, asit baz dengesi, sıvı ve elektrolit gereksinimleri karşılanmalı, dolaşım ve solunum işlevlerine destekleyici sağaltım uygulanmalıdır. Tiamin içeren vitamin preparatları verilmelidir. Taşkınlığı, saldırganlığı olursa düşük doz haloperidol verilebilir(1,2,6).

b) Alkol Yoksunluk Belirtilerinin Sağaltımı :

Alkol kesildikten sonra ortaya çıkan belirtilerin önlenmesi ve sağaltımı için hasta sessiz ve rahat bir odaya alınır. Sürekli ve özenli bir gözlem ve gözetim altında tutulur. Proteinden ve sıvıdan zengin bir beslenme düzeni uygulanır. Yüksek doz B ve C vitaminleri verilir (1). B vitaminlerinden tiamin içerenler yeğlenmelidir. Alkol yoksunluk belirtilerinin sağaltımı birincil olarak benzodiazepinlerle yapılır. Benzodiazepinler ağızdan ya da damar yoluyla sıvı içinde verilebilirler(1,2). Kas içi verilmede emilim düşüktür, bu nedenle bu yolla verilmesi yeğlenmez. Karaciğer ve böbrek yetmezliği bulunanlarda yarı ömrü kısa olan benzodiazepinler (lorazepam, alprazolam gibi) verilmelidir(1,4). Alkolü bırakan bir kişide yoksunluk belirtileri ağırlaşmadan benzodiazepinler verilmelidir. Hastanın durumuna göre verilen benzodiazepinler zaman içinde

azaltılarak kesilir. Kullanılabilecek benzodiazepinler çizelgede gösterilmiştir(1,2,6).

Alkol çekilmesinde ve alkole bağlı uyku bozukluklarında gabapentinden bahseden araştırmalar bulunmaktadır (66,67).

Karbamazepinin alkol yoksunluk belirtilerinde yararlı olduğuna ilişkin çalışmalar vardır. Ayrıca beta-blokörler otonomik belirtilerin sağaltımında kullanılabilirler (1,2,6).

c) Deliryum Tremens Sağaltımı:

Deliryum tremens sağaltımında benzodiazepinler, hasta işbirliği yapamayacağı için damar yoluyla dengeli sıvılar içinde verilir (1). Birlikte 200 mg/gün Bb 500-1000 mg/gün C vitamini, 100 mg/gün nikotina mid, 2 mg magnezyum sülfat eklenir. Ayrıca solunum, dolaşım, boşaltım işlevleri, sıvı ve elektrolit dengesi, infeksiyon yönünden yakından izlenmelidir. Ateş ve terleme nedeniyle dehidratasyon gelişebilir(1,2). Bu nedenle 4-6 lt/g sıvı verilmeli, ancak beyin ödemi ve dolaşım yetmezliği açısından özenli olunmalıdır. Hastaya ruhsal açıdan destek olunmalı, paniği yatıştırılmaya çalışılmalıdır. Bulunduğu ortam uyaransız ya da aşırı uyaranla dolu olmamalıdır(1,4). Kendini yaralaması ya da zarar vermesi önlenmeli, buna uygun fiziksel sınırlamalar yapılmalıdır. Benzodiazepinlerle yatışma sağlanamazsa antipsikotik ilaçlar kullanılabilir, ancak nöbet eşiğini düşürmesi açısından daha az riskli olan haloperidol düşük dozlarda verilmelidir (1,2).

Çizelge2.1. Alkol tedavisinde kullanılabilecek benzodiazepinler.

	Ağızdan	Damardan	Günlük Doz
Diazepam	Diazem 2,5,10 Zepam 2,5, Nervium 2, 5, 10	Diazem 10 mg	20-80 mg/gün
Klordiazepoksid	Librium 5-10 mg Librizan 25 mg	Librium 100 mg	100-400 mg/gün
Lorazepam	Ativan 1 mg tb	Ativan 1 mg amp	4-16 mg/gün
Alprazolam	Xanax0,5; 1mg tb		2-8 mg/gün

2.3.3. Alkole Bağlı Ruhsal ve Bedensel Sorunların Sağaltımı

Alkol zehirlenmesi ve yoksunluk belirtileri dışında önemli sorunlardan biri de alkole bağlı ruhsal ve bedensel sorunlardır. Alkole bağlı gelişebilecek ruhsal ve bedensel sorunların sağaltımı ilgili bölümlerde anlatılmıştır(1,6).

2.3.4. Bağımlılığın sağaltımı

Alkol bağımlılığı oluş nedenleri, klinik belirtileri, gidiş ve sonlanışı, yol açtığı ruhsal, bedensel ve toplumsal sorunlar bakımından çok yönlü, çok etkenli bir bozukluktur. Bu nedenle sağaltım yaklaşımının başarılı olabilmesi için çok yönlü olmalıdır(1). Sağaltımın başlangıcında hastanın durumunu değerlendirme, alkolü bırakma konusunda isteğinin (motivasyonunun) artırılması, daha sonra alkolden arındırma, uzun süreli sağaltım planının yapılması uygun olur. Alkoliklerde relapsın önlenmesinde fluoksetin ile yapılan çalışmalar olumlu sonuçlar vermiştir (68-71).

a) Değerlendirme ve Alkolü Bırakma İsteğinin Artırılması:

Değerlendirme aşamasında öncelikle, bağımlılık başka bir ruhsal rahatsızlığa ikincil olarak ortaya çıkmışsa birincil bozukluğa yönelik sağaltım uygulanmalıdır(1). Bağımlılık öncesinde var olduğu belirlenen depresyon, panik bozukluğu, sosyal fobi gibi durumlarda trisiklik antidepressanlar (TCA), özgül serotonin geri alım engelleyicileri (SSRI), serotonin-noradrenalin geri alım engelleyicileri (SNRI) ya da geri dönüşümlü monoamino-oksidad baskılayıcıları (RIMA) kullanılmalı, uygun psikoterapötik yaklaşımlarda bulunulmalıdır(2,6). Bağımlılık öncesinde varolan ya da uzun süre alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilecek bedensel hastalıklar araştırılmalı, hastaya bunlar konusunda açıklayıcı bilgiler verilmelidir(1). Bağımlılık sağaltımı için hastanın isteği ve işbirliği çok önemlidir. Bırakma isteği olmayan ve işbirliği yapmak istemeyen hastaya yardım etmek güçleşir. Bu konuda kendisi ve yakınlarının

bilgilendirilmesi sağaltımın başlangıcında önemli bir adımdır. Alkol bağımlılığının bir hastalık olduğu, bu hastalıkla başedebilmek için uygulanacak yöntemler, bu uygulamalar sırasında hastanın katkısı ve çabasının önemi hasta ve yakınlarına anlatılmalı, sağaltım sürecinin zorlu, ancak başarılabilir bir süreç olacağı gösterilmeye çalışılmalıdır (2,6).

Hastanın alkole bağlı sorunlarını değerlendirip bunların hastaya gösterilmesi, yüzleştirilmesi (konfrontasyon) alkolü bırakma isteğinin artırılmasına yardımcı olur (1,2). Bu yapılırken özellikle hastanın yaşamında bozulan denge, kendisini rahatsız eden sorunlar kullanılabilir. Uykusuzluk, cinsel işlev bozuklukları, bedensel hastalıklar, kişilerarası ilişkilerdeki bozukluklar gibi durumlarda, alkol kullanımının bu sorunlara etkisi gösterilmeye çalışılır. Bu yapılırken hastayı ürkütmemeye, incitmemeye, yargılayıcı olmamaya, umudunu kırmamaya özen gösterilmelidir (1). Hastanın sağlıklı ve güçlü yönleri bulunmaya çalışılır, bunların sağaltım sürecinde kendine nasıl yardımcı olabileceği, sorunlarla nasıl başedebileceği gösterilmelidir. Hasta ailesine de alkolün hastanın yaşamına getirdiği zorluklar açıklanmalı onların yapabilecekleri yardımlar belirlenmelidir (1,2).

b) Alkolden Arındırma (Detoksifikasyon)

Alkolün bırakılmasından sonra ortaya çıkan belirtilerin sağaltımı yapılır.

c) Uzun Süreli Sağaltım Yaklaşımları

Değerlendirme ve alkolü bırakma isteğinin artırılması aşamasından sonra kişi alkolden arındırılır. Ardından uzun süreli, hastanın gereksinimine göre bir sağaltım planı belirlenir ve uygulamaya geçilir (1). Alkol bağımlılığında relapsın nörobiyolojik temelleri mevcuttur (72).

Psikoterapötik Yaklaşım:

Hastanın benlik gücü, yaşam zorlarıyla başetme yeteneği, uyum yetileri değerlendirilerek uygun bir psikoterapötik yöntem seçilebilir. Bu dönemin asıl amacı hastanın alkole geri dönüşünü engellemeye çalışmak, alkolsüz yeni yaşamına uyumunu sağlamak, bu süreç içindeki güçlüklerle başedebilmesine yardımcı olmaktır. Bu dönem sağaltımı psikoanalitik, destekleyici ya da bilişsel-davranışçı psikoterapi, bireysel ya da grup psikoterapisi, kendine yardım

grupları (Alcoholics Anonymous) aracılığıyla yapılabilir (1,2). Sağaltım yaklaşımları belirlenirken basmakalıp yöntemler yerine her hastanın kendine özgü özelliklerine, bozulmuş ya da sağlıklı yönlerine, beceri ve yeteneklerine göre esnek olunmalı, bir birey olarak hastanın gereksinimleri belirlenip o doğrultuda bir yol izlenmelidir(1,2). Alkolsüz yaşam kişi için yeni bir başlangıçtır, bu nedenle yeni dönemin kendine özgü sorun ve sıkıntıları olabilir. Adım adım, beklentileri çok yükseltmeden, olumsuzlukları ya da başarısızlıkları abartmadan, gerçekçi, uygulanabilir yöntemlerle yeni yaşamına uyum sağlamasına çalışmak, hastanın değişme isteğini artırmak, destek olmak amaçlanmalıdır (1,2).

Alkolizmin tedavisinde aile terapisinin remisyona sürdürülmesinde önemi büyüktür. (73)

İlaç Sağaltımı:

Alkol kullanımına bağlı olarak gelişmiş depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları gibi durumlarda antidepresan, anksiyolitik, hipnotik ilaçlar duruma göre kullanılabilir. Benzodiazepin grubu ilaçların alkolle çapraz direnç artımı ve bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle uzun süre kullanılmaları önerilmez. Alkol kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar olmasa bile alkol arama davranışını azalttığı düşünülen psikotrop ilaçlar hastalara önerilebilir. Serotonerjik ilaçların alkol arama davranışını, içme isteğini azalttıkları düşünülmektedir (68). Bu amaçla SSRI'lar kullanılabilir. Ayrıca düşük doz dopaminerjik agonistlerin (bromokriptin), opiyat antagonistlerinin (naltrekson) bu amaçla kullanıldıklarını, yararlı olduklarını gösteren yayımlar da vardır (1,4).

2.3.5. Alkolden Uzaklaştırıcı ya da Alkolü Bırakmaya Yardımcı Yöntemler

Alkole karşı koşullandırma, çok güçlü bir kusturucu olan apomorfine ile yapılabilir. Hasta alışık olduğu bir içkiyi içer, sonra 5-10 mg apomorfine deri altına yapılır. Hastada bulantı ve kusma başlar. Bu yöntem 5-7 gün yinelenirse

alkole karşı tiksinti gelişir. Hastaneden çıktıktan sonra 2-4 hafta sonra ve yılda 1-2 kez bu yöntem yinelenerek tiksinti pekiştirilir. Bu yöntem iyi bir ilişki ve iletişim içinde olan hastalarda daha iyi sonuç vermektedir (1,2).

Alkolden uzaklaştırıcı, alkolü bırakmaya yardımcı olarak bir başka ilaç disülfiram (Antabus®) kullanılabilir. Disülfiram suda geç, alkolde kolay çözülür. Sindirim yoluyla yavaş emilir, organizmadan 4-7 günde atılır. Disülfiram alkol metabolizması sırasında aldehid dehidrogenazı baskılayarak alkol yıkımını asetaldehid düzeyinde durdurur, asetaldehid zehirlenmesi yaratır. Bu zehirlenmenin belirtileri, yüzeysel kan damarlarında genişleme, kan basıncında düşme, baş dönmesi, bulantı, kusma, göğüste sıkışma, nabızda hızlanma, terleme, ateş basmasıdır (2,6). Bu belirtiler ilk yarım saatte giderek artar, önlem alınmazsa bilinç yitimi, dolaşım yetmezliği gelişebilir ve ölüme sonuçlanabilir. Alkolle birlikte alındığında oluşan aldehit zehirlenmesinde histamin salınımına bağlı belirtiler geliştiği için hastalara antihistami-nikler, damardan sıvı ve vitaminler verilebilir. Hastaya ilacın bu özelliği anlatılır, kişi içme isteği geldiğinde içmeyeceğini, eğer içerse zehirlenme hatta ölüm tehlikesi içine gireceğini bilir (1,2,6). Böylece içme isteğiyle başetmeye çalışır. Çevreden gelen içme önerilerini geri çevirmek için haklı bir gerekçe olmaktadır. Herhangi bir nedenle doğan içme isteğini engellemek ve kişiye içme kararını yeniden gözden geçirmek için zaman kazandırmaktadır. Düzenli olarak kullanılan disülfiram hastanın alkolden uzak durmasına yardımcı olur. Kimi hastalar "biz ilaca değil öz-istemimize güvenmek istiyoruz" diye Antabus® almak istemeyebilirler. Oysa Antabus® almak bir öz-istem gücüdür. Bu tür ussallaştırma eğilimleri desteklenmemelidir. Disülfiram 250 mg/gün dozunda verilir. Alkolün bırakılmasından en erken 24 saat sonra başlanmalıdır. Disülfiram kesildikten sonra 1 hafta kadar alkol alınmamalıdır. Kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, diyabet, karaciğer, böbrek yetmezliği durumlarında kullanılması önerilmemektedir (1,2,6).

Son yıllarda disülfiram sağaltımına karşı eleştiriler olmaktadır. Yapılan çalışmalarda plaseboya karşı üstünlüğü gösterilemediği, kişilerin alkol almak istediklerinde ilacı bıraktıkları, ayrıca disülfiramın duygudurum değişiklikleri,

çevrelik nöropati, toksik psikoz, bellek bozuklukları gibi yan etkileri olduğuna ilişkin yayınlar vardır. Ancak klinik gözlemlerimize göre alkolü bırakma konusunda istekli ve uyumlu, Antabus® kullanmaya engel bedensel bir bozukluğu olmayan kişilerde diğer sağaltım yöntemleriyle de desteklenerek kullanıldığında yararlı olabilen, olumlu ve sağaltıma destek veren bir yöntem olarak görmekteyiz(1,2).

2.3.6. Kendine Yardım Grupları-Adsız Alkolikler (AA)

Alkole bağlı sorunları olan kişilerin oluşturdukları gönüllü bir destek kuruluşudur. İlk kez 1935 yılında, alkol bağımlılığı olan kişilerce kurulmuştur. Ortak sorunları olan kişiler biraraya gelerek yardımlaşmak, dayanışmak, paylaşmak, birbirlerine destek olmak, benzer sorunları çözmek amacıyla bir kendine yardım grubu olarak kurulmuştur. Bu grup üyeleri günün her saatinde birbirlerine yardım ederler. Eğitici toplantılar düzenlerler. Benzer sorunları yaşayan insanların biraraya gelerek oluşturdukları bu gruplara katılmayı sürdürenlerde alkolden uzak durma başarısı yüksektir. Alkol bağımlılarının eşlerinin oluşturdukları A-Anon, çocuklarının oluşturdukları Alateen grupları da bağımlıların yakınlarının sorunlarını çözmek, birbirlerine destek olmak amacıyla kurulmuştur (9).

2.4. GİDİŞ VE SONLANIM :

Alkol bağımlılığının gidişinde alkole başlama yaşı önemlidir. Sıklıkla alkolik kişilerin alkolle tanışmaları erken ergenlik dönmelerinde (13-15 yaş) olur. İlk zehirlenmeyi 15-16 yaşlarında yaşarlar. Alkole bağlı ilk sorunları onlu yaşların sonlarında karşılaşırlar. Alkol bağımlılığının gelişimi ve bağımlılığa özgü sorunları ise 25-40 yaşlarında görülür. Kadınlarda alkole başlama erkeklerle göre daha geç yaşlardadır, ancak alkole bağlı sorunları daha hızlı bir biçimde ortaya çıkar (1,2,4).

Alkol bağımlılığı geliştikten sonra kişide geçici sürelerle alkolü denetim altına alma çabaları görülür. Bu denetim altına alma çabaları sıklıkla kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar, yasal sorunlar ya da bedensel hastalıklarla ilişkilidir. Bu dönemlerde yoksunluk belirtileri yaşarlar. Çoğunlukla bu bırakma çabaları başarısızlıkla sonlanır. Yeniden alkol alımına başlanması ile bağımlılık ve ona bağlı sorunlar gündeme gelir. Bu durum bir kısır döngü içinde sürer gider. DSM-IV alkol bağımlılığının gidişini değerlendirirken 12 aylık bir süreyi göz önüne almaktadır. Çünkü bırakma sonrasındaki riskli dönem bu süreyi içerir. Alkol bağımlılarının % 20'si kendiliğinden düzelme gösterebilir (1,74).

Bağımlıların % 10-40'ı alkole bağlı sorunlar nedeniyle sağaltım görürler. Sonlanımın iyi olduğunu belirleyen göstergeler:

- Antisosyal kişilik özelliklerinin bulunmaması
- Diğer madde kullanımının olmaması
- İş, aile, yasal ve geçimsel sorunların çok yoğun olmaması
- Sosyal destek sistemlerinin yeterli olması
- Alkolü bırakma konusunda istekli olması
- Eş ve yakınlarının ilgi ve işbirliğinin bulunması
- Uygulanan başlangıç sağaltımı tamamlayabilmesi
- Ayaktan sağaltıma uyumu ve sürdürmesi

Bu özelliklerin bulunması ilk 1 yıllık bırakma dönemi için % 60 oranında olumlu beklenti doğurur. Yapılan çalışmalarda 1 yıllık bırakma döneminin bulunmasının uzun dönem gidiş için olumlu bir gösterge olduğu vurgulanmıştır (2,74,75).

2.5. KORUNMA VE PROFLAKSİ :

Alkol bağımlılığı süregelen, kişide ruhsal, toplumsal ve bedensel sorunlar çıkaran, sağaltımı uzun süreli ve güç bir hastalıktır. Alkol tüketiminin dünyada tüm ülkelerde giderek artması toplum sağlığının korunması açısından koruyucu önlemler alınması gerekir (4,74,76).

Alkole bağılı sorunlar alkol, kişi ve toplum olarak 3 boyutta ele alınabilir. Bağımlılık ve bağımlılığa bağılı sorunlar bu üçgenin odak noktasındadır (2,74).

2.5.1. Alkol Boyutu

Alkol güç, neşe, keyif veren, ağrıyı, sıkıntıyı, üzüntüyü gideren, uykuyu düzenleyen, toplumsal ilgi ve iletişimi artıran, ölçü kaçırıldığında ya da uzun süre alındığında kişiye ve topluma zararlı olabilen, bağımlılık yapan bir maddedir. Bu özelliklerinin yalnız sağlık görevlilerince değil, toplumun her kesimince bilinmesinde yarar vardır (6,74).

2.5.2. Kişisel Boyut

Kişilerin kalıtsal-dirimsel özellikleri, ruhsal-toplumsal gelişimi, kişilik özellikleri bağımlılık açısından önemlidir (1,2,74).

A. Sağaltım:

a) Alkole sorunu olmuş, bağımlılık gelişmiş kişilerin tanınması, sorunun yadsımaya, ussallaştırmaya gitmeden görülmesi, gösterilmesi ve sağaltımı gerekir.

b) Önemli bedensel bozukluğu (merkezi ve çevrelik sinir hastalıkları, epilepsi, alkole karşı aşırı duyarlılık, karaciğer, kalp, pankreas hastalıkları) ya da özürleri (körlük, sağırılık) olanların sağaltımı yapılmalıdır. Ayrıca alkolün bu kişilere yapacağı zararlar anlatılmalıdır (1).

B. Risk altındaki kişilerin saptanması ve koruma:

Alkol alma eğilimi yüksek, bağımlı olmaya yatkın kişilerin erken tanınması ve onlara gerekli tıbbi yardımın yapılması gerekir.

Risk altındaki kişiler:

Ailesinde ana, baba ya da yakın akrabalarda alkol bağımlısı olanlar (1).

2.5.3. Toplumsal Boyutu

Alkollü içkilerin yasaklanması, içenlere ağır ceza verilmesi ile soruna çözüm getirilememiştir (2,4). Ancak, alkollü içkilerin üretim, tanıtım,

satış ve kullanma halkalarının denetimi önemlidir. Ailede ana-babalar, kardeşler, okulda öğretmenler ve yöneticiler, işte çalışma arkadaşları ve yöneticiler, toplumda sağlık, kolluk ve güvenlik görevlileri sorunun önemine ve önlenmesine özen göstermelidirler (1,4). Uygar insan, çağdaş insan yalnız kendine değil, doğaya ve diğer insanlara karşı da sorumluluk duyar. Alkollü içkilerin olur olmaz yerlerde tanıtımı, satışı engellenebilir (1,4). 18 yaşından küçüklere her nerede olursa olsun alkollü içki verilmesi yasaklanmalıdır. Kitle iletişim araçları (görsel, işitsel, basılı) ile alkol ve alkole bağlı sorunlar üzerine toplum aydınlatılmalıdır. Özel özen isteyen işlerde ve araç kullananlarda (araba, tren, gemi, uçak) alkol alımı kesinlikle yasaklanmalıdır. Alkollü içkilerden alınan vergi yüksek tutulabilir. Alkollü içkinin içilmesini değil, içilmemesini özendirilen önlemlere ağırlık verilmelidir (2,4).

3. DENEKLER VE YÖNTEM

3.1. Deneklerin Özellikleri:

Alkol bağımlılığı tanı kriterlerini karşılayan 30 hasta alkol detoksifikasyon tedavisi sonrası en az 3 hafta alkolsüz dönem geçirdikten sonra psikiyatrik ve psikometrik ölçümlerle değerlendirildiler. Hastaların hepsi erkek hasta idi. Hastalar Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde tedavi gördüler. 3 Haftalık alkolsüz dönemlerinden sonra hastalar değerlendirilmeye alındı. Ağır derecede depresyon, anksiyete bozukluğu ve şizofreni dışlandı hastalar DSM 4 tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı aldılar. Tanı SCID-1 görüşme tekniği ile saptandı. Hastalar tez çalışması olarak çalışmaya alındıkları konusunda bilgilendirildiler. Hastalar, yazılı olarak aydınlatılmış onam belgesine gönüllü olduklarına dair imza verdiler. Çalışmanın bilimsel ve etik yönleri kendilerine anlatıldı. Çalışma kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın amacı; alkol bağımlılarının alkol tedavisi sonrası uyku bozukluklarının saptanması, geçmişte alkol relaps ve nüks hızları arasında ilişkinin araştırılmasına yöneliktir.

3.2. Araştırmanın uygulanması

Araştırmaya katılan Alkol bağımlısı 30 hasta alkol detoksifikasyon tedavisi sonrası en az 3 hafta sonra psikiyatrik değerlendirmeye ve psikometrik ölçümlere alındılar. Çalışmanın amacı kendilerine anlatıldı. Çalışmaya katılmaları konusunda gönüllü olduklarını gösteren yazılı "aydınlatılmış onam" belgesini imzaladılar.

Çalışmaya katılan kişilere, değerlendirme süreci içinde kendilerine uygulanacak testler hakkında bilgi verildi. Bazı anlaşılması güç olabilecek sorular hakkında açıklamalar yapıldı.

Hasta bilgi formu; hastaların sosyo demografik özellikleri ile alkole başlama yaşı, hastanede yatış sayısı, ailede alkol kullanımı ve psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı, alkole başlama ve kullanma sürecinde alkol

kullanımına neden olabilecek sebepler (sosyal, ekonomik sorunlar, kişiler arası ilişkileri, mesleki sorunları, aile içi sorunları) , alkolü geçmişte kaç kez bıraktığı, kullanma ve bırakma süreleri, geçmişte alkolü bırakmada tıbbi yardım alıp almadığı ve son olarak ne kadar süredir alkol almadığı soruldu.

Hastalar alkolsüz dönemlerinin en az 3. haftasında SCID-1, Hamilton depresyon ölçeği, Hamilton anksiyete ölçeği, Michigan alkolizm tarama testi, Pittsburg uyku kalitesi ölçeği uygulandı. SCID-1 ile uyku bozukluğuna neden olabilecek ikincil psikiyatrik tanılar dışlandı. Michigan alkolizm tarama testi ile alkol bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve alkolle bağlı sosyal ve işlevsel bozuklukları saptandı.

1) **SCID-I klinik versiyon (SCID-CV) ;**

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (77). Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanıların geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

SCID-I klinik versiyonu, klinik değerlendirmede kullanılmak için geliştirilmiştir. Bir adet yeniden kullanılabilir kullanım kılavuzu ile bir kez kullanılabilen puanlama cetvelinden oluşur. DSM-IV te görülen en yaygın tanılarını içerir.

2) **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ;**

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer (78). Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Tanı koydurmaz. Klinisyen tarafından uygulanır. 17 soru içerir. Bir yanıt formuna işaretleme yapılarak toplanır. Sorular yapılandırılmıştır. Fakat ek sorular da sorulabilir. M. Hamilton ve onun

gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren B.W.Williams'tır. Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır.

3) **Hamilton Anksiete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ;**

Deneklerde anksiete düzeyini ve belirli dağılımını belirlemek ve şiddetini ölçmek için kullanılır(79). Görüşmeci tarafından değerlendirilir. Hem ruhsal, hem de bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Görüşmeci ölçek üzerine işaretleyerek doldurur. Yarı yapılandırılmış sorgulama nedeniyle uygulanması kolaydır. Son 72 saat içindeki anksiete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında , ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir.

4) **Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) ;**

Bir kişinin alkol kullanım sorunlarıyla karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa düzeyini ölçmek için kullanılır(80). Kendini değerlendirme ölçeğidir. 25 adet soru içerir. Her bir soru farklı puan değerlerine sahiptir. Evet, Hayır şeklinde değerlendirmeler uygulayan kişi tarafından yapılmaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Kesme noktası 5 ile 9 arasında alındığında MATT'ın alkol kullanım sorunu olanlarla en iyi olarak ayırdığı belirlenmiştir.

5) **Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ;**

Kişinin son bir ayındaki uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılır(81). Uyku kalitesinin değerlendirilmesinde belli bir zaman diliminin esas alınması hem klinik değerlendirme hem de bilimsel yöntem açısından son derece önemlidir. PUKİ'de diğer ölçeklerden farklı bir değerlendirme yöntemi uygulanır. Niceliksel ve niteliksel sorulardan elde edilen puanlardan tek bir toplam puan oluşturulmasına olanak tanır. Uyku bozukluklarının ilerleyişini ve bu bozuklukların depresif bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların gidişi

sırasında diğler belirtilerle etkileşimini izlemek amacıyla kullanılabilir. Ayrıca psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında hem klinik hem de araştırma amacıyla kolay ve yaygın olarak kullanılabilir niteliktedir.

İstatistiksel Çözümleme:

Uyku bozukluğu saptanan ve saptanmayan gruplar arası ilişkiler student-t testi, X^2 analizi ve Pearson product korelasyon katsayısı ile yapıldı.

4. BULGULAR:

Toplam 30 alkol bağımlısı hastanın tamamı erkek hastalardı. Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği ile 30 hastanın 14 tanesi (%46,6) uyku bozukluğu gösterdi, 16 hastada (% 53,3) ise uyku bozukluğu saptanmadı.

Hastaların yaş ortalamaları $51,4 \pm 7,9$, eğitim süreleri $11,4 \pm 2,32$ bulundu. Çalışmaya alınan alkol bağımlısı 30 kişinin demografik verileri çizelge 4.1.'de sunulmuştur.

Çizelge 4.1. Demografik Veriler:

Sayı	30
Yaş	$51,4 \pm 7,9$
Eğitim Durumu (Yıl)	$11,4 \pm 2,3$
Sosyal durumu (evli)	17
(bekar)	3

Değerler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre, uyku bozukluğu gösteren hastalarda ortalama alkole başlama yaşı $21,4 \pm 6,6$; ortalama alkol kullanma süresi $377,1 \pm 131,5$ aydır. Hastaların alkolü bıraktıkları ara dönemdeki toplam süre ise ortalama $18 \pm 12,6$ ay olarak saptanmıştır. Ortalama günlük alkol kullanım miktarları saf alkol (cl) olarak hesaplanmış olup, $31,6 \pm 14,6$ cl'dir. Hastaların birinci derece yakınlarındaki alkol kullanım öyküsü olanların ortalama sayısı $1,2 \pm 1,9$ 'dur. Hamilton Depresyon Ölçeği puanı ortalaması $6,0 \pm 3,7$; Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ortalaması $9,4 \pm 5,1$, Michigan Alkolizm Tarama Testi ortalaması ise $27,7 \pm 7,8$ çıkmıştır. Bu grupta kişilerin yaşam boyu alkol kullanma epizot sayıları ortalama $6,8 \pm 6,8$ 'dir. (bkz. Çizelge 4.2.)

Çizelge 4.2. Uyku bozukluğu gösteren hastaların test sonuçları
(Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ≥ 5 olanlar)

<u>Alkole başlama yaşı</u>	<u>21,4 ± 6,6</u>
<u>Kullanma süresi (ay)</u>	<u>377,1 ± 131,5</u>
<u>Alkolsüz süre (ay)</u>	<u>18,0 ± 12,6</u>
<u>Günlük Alkol kullanma miktarı (saf cl)</u>	<u>31,6 ± 14,4</u>
<u>Ailede alkol kullanan sayısı</u>	<u>1,2 ± 1,9</u>
<u>Hamilton Depresyon Ölçeği</u>	<u>6,0 ± 3,7</u>
<u>Hamilton Anksiyete Ölçeği</u>	<u>9,4 ± 5,1</u>
<u>Michigan Alkolizm Tarama Testi</u>	<u>27,7 ± 7,8</u>
<u>Alkol kullanma epizot sayısı</u>	<u>6,8 ± 6,8</u>

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre, uyku bozukluğu göstermeyen hastalarda ortalama alkole başlama yaşı $22,1 \pm 5,2$; ortalama alkol kullanma süresi $326,3 \pm 131,3$ aydır. Hastaların alkolü bıraktıkları ara dönemdeki toplam süre ise ortalama $20,2 \pm 13,4$ ay olarak saptanmıştır. Ortalama günlük alkol kullanım miktarları saf alkol (cl) olarak hesaplanmış olup, $30,6 \pm 6,8$ cl'dir. Hastaların birinci derece yakınlarındaki alkol kullanım öyküsü olanların ortalama sayısı $1,5 \pm 2,3$ 'dur. Hamilton Depresyon Ölçeği puanı ortalaması $3,2 \pm 2,6$; Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı ortalaması $3,7 \pm 2,7$, Michigan Alkolizm Tarama Testi ortalaması ise $32,3 \pm 7,4$ çıkmıştır. Bu grupta kişilerin yaşam boyu alkol kullanma epizot sayıları ortalama $3,8 \pm 3,3$ 'dür. (bkz. Çizelge 4.3)

Çizelge 4.3. Uyku bozukluğu göstermeyen hastaların test sonuçları
(Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi <5 olan hastalar)

<u>Alkole başlama yaşı</u>	<u>22,1 ± 5,2</u>
<u>Kullanma süresi (ay)</u>	<u>326,3 ± 131,3</u>
<u>Alkolsüz süre (ay)</u>	<u>20,2 ± 13,4</u>
<u>Günlük alkol kullanma miktarı (saf-cl)</u>	<u>30,6 ± 6,8</u>
<u>Ailede alkol kullanan sayısı</u>	<u>1,5 ± 2,3</u>
<u>Hamilton Depresyon Ölçeği</u>	<u>3,2 ± 2,6</u>
<u>Hamilton Anksiyete Ölçeği</u>	<u>3,7 ± 2,7</u>
<u>Michigan Alkolizm Tarama Testi</u>	<u>32,3 ± 7,4</u>
<u>Alkol kullanma epizot sayısı</u>	<u>3,8 ± 3,3</u>

Değerler ortalama ±standart sapma olarak verilmiştir.

Alkol sedasyon ve anksiyolitik özelliği olan bir maddedir. Alkolün bu özelliğini keşfeden kişiler uykusuzluk ve huzursuzluk durumunda alkolün bu etkilerinden faydalanmak amacıyla alkole yönelirler. Bu tez çalışmasında alkolün bu amaçla kullanımını tanımlamak için self medikasyon terimi kullanılmıştır.

Çizelge 4.4. Uyku bozukluğu ve self medikasyon ilişkisi

	Self medikasyon yok	Self medikasyon var	Toplam	
PUKİ	Uyku bozukluğu yok	13	3	16
	Uyku bozukluğu var	4	10	14
	Toplam	17	13	30

$$X^2 (1) = 8.438 \quad P=0,004$$

Uyku bozukluğu olan ve olmayan hastaların self medikasyon amaçlı alkol kullanımları ki kare testi ile analiz edildi. Uyku bozukluğu olmayan 16 hastanın sadece 3 tanesi self medikasyon amaçlı alkol kullanırken; uyku bozukluğu olan toplam 14 hastadan 10 tanesi self medikasyon amaçlı alkol kullanmaktadır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,004$) (bkz. Çizelge 4.4)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre uyku bozukluğu olan hastaların HAM-D toplam ortalamaları $6 \pm 3,7$ iken uyku bozukluğu olmayan grupta bu değer $3,2 \pm 2,6$ ' dir. Student-t testi ile yapılan analizde aradaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p= 0,022$, $P<0,05$) (bkz. Çizelge 4.5.)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre uyku bozukluğu olan hastaların HAM-A toplam ortalamaları $9,4 \pm 5,1$ iken uyku bozukluğu olmayan grupta bu değer $3,7 \pm 2,7$ ' dir. Student-t testi ile yapılan analizde aradaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p= 0,001$, $P<0,05$) (bkz. Çizelge 4.5)

Çizelge 4.5. Uyku bozukluğu olan ve olmayan grupta HAM-D ve HAM-A sonuçları

	HAM-D	HAM-A
	n	14
PUKI $\geq 5,00$	Ort. \pm SD	$6 \pm 3,7$
	n	16
PUKI $< 5,00$	Ort. \pm SD	$3,2 \pm 2,6$
	t	2,428
	Serbestlik Derecesi	28
	p	0,022
		0,001

Eğit varyanslarda Student-t testi (koyu p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Uyku bozukluğu olan hastaların alkol kullanım epizotları ortalaması $6,8 \pm 6,8$ iken uyku bozukluğu olmayanlarda bu değer ortalama $3,8 \pm 3,25$ 'dir. Eşit olmayan varyanslarda student-t testi analizinde bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,005$, $p<0,05$) (bkz. Çizelge 4.6.)

Uyku bozukluğu olan hastaların günlük alkol alım miktarı ortalaması $31,6 \pm 14,4$ iken uyku bozukluğu olmayanlarda bu değer ortalama $30,6 \pm 6,8$ 'dir. Eşit olmayan varyanslarda student-t testi analizinde bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,027$, $p<0,05$) (bkz. Çizelge 4.6)

Çizelge 4.6. Uyku bozukluğu olan ve olmayan hasta grubunda, alkol kullanım epizodu sayısı ve günlük alkol alım miktarı analizi

	Alkol kull. Epizodu sayısı	Günlük Alkol Alımı
	n	14
PUKI $\geq 5,00$	Ort. \pm SD	$6,8 \pm 6,8$
	n	16
PUKI $< 5,00$	Ort. \pm SD	$3,8 \pm 3,25$
	t	1,503
	Serb. Der.	18,161
	p	0,15
	F	9,181
	p	0,005
		0,027

Eşit olmayan varyanslarda Student-t testi (koyu p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır)

Uyku bozukluğu olan ve olmayan iki grup arasında; yaş, alkole başlama yaşı, alkol toplam kullanım süresi, toplam alkol kullanmama süresi, hastanın birinci derece yakınlarda alkol kullanım öyküsü olan kişi sayısı ve Michigan Alkolizm Tarama Testi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Alkol kullanma süresi ile hasta yaşı ve alkole başlama yaşı arasında çoklu varyasyon analizinde pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Günlük alkol kullanım miktarı ile alkol kullanım epizodu sayısı ve alkol başlama yaşı arasında çoklu varyasyon analizinde pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). (bkz. Çizelge 4.7)

Çizelge 4.7. Yaş, alkol kullanım epizodu sayısı ve alkol başlama yaşı ile alkol kullanma süresi ve Günlük alkol kullanım miktarı arasındaki ilişki

	Alkol kullanma Süresi	Günlük alkol kullanma miktarı	
	r	r	n
Yaş	0,831	-0,154	30
Alkol kullanım epizodu sayısı	0,112	0,425	30
Alkol başlama yaşı	-0,455	-0,369	30

r = Pearson product korelasyon katsayısı
(Koyu renk p değerleri $<0,05$)

Alkol kullanım epizodu ile HAM-D , HAM-A, MATT ve PUKI toplam puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). (bkz. Çizelge 4.8.)

Alkol başlama yaşı ile yalnızca HAM-D toplam puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (bkz. Çizelge 4.8.)

Çizelge 4.8. Psikometrik ölçeklerle yaş, alkol kullanım epizodu sayısı ve alkol başlama yaşı arasındaki ilişki

	HAM-D_T	HAM-A_T	MATT_T	PUKI_T	
	r	r	R	r	n
Yaş	-0,083	0,175	-0,334	-0,039	30
Alkol kullanım epizodu sayısı	0,348	0,362	0,418	0,376	30
Alkol başlama yaşı	-0,392	-0,164	-0,081	-0,183	30

r = Pearson product korelasyon katsayısı
(Koyu renk p değerleri $<0,05$)

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi birinci komponenti (Öznel uyku kalitesi) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Self medikasyon amaçlı alkol kullanan hasta grubundan PUKI birinci komponentinden 2 puan alan hasta sayısı 6 iken; Self medikasyon amaçlı alkol alımın olmayan hastalarda PUKI birinci komponentinden 2 puan alan hasta yoktur. (bkz. Çizelge 4.9.)

Çizelge 4.9. PUKI komponent 1 ile self medikasyon arasındaki ilişki

	K1 puan	Self medikasyon		Toplam
		Yok	Var	
PUKI_K1	0	3	2	5
	1	14	5	19
	2	0	6	6
	Toplam	17	13	30

$$X^2(2)=10.110 \quad p=0.006 \quad P<0.01$$

Çizelge 4.10. PUKI komponent 2 ile self medikasyon arasındaki ilişki

	K2 puan	Self medikasyon		Toplam
		Yok	Var	
PUKI_K2	0	8	1	9
	1	7	1	8
	2	2	5	7
	3	0	5	5
	5	0	1	1
	Toplam	17	13	30

$$X^2(4)=16.999 \quad p=0.002 \quad P<0.01$$

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi ikinci komponenti (uykuya dalış süresi) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Self medikasyon amaçlı alkol kullanan hasta grubundan PUKI ikinci komponentinden 2 puan alan hasta sayısı 5, 3 puan alan hasta sayısı 5 ve 5 puan alan hasta sayısı 1 iken; Self medikasyon amaçlı alkol alımın olmayan hastalarda PUKI ikinci komponentinden 2 puan alana hasta sayısı 2, 3 ve 5 puan alan hasta yoktur. (bkz. Çizelge 4.10.)

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi üçüncü komponenti(uyku süresi) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir. ($X^2(3)=3.377$ $p=0.337$ $p>0.05$)

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi dördüncü komponenti (alışılmış uyku etkinliği) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Self medikasyon amaçlı alkol kullanan hasta grubundan PUKI dördüncü komponentinden 2 puan alan hasta sayısı 2, 3 puan alan hasta sayısı 3 iken; Self medikasyon amaçlı alkol alımın olmayan hastalarda PUKI dördüncü komponentinden 2 ve 3 puan alan hasta yoktur.(bkz. Çizelge 4.11)

Çizelge 4.11. PUKI komponent 4 ile self medikasyon arasındaki ilişki

	Self medikasyon		Toplam	
	K4 puan	Yok		Var
PUKI_K4	0	15	6	21
	1	2	2	4
	2	0	2	2
	3	0	3	3
Toplam		17	13	30

$X^2(3)=8.474$ $p=0.037$ $p<0.05$

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi beşinci komponenti (uyku bozukluğu) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Self medikasyon amaçlı alkol kullanan hasta grubundan PUKI beşinci komponentinden 2 puan alan hasta sayısı 4 iken; Self medikasyon amaçlı alkol alımum olmayan hastalarda PUKI beşinci komponentinden 2 puan alan hasta yoktur. (bkz. Çizelge 4.12)

Çizelge 4.12. PUKI komponent 5 ile self medikasyon arasındaki ilişki

	Self medikasyon			Toplam
	K5 puan	Yok	Var	
PUKI_K5	0	4		4
	1	13	9	22
	2	0	4	4
Toplam		17	13	30

$$X^2(2)=8.342 \quad p=0.015 \quad p<0.05$$

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi altıncı komponenti(uyku ilacı kullanımı) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir. ($X^2(3)=5.962$ $p=0.113$ $p>0.05$)

Pittsburgh Uyku kalitesi indeksi üçüncü komponenti (gündüz işlev bozukluğu) ile self medikasyon amaçlı alkol kullanma veya kullanmama arasında X^2 analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir. ($X^2(2)=3.866$ $p=0.145$ $p>0.05$)

5. TARTIŞMA:

Bu tez çalışmasında çalışmaya alınan 30 erkek hastada uyku bozukluğu oranı %46,7 bulunmuştur. Hastaların 14 tanesinde uyku bozukluğu saptanmış olup 16 tanesinde uyku bozukluğu saptanmamıştır. Uyku bozukluğu olan 14 hastada self medikasyon amaçlı alkol kullanım oranı %72 iken uyku bozukluğu olmayan 16 hastada self medikasyon amaçlı alkol kullanım oranı %18'dir. Çalışmaya alınan hastaların tümünde self medikasyon amaçlı alkol kullanım oranı %43 bulunmuştur.

Kirk J Brower (82) 172 kadın ve erkek hastada yapmış olduğu çalışmada uyku bozukluğu oranını %60,5 bulmuştur. Brower'in çalışmasında hastalar alkol detoksifikasyonundan iki hafta sonra değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasındaki oran %46,7 bulunmuştur. Ancak hastalar alkol detoksifikasyonundan 3 hafta sonra değerlendirmeye alınmıştır. İki çalışma arasındaki uyku bozukluğu oranlarındaki fark değerlendirmeye alınma süreleri arasındaki farktan kaynaklanıyor olabilir.

Kirk J. Brower'in (82) çalışmasında tüm hastalardaki self medikasyon amaçlı alkol kullanım oranı %59,5'dir. İki çalışma arasındaki bu oranlardaki farklılık değerlendirmeye alınma zamanlarından kaynaklanabileceği gibi her iki çalışmaya dahil edilen bireylerin sosyal ve kültürel farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Yani toplumlardaki alkol kullanımının "ifade edilebilirliği" ile ilişkilidir denilebilir.

Daha önce yapılan bazı çalışmalarda (58) alkol kullanan şizofreni hastalarında self medikasyon amaçlı alkol kullanımının %56 olduğu bildirilmektedir. Bu tez çalışmasında majör psikiyatrik tanuların eşlik ettiği (şizofreni, majör depresyon, majör anksiyete bozukluğu) hastalar değerlendirilmeye alınmamıştır.

Ö. A. Kalyoncu ve arkadaşlarının (12) bir çalışmasında alkol kullanan hastalarda relaps nedenleri arasında %61 oranında depresif duygulanımın rolü olduğu belirtilmiştir. Bu tez çalışmasına HAM-D puanı 16 ve üstünde olan hastalar değerlendirmeye alınmamıştır. Uyku bozukluğu olan ve olmayan grup arasında HAM-D toplam puanları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır. Hastalarda majör depresyon olmamasına karşın HAM-D toplam puanları açısından uyku bozukluğu olan ve olmayan grup arasındaki anlamlı istatistiksel fark, uyku bozukluğu olan alkol hastalarında depresyonun ekarte edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu tez çalışmasına HAM-A puanı 16 ve üstünde olan hastalar değerlendirmeye alınmamıştır. Uyku bozukluğu olan ve olmayan grup arasında HAM-A toplam puanları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır. Hastalarda majör anksiyete bozukluğu olmamasına karşın HAM-A toplam puanları açısından uyku bozukluğu olan ve olmayan grup arasındaki anlamlı istatistiksel fark, uyku bozukluğu olan alkol hastalarında anksiyete bozukluklarının ekarte edilmesi gerektiğini göstermektedir.

İ. Ö. İlhan ve Y. B. Doğan'ın (72) bir çalışmasında alkol relapsının "beyindeki ödüllendirme düzeneği" ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. "Beynin ödüllendirme düzeneği" beyin biyokimyası-nörotransmitter dengesi ile yakından ilişkilidir. Bu konuda en önemli maddeler serotonin ve dopamindir ve bu maddelerin fizyolojik uyku süreçlerinin temel kimyasal maddelerini teşkil ettiği bilinmektedir. Bu tez çalışmasında uyku bozukluğu olan hastalardaki alkol kullanım epizot sayısı, uyku bozukluğu olmayan hastalardan fazladır ve aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca uyku bozukluğu olan hastalardaki günlük alkol kullanım miktarı da uyku bozukluğu olmayanlara göre daha fazladır ve yine aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durumda uyku bozukluğunun varlığı alkol alım miktarını ve alkol kullanımı epizot sayısını artıran anlamlı bir faktördür.

Alkol kullanma epizot sayısı ile günlük alkol alım miktarı arasında da pozitif korelasyon vardır. Bu da hastaların alkole duydukları ihtiyacı alkol tedavisine dirence neden olduğunu göstermektedir.

HAM-D, HAM-A, MATT ve PUKI toplam puanları ile alkol kullanım epizod sayısı arasında pozitif korelasyon vardır. Bu da alkol bağımlılarında depresyon ve anksiyetenin önemli bir komponent olabileceğini ve değerlendirmede dikkate alınması gerektiğini gösterir. MATT toplam puanı ile olan pozitif korelasyon ise alkol bağımlılarında epizod sayısı arttıkça sosyal alandaki sorunların daha da arttığını ya da sosyal alandaki sorunların alkol kullanım epizodlarının artmasına neden olduğunu düşündürür. PUKI toplam puanı ile alkol kullanma epizodu sayısı arasındaki pozitif korelasyon daha önce de değindiğimiz gibi uyku bozukluğunun alkol bağımlılarında tedavi sürecinde önemli bir sorun olduğunu gösterir. Bağımlılar uyku bozukluğu nedeniyle self medikasyon amaçlı alkol alımına başlayabilir ya da alkol tedavisi sürecinde uyku bozukluğu tedaviyi güçleştirir.

Bu tez çalışmasında alkolizmin başlama yaşının ortalama üçüncü dekatın başlarına denk düştüğü gözlenmiştir. Ayrıca alkole başlama yaşı ile alkol kullanma süresi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu da alkolizmin temellerinin erken erişkinlik döneminde atıldığını gösterir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi komponentlerinden öznel uyku kalitesini ölçen birinci komponent, uykuya dalış süresini ölçen ikinci komponent, alışılmış uyku etkinliğini gösteren dördüncü komponent ve uyku bozukluğunu gösteren beşinci komponentten, self medikasyon amaçlı alkol kullanımı olan hasta grubu daha çok puan almıştır. Diğer taraftan uyku süresini gösteren üçüncü komponent, uyku ilacı kullanımını gösteren altıncı komponent ve gündüz işlev bozukluğunu gösteren yedinci komponent puanları self medikasyon amacıyla alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında fark göstermemiştir.

Uyku bozukluğu kronik alkol kullanımının bir çekilme belirtisi olarak da değerlendirilebilir (66) Bu nedenle bu durum kronik alkol kullanıcılarının alkole yönelmelerini kolaylaştırmaktadır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Alkol bağımlılarında uyku bozuklukları sık görülmektedir. Uyku bozukluğu olan alkol hastalarında alkol kullanım epizodu sayısı ve günlük alkol alım miktarı fazladır. Uyku bozuklukları nedeniyle self medikasyon amaçlı alkol alımı alkol relaps ve nüksünün önemli bir nedenidir.

Uyku bozuklukları alkol bağımlılarında tedavi sürecinde bir kilit noktayı teşkil etmekte ve alkol relapsında kırılma noktası olarak karşımıza çıkmaktadır.

Alkol bağımlılarının uyku bozukluklarının giderilmesi alkol relaps ve nüksünü azaltacak bir tedavi basamağı olarak belirlenmelidir.

Alkol bağımlısı kişilerde uyku bozukluğuna neden olabilecek diğer majör psikiyatrik hastalıklar (majör depresyon, majör anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar) araştırılmalı ve tedavide dikkate alınmalıdır. Alkol bağımlısı hastalarda majör psikiyatrik hastalıkların dışında dışlanamamış pek çok bedensel, sosyal ve ekonomik sebepler var olabilir. Ancak bunları ayırt etmek, saptamak ve dışlamak pratik açıdan bakıldığında kolay gözükmemektedir.

Uyku bozukluklarında uyku örüntüsünün bozulduğu alanlar için şunlar söylenebilir; Öznel uyku kalitesinin bozukluğu, uyku latansının uzaması, uyku süresinin azalması, alışılmış uyku etkinliğinin azalması, uyku ilacı kullanım ihtiyacı ve uyku bozukluğuna bağlı gündüz işlev bozukluklarıdır. Bu tez çalışmasında deneklerin kendilerinin doldurduğu bir ölçek olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile uyku bozuklukları subjektif olarak taranmıştır. Bu grup hastalarda polisomnografik uyku çalışmaları ile bu subjektif verilerin desteklenmesi sonuçları daha objektif kılacaktır. Uyku örüntüsündeki hangi alanların bozukluğunun alkol kullanımı ile ilişkili olduğunun objektif olarak saptanması tedavi konusunda bize yol gösterecektir.

Ayrıca uyku bozukluğunun giderilmesinin alkol relaps ve nüksünü azaltacağı hipotetik bir düşüncedir. Bu nedenle uzun süreli ileriye dönük iyi

yapılandırılmış çift kör izlem çalışmalarının bu hipotezi aydınlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın verileri ve istatistikî sonuçları, uzun süreli ileriye dönük çalışmalarla doğrulanacaktır.

ÖZET

Bu tez çalışmasında alkol bağımlılarında uyku bozukluğunun self-medikasyon amaçlı alkol kullanımı ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya DSM-IV alkol bağımlılığı kriterlerini karşılayan 30 hasta alınmıştır. Alkol detoksifikasyon tedavisinden 3 hafta sonra bu hastalara SCID-I, HAM-D, HAM-A, PUKI, MATT verilmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir. Hastaların %46,6'sında uyku bozukluğu saptanmıştır. Uyku bozukluğu olan hastalarda self medikasyon amaçlı alkol alımı oranı, HAM-D ve HAM-A toplam puanları, günlük alkol alım miktarları ve alkol kullanım epizod sayıları anlamlı olarak uyku bozukluğu olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak uyku bozukluğu alkol bağımlılığında tedavi sürecinde dikkat edilmesi gereken önemli bir faktördür.

KAYNAKLAR

1. Ünal M., Özpoyraz N.; Alkol Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar ; Güleç C., Köroğlu E.; Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, 1997.
2. Marc A., Schuckit, MD ; Alcohol-Related Disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (ed) : Comprehensive Textbook of Psychiatry / VIII , Williams and Wilkins, Baltimore, 2005.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten Çev. Edt. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
4. Öztürk M.O. ; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yenilenmiş 10. Basım, Ankara, 2004.
5. Kongre Bildirimleri Özet Kitabı : 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi . Antalya, 2003.
6. Martin PR, MD. And Hubbard JR : Madde kullanımına Bağlı Bozukluklar,(Çev Edt: Birsöz S., Karaman T.) ; Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Ankara, 2003.
7. Grant BF ; The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence ; Alcohol Health and Research World, 1998: 144-148.
8. Abay E, Ateş İ ; Bağımlılığın Genetiği; Bağımlılık Dergisi, 2000: 68-70.

9. Nilsson, Kent W, Sjöberg, Rickard L, Mattios, Alm, Per Olof, et al. ; Role of the Serotonin Transporter Gene and Family Function in Adolescent Alcohol Consumption ; Research Society on Alcoholism, 2005:564-570

10. Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, Öğün E, Şimşek T; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencilerinde Sigara , Alkol, Madde Kullanımı; Bağımlılık Dergisi, 2001: 49-52.

11. Köknel Ö; Alkol ve Madde Bağımlılığının Alt Kültürü; Bağımlılık Dergisi, 2001: 71-76

12. Kalyoncu ÖA, Mırsal H, Pektaş Ö, Yazıcı AH, Mırsal N, Beyazyürek M; Alkol Bağımlılığında Nüks Nedenleri: Kesitsel Bir Çalışma; Bağımlılık Dergisi, 2001: 61-63.

13. Özdemir F, Ersoy MA, Kayahan B; Alkol Bağımlıları ve Sosyal İçicilerin Sosyal Fobik Özellikler Açısından Karşılaştırılması; Psychiatry in Türkiye, Vol.7;2005:1-6.

14. Akvardar Y; Alkol Bağımlılarında Kişilik Özellikleri ; Bağımlılık Dergisi, 2003;4:26-30.

15. Stefen M. Stahl; Temel Psikofarmakoloji, Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları. Çev. Edt: Taneli B, Taneli Y. / Cambridge University Press, 2000.

16. Jr. Numberger JI, Foroud Tatiana, Flury L, Meyer ET, Wiegand R ; Is there a genetic relationship between alcoholism and depression ; Alcohol Research and Health, 2002, Vol 26 : 233-241.

17. Modesto-Lowe V, Kranzler HR ; Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders ; Alcohol Research and Health , 1999, Vol.23: 144-150.

18. Program ve Bildiri Özet Kitabı : VIII. Bahar Sempozyumu. Antalya, 2004.
19. Dilbaz N, Aytekin Y ; Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyeti ; Bağımlılık Dergisi, 2003;4: 1-9.
20. Evren C, Eken B, Çakmak D; Alkol Bağımlılarında Aleksitimi ve Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları ile İlişkisi; Bağımlılık Dergisi, 2003;4: 47-52.
21. Sonne SC, Bardy KT ; Bipolar disorder and alcoholism ; Alcohol Research and Health, 2002, Vol.26: 103-109.
22. Grant JE, Kushner MG, Kim SW ; Pathological gambling and alcohol use disorder ; Alcohol Research and Health, 2002: 143-151.
23. Jindal RD, MD, Buysse DJ, MD, Thase ME, MD; Maintenance Treatment of Insomnia ; What can We Learn From the Depression Literature ? Am J Psychiatry 2004; 161: 19-24.
24. Foster JH, Peters TJ, Kind P ; Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption : a complex interaction; Addiction Biology ; 2002: 55-65.
25. Lustberg L, Reynolds CF; Depression and insomnia; question of cause and effect. Sleep Medicine Reviews, Vol 4; 2000: 253-262.
26. Brunella N, Armitage R, Feinberg I, Trachler EH, Leger D, Linkowski P; Depression and Sleep Disorders: Clinical Relevance, Economic Burden and Pharmacological Treatment, Neuropsychobiology, 2000:107-119.
27. Thase ME, MD; Treatment Issues Related to Sleep and Depression, J Clin Psychiatry; 2000,61: 46-50

28. Schuckit MA, Tip JE, Bergman M, Reich W; Composition of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics; *Am J Psychiatry*, Vol.154; 1997: 948-958.

29. Kupfer DJ, MD; Pathophysiology and Management of Insomnia During Depression; *Annals of Clinical Psychiatry*, 1999: 267-276.

30. Book SW, Randall CL; Social anxiety disorder and alcohol use ; *Alcohol Research and Health*, 2002: 130-138.

31. Schade A, Marquenie LA, Balkon MV, Koeter MWJ, BEURS EB, Brink WV, Dyck RV ; Alcohol-Dependent Patients with Comorbid Phobic Disorders ; A Comparison Between Comorbid Patients, Pure Alcohol-Dependent and Pure Phobic Patients ; *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 39, 2004: 241-246.

32. Schneider U, Altmann A, Bauman M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, et al. ; Comorbid Anxiety and Affective Disorder in Alcohol-Dependent Patients Seeking Treatment ; The First Multicentre Study in Germany ; *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 36, 2001: 219-223.

33. Book SW, Randal CL, PhD; Social Anxiety Disorder and Alcohol Use ; *Alcohol Research and Health* ; 2002: 130-135.

34. Drake RE, Musser KT ; Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia ; *Alcohol Research and Health*: 2002, Vol. 26: 99-103.

35. Kovacs EJ, Messingham KAN ; Influence of alcohol and gender on immune response; *Alcohol Research and Health* 2002, Vol. 26: 257-264.

36. Zhu W, Volkow ND, Ma Y, Fowler JS, Wang GJ ; Relationship Between Ethanol-Induced Changes in Brain Regional Metabolism and Its

Motor, Behavioural and Cognitive Effects ; Alcohol & Alcoholism, Vol. 39, 2004 : 53-58.

37. Martin PR, MD, Singleton CK, PhD, Sturmhöfel SH, PhD ; The Role of Thiamin Deficiency in Alcoholic Brain Disease ; Search NIAAA, July 2004.

38. Lovinger DM ; Serotonin's role in alcohol's effects on the brain ; Alcohol Health and Research World, 1997, Vol. 21: 114-121.

39. Emanuele N, Emanuele MA ; The endocrine System ; Alcohol Health and Research World, 1997, Vol.21: 53-65.

40. Apte MV, Wilson JS, Karsten MA ; Alcohol-related pancreatic damage ; Alcohol Health and Research World, 1997, Vol.21: 13-21.

41. Epstein M ; Alcohol's impact on kidney function ; Alcohol Health and Research World, 1997: 84-92.

42. Bode C, Bode JC ; Alcohol absorption, metabolism, and production in the gastrointestinal tract ; Alcohol Health and Research World, 1997: 82-84.

43. Turner RT, Sibonga JD ; Effects of alcohol use and estrogen on bone ; Alcohol Research and Health, 2001: 276-282.

44. Mukamal KJ, Rim EB ; Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease ; Alcohol Research and Health, 2001: 255-262.

45. Tyas SL ; Alcohol use and the risk of developing Alzheimer's disease ; Alcohol Research and Health , 2001: 299-307.

46. Coşar S, Coşar B, Özdemir H, Arıkan Z; Alkol Bağımlılarında Biyokimyasal Parametreler ve Doppler Ultrasonografi; Karaciğer Hasarının Saptanmasında Yeterlilikleri; Psychiatry in Türkiye, Vol.7;2005:15-24.

47. Butterworth RF, PhD, D Sc ; Hepatic Encephalopathy-A serious Complication of Alcoholic Liver Disease ; Search NIAAA , July 2004.

48. Camellia PC, Gillin JC, Golshan S, Demodena A, Smith TL, Danowski S ; Increased REM Sleep Density at Admission Predicts Relapse by Three Months in Primary Alcoholics With a Lifetime Diagnosis of Secondary Depression. Society of Biological Psychiatry, 1998; 601-607.

49. Volavka, Jan MD, PhD, Czobor, Pal PhD, Goodwin, Donald W, MD, Gabrielli, William F Jr, MD, et al; The Electroencephalogram After Alcohol Administration in High-Risk Men and the Development of Alcohol Use Disorders 10 Years Later: Preliminary Findings ; Archives of General Psychiatry, Volume 53(3), March 1996: 258-263.

50. Irwin M, Miller C, Gillin JC, Demodena A, Ehlers CL; Polysomnographic and Spectral Sleep EEG in Primary Alcoholics: An Interaction Between Alcohol Dependence and African-American Ethnicity; Alcohol Clin Exp Res, Vol.24; 2000: 1376-1384.

51. Bon OL, Werbanck P, Hoffmann G, Murphy JR, Staner L; Sleep in Detoxified Alcoholics: Impairment of Most Standard Sleep Parameters and Increased Risk for Sleep Apnea, but not for Myoclonias – A Controlled Study, Journal of Studies on Alcohol, 1997: 30-36.

52. Foster JH, Peters TJ; Impaired Sleep in Alcohol Misusers and Dependent Alcoholics and the Impact Upon Outcome; Alcohol Clin Exp Res, Vol.23, 1999:1044-1051.

53. Aldrich MS, Shipley JE, Tandon R, Kroll PD and Brower KJ; Sleep-Disordered Breathing in Alcoholics: Association with Age, Alcohol Clin Exp Res, Vol 7, 1993: 1179-1183.

54. Brower KJ, Hall JM; Effects of Age and Alcoholism on Sleep ; A Controlled Study; Journal of Studies on Alcohol, 2001: 335-343.

55. Lobo LL and Tufik S; Effects of Alcohol on Sleep Parameters of Sleep-Deprived Healthy Volunteers; American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society, 1997: 52-59.

56. Tan ETH, Lambie DG, Johnson RH, Robinson DJ, Whiteside EA; Sleep apnoea in alcoholic patients after withdrawal; Clinical Science , 1985: 655-661.

57. Landolt HP, Gillin JC ; Sleep Abnormalities During Abstinence in Alcohol-Dependent Patient Aetiology and Management. CNS Drugs ; 2001: 413-425

58. Brower KJ; Insomnia, alcoholism and relapse. Sleep Medicine Reviews, Vol.7, 2003: 523-539.

59. Paez X, Myers RD; Alcohol-Induced Poikilothermia, Sleep and Motor Impairment : Actions on Brain of EGTA and Verapamil. Alcohol, Vol. 6. 1989; 489-498.

60. Zimatkin SM, Liopo AV, Slychenkow VS, Deitrich RA; Relationship of Brain Ethanol Metabolism to the Hypnotic Effect of Athanol. I: Studies in Outbred Animals, Alcohol Clin Exp Res, Vol.25, 2001: 976-981.

61. Olivier LB, MD, Murphy JR, PhD, Staner L, Hoffman G, PhD; Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol 23; 2003: 377-383.

62. Vandeputte M, Weerd A; Sleep disorders and depressive feelings; a global survey with the Beck depression scale; *Sleep Medicine* 4, 2003: 343-345.
63. Brower KJ, MD; Alcohol's Effects on Sleep in Alcoholics; *Alcohol Research and Health*, 2001; 25,2: 110-125.
64. Liitleton J ; Relaps prevention ; *Alcohol Health and Research World*, 1998: 22-24.
65. Larimer ME, Polmer RS, Merlett GA ; Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model ; *Alcohol Research and Health*, 1999, Vol. 23: 151-161.
66. Myrick H, Malcolm R, Brody KT; Gabapentin Treatment of Alcohol Withdrawal ; *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 1632.
67. Hage MK, Brower KJ; Gabapentin Treatment for Insomnia Associated With Alcohol Dependence; 157, 2000.
68. Kranzler HR, Bursleson JA, Korner P, Boca FKD, Bohn MJ, Brown J, Liebowitz N; Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine as an Adjunct to Relapse Prevention in Alcoholics, *Am J Psychiatry* ; 1995, 152:3: 391-397.
69. Breese, George R, Chu, Kathleen, Dayas, Christopher V, Funk, Douglas, Knapp, Darin J, Kaab, George F, et al. ; Stres Enhancement of Craving During Sobriety: A Risk for Relapse ; *Alcohol Clin Exp Res* , Vol. 29(2), 2005: 185-195.
70. Thase ME, MD ; Antidepressant Treatment of the Depressed Patient with Insomnia; *J Clin Psychiatry* 1999: 28-32.

71. Thase ME, MD ; Depression, Sleep and Antidepressants ; J Clin Psychiatry 1998: 55-65.
72. İlhan İÖ, Doğan YB; Alkol-Madde Bağımlılığında Relapsın Nörobiyolojik Temelleri ; Psychiatry in Türkiye, 2002 (1): 1-4.
73. Kalyoncu ÖA, Karagözoğlu M ; Alkol Bağımlılığında Tek Taraflı Aile Terapisi; Bağımlılık Dergisi, 2003: 31-37.
74. Psikofarmakolojinin Temelleri ve Deneysel Araştırma Teknikleri : Uzbay İ.T. 1. Baskı, Ankara, 2004
75. İlhan İÖ, Demirbaş H, Yarpuz AY, Doğan YB; Alkol Bağımlılarında Remisyon Süresi Üzerinde Etkili Olan Değişiklikler; Bağımlılık Dergisi, 2003;4: 57-61.
76. Pektaş Ö, Mırsal H, Kalyoncu ÖA, Tan D, Beyazyürek M; Remisyonadaki Alkol Bağımlılarında Kontrol Odağı ; Bağımlılık Dergisi, 2003;4:72-75.
77. First MB., Spitzer RL., at all. SCID-I Klinik versiyon. Çev: Çorapçıoğlu A.; Hekimler Yayın Birliği. Medikomat Bas.Yay.Ltd.Şti
78. A Akdemir, S Örsel, İ Dağ, H Türkçapar, N İşcan, H Özbay; Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: (HDDÖ)' nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı; Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996: 4(4): 251-259.
79. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P ; Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği: değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması; Türk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9: 114-117
80. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R ; Michigan Alkolizm Tarama Testinin Geçerliliği ; Ege Tıp Dergisi, 1995; 34(1-2): 15-18.

81. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö ; Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği ; Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(2): 107-115.

82. Brower Kirk J, Aldrich MS, Robinson EAR, Zucker RA, Greden JF; Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism; Am J Psychiatry, 158; 2000: 399-405.

UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

Yaş :

Tarih :

Notlar

Bu sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ayki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız ?
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı ?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz ? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Bu soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ayki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız ?

5. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
6. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
7. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
8. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
9. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
10. Aşırı derecede üşüdünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
11. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
12. Kötü rüyalar gördünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
13. Ağrı duydunuz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla

14. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz.

15. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız ?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

16. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz ?

1. Çok iyi
2. Oldukça iyi
3. Oldukça kötü
4. Çok kötü

17. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

18. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız ?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

19. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu ?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

20. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı ?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var
3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

Her bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun .

21. Gürültülü horlama

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

22. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

23. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

24. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

25. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

PITTSBURG PUANLAMA

Component 1
Uyku kalitesi
1. soru 0 1 2 3

Component 2 : Uyku latansı
1. soru + 5. soru (0=0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3)
2. soru : < 15 dk = 0, 16-30 dk = 1, 31-60 dk = 2, > 60 dk = 3
3. soru 0 1 2 3

Component 3 : Uyku süresi : 4. soru
4. soru : < 5 saat = 0, 6-7 saat = 1, 5-6 saat = 2, > 5 saat = 3

Component 4: Alışılmış uyku etkinliği
Uyku saati (4.soru) / Yatakta geçen total saat (3. soru- 1. soru) X 100
% 85 = 0, % 75-84 = 1, % 65-74 = 2, < % 65 = 3

Component 5 : Uyku bozukluğu : 0 1 2 3
8+9+10+11+12+13+15 (14 varsa) toplamı
0-8 = 0, 9-13 = 1, 14-18 = 2, 19-27 = 3

Component 6 : Uyku ilacı kullanımı
17. soru : 0 1 2 3

Component 7 : Gündüz işlev bozukluğu
18 ve 19. soru : 0 1 2 3
0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3

1. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi ?
2. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz ?(Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.)
3. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu ?
4. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe etikleri veya yakındıkları oldu mu ?
5. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz ?
6. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duyduunuz mu ?
7. Arkadaşlarımız ve yakınlarımız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünmüyorlar mı ?
8. İstediginizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz ?
9. Adsız alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı ?
10. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu ?
11. İçki içmeniz sizinle ; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu ?
12. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?
13. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu ?
14. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu ?
15. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu ?
16. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu ?
17. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız ?
18. Hiç alkolla bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi?
19. Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu ?
20. İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi ?
21. İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu ?
22. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı ? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı ?
23. Sınırsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine , bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı ?
24. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında araba kullandığınız için tutuklandınız mı ? (evet ise kaç kere?)
25. İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu ? (evet ise kaç kere?)

ALTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik

0. Yok

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor

2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

5. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsele hallüsinasyonlar görüyor.

6. İhtihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. Keske ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.

3. İhtiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

4. İhtihar girişiminde bulunmuş (herhangi ciddi bir girişim 4 puanla değerlendirilir)

7. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

3. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir. (Neden olmaksızın)

8. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erken uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erken uyanıyor tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

9. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki uğraşlarıyla ilgide kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki uğraşlarına karşı olan ilgisini kaybetmiş, bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, müte-reddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)

3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yataarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

10. Retardasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

1. Tam stuporda.

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

3. Yüksek anksiyete:

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük şeylere üzümlüyor.

3. Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

5. Somatik anksiyete:

0. Yok

1. Hafif

2. İlimli

3. Şiddetli

4. Çok şiddetli

Anksiyeteyle eşlik eden fizyolojik sorunlar ;

Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp ve geçirme.

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı.

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma.

Terleme

6. Somatik semptomlar (gastrointestinal) ;

0. Yok

1. İştahsız ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç alıyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

7. Somatik semptomlar (genel) ;

0. Yok

1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlanma. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

8. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vs.) ;

0. Yok

1. Hafif

2. Şiddetli

3. Anlaşılamadı.

9. Hipokondriyaklık ;

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.. 4. Hipokondriyaklık sanrıları.

10. Zayıflama (A ya da B yi doldurunuz) ;

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama

2. Kesin kilo kaybı(hastaya göre)

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde;

0. Haftada 0,5 kg dan daha az zayıflama.

1. Haftada 0,5 kg dan fazla olan zayıflama.

11. Durumu hakkında görüşü;

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere bağlıyor. İstirahate ihtiyaç olduğunu düşünüyor.

2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Ad Soyadı : _____

Yaş (gün-ay-yıl) : _____

Referans Hekim : _____

Her bir maddeye ilişkin sorulardan herhangi birine EVET cevabını alırsanız, belirttinin şiddetini madde başına değerlendiriniz. Cevap HAYIR ise, 0 puan (yok) veriniz. Her bir maddede, verilen cevaplar en yüksek şiddet puanını, o maddenin puanı olarak kabul ediniz.

1. KAYGILI DUYGUDURUM

Geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz

nasıl endişeli hissettiniz mi? _____

Her şey olacak beklentisi oldu mu? _____

Her şey olacak hissine kapıldığınız veya çabuk parladığınız

oldu mu? _____

2. GİRGİNLİK

Geçtiğimiz hafta içinde gergin olduğunuz

ne kadar kolayca yorulduğunuz oldu mu? _____

Uykusuz kaldınız mı? _____

Her şeyi ağırlamakla oldunuz mu? _____

Yanlış kararlar aldınız mı, yerinizde

kalmadığınızı veya bir türlü hareket edemediğinizi hissettiniz mi? _____

3. KARANLIK

Geçtiğimiz hafta içinde karanlıktan korktunuz mu? _____

Yabancı insanların davranışlarından korktunuz mu? _____

Yalnız kalmaktan çekindiniz mi, kalabalıklardan, trafikten, kalabalıktan korktunuz mu? _____

4. UYKUSUZLUK

Geçtiğimiz hafta içinde uykunuz nasıldı? _____

Her şey girince uykuya dalmakta zorlandınız mı? _____

- Uykuya dalmanız her zamankine göre nasıl, bazı geceler huzursuz, rahatsız uyuduğunuzu veya dinlenemediğinizi farkettiler mi, uykularınız bölündü mü? Sabah uyandırdığınızda kendinizi yorgun veya halsiz hissettiniz mi? Hiç kötü rüya veya kâbus gördünüz mü? _____

Puan

5. ZİHİNSEL (bilişsel)

- Geçen hafta dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi? (örn: kitap veya dergi okurken, televizyon seyredirken, biriyle konuşurken, araba kullanırken) Hatırlamakta zorlandığınız şeyler oldu mu? _____
- Her zamankine göre (sıkıntıların başlamasından önceki halinize göre) hafızanızda bir değişiklik var mı? _____

Puan

6. ÇÖKKÜN DUYGUDURUM

- Geçtiğimiz hafta kendinizi çökkün (örn: üzüntülü, ümitsiz, ağlamaklı) hissettiniz mi? _____
- Her zaman ilgilendiğiniz şeylere karşı ilgisizlik veya zevk alamama durumu var mı? Hiç sabahları erken uyandınız mı? _____
- Günün belli saatlerinde, örn, sabahları veya akşamları kendinizi daha iyi veya daha kötü hissediyor musunuz? _____
- Sabahları veya öğleden sonra kendinizi ne kadar daha kötü hissettiniz? _____

Puan

11. KAS (kas)

Geçtiğimiz hafta bedeninizi nasıl hissettiniz? _____
Herhangi bir belirtiden herhangi biri _____
Ağrı, sızılar; kaslarda seyirme, _____
(sertlik); diş gıcırdatma; sesin _____
kaslarda gerginlik; kaslarda _____
veya sıçramalar? _____

12. DUYUSAL (duyusal)

Geçtiğimiz hafta içinde kulaklarınızda _____
gürleme oldu mu? _____
Tıknazlık veya gürleme gibi sesler _____
duydunuz mu? _____
Görme bulanıklığı oldu mu? _____
Basması veya üşüme; takatsızlık; _____
fenmeler oldu mu? _____

13. DUYUSAL-DAMAR BELİRTİLERİ

Geçtiğimiz hafta nabzınızda hızlanma _____
oldu mu? Kalbiniz hızlı atıyormuş gibi _____
hissettiniz mi? _____
Göğsünüzde ağrı hissettiniz mi? _____
Solunumunuzun attığını hissettiniz mi, _____
bağlayacak gibi oldunuz mu? _____
Solunumun teklediğini hissettiniz mi? _____

14. SOLUNUM BELİRTİLERİ

Geçtiğimiz hafta göğsünüzde baskı veya _____
hızlanma hissettiniz mi, hiç boğuluyormuş _____
gibi hissettiniz mi? _____
Her zamankinden daha fazla iç _____
tiğiniz mi? _____
Nefes alırken zorlandığınız, güçlükle _____
nefes aldığınız oldu mu? _____
Nefesiniz yetmiyormuş gibi _____
hissettiniz mi? _____

15. MİDE-BARSAK

Geçtiğimiz hafta boyunca hiç midenizde veya _____
solunumunuzda ağrı veya rahatsızlık hissi _____
oldu mu? Yutkunma zorluğu oldu mu? _____
Her zamankinden fazla yellenme _____
oldu mu? Hiç midenizde ekşime, yanma _____
hissettiniz mi? _____

- Hiç karnınızda şişkinlik veya gerilme hissi oldu mu? Mide bulantısı oldu mu? Kustunuz mu? _____
- Midenizde her zamankinden daha fazla guruldama oldu mu? _____
- Barsaklarınızda gevşeklik veya ishal oldu mu? Peklik oldu mu? _____
- Kilo kaybı oldu mu? _____
(Kilo kaybı yarım kilodan azsa, 0 olarak işaretleyin; 1= 0.5-1 kg; 2= 1-2 kg; 3= 2 kg.'dan fazla; 4= Güçsüzleştirir) _____

Puan

12. ÜREME-BOŞALTMA

- Geçtiğimiz hafta her zaman olduğundan daha sık idrara çıktınız mı? Her zamankinden daha sık sıkıştığınızı hissettiniz mi? Adet gecikmesi veya kesilme oldu mu? Adetiniz boyunca aşırı kanama oldu mu? _____
- Geçtiğimiz hafta içinde kendinizi cinsel bakımdan soğuk veya tepkisiz hissettiniz mi? Cinsel dürtü veya isteğinizde azalma oldu mu? Erken boşalma oldu mu? Sertleşme sorunu oldu mu? _____

Puan

13. OTONOM BELİRTİLER

Geçtiğimiz bir hafta içinde aşağıdaki belirtilerden herhangi biri oldu mu? _____

- Ağız kuruluğu? _____
- Her zamankinden daha fazla terleme? _____
- Yüz kızarması, solgunluk, sersemlik/baş dönmesi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması? _____

Puan

14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞLAR

Görüşme sırasında aşağıdaki belirtiler ve/veya davranış her hangi birinin olup olmadığını kaydediniz: _____

- Sürekli kıpırdanma, yerinde duramama veya gezinme, ellerde titreme, çatık kaşlar, gergin yüz ifadesi, iç çekme veya sık soluk alıp verme, yüzde solukluk, şişme, geçirme, canlı refleksler, göz bebeklerinin büyümesi, gözlerin dışa doğru çıkması _____

Puan

14 Maddeli HAM-A Toplam Puanı

0-5: Anksiyete Yok 6-14: Minör Anksiyete > 15: Majör Anksiyete

HASTA BİLGİ FORMU - (Alkol Grubu)

Dosya No :

1. ADI SOYADI :
2. ADRES - TLF :
3. YAŞ :
4. CİNSİYETİ :
5. MESLEĞİ :
6. EĞİTİM DURUMU :
7. MEDENİ DURUMU :
8. İKAMET DURUMU : Yalnız yaşıyor O , Ailesi ile yaşıyor O,
Köyde yaşıyor O, Kentte yaşıyor O
9. ÇOCUK SAYISI-CİNSİYET VE YAŞLARI :
10. HASTALIĞI (Tanısı) :
11. HASTALIĞIN KAÇINCI EPİZODU :
12. ŞİMDİKİ TEDAVİSİ :
13. ÖNCEKİ TEDAVİLERİ :
Kaç kez ayaktan tedavi gördü :
Kaç kez yatarak tedavi gördü :
14. AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ :
15. AİLEDE ALKOL KULLANIM ALIŞKANLIKLARI :
16. ALKOLE BAŞLANGIÇ YAŞI VE KULLANMA SÜRESİ :
17. ALKOLÜ KAÇ KEZ BIRAKTI : 1) Tıbbi yardım almadan
2) Tıbbi yardım olarak
18. ALKOL KULLANMA EPİZODLARININ SÜRESİ : (Her Epizod süresi)
19. ALKOLSÜZ DÖNEMLERİN SÜRESİ : (Her Alkolsüz dönem)
20. GÜNLÜK ALKOL ALIM MİKTARI : (Her epizod için)
21. EN SON ALKOL ALIM TARİHİ :

BAŞKA TIBBİ HASTALIĞI VAR MI :

BAŞKA PSİKİYATRİK HASTALIĞI VAR MI :

UYKU BOZUKLUĞU TANIMLIYOR MU :

UYKU BOZUKLUĞU İÇİN ALKOL KULLANIMI TANIMLIYOR MU
(Self Medikasyon amaçlı)

ALKOLE BAŞLAMADA HANGİ NEDENLER ETKEN :

- (Birden fazla neden gösterilebilir)
- a) Olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlar 0
 - b) Tedavi alma ile ilgili sorunlar 0
 - c) Sosyal baskılar (iş sorunları, ekonomik sorunlar vs.) 0
 - d) Kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar 0
 - e) Dürtü, özlem, istek, alkol içmeyi kontrol etmek isteme 0
 - f) Uykusuzluğu gidermek için 0
 - g) Diğer nedenler 0

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ