

765402

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE BİR YILLIK DÖNEM
BOYUNCA YATAN HASTALARDA ALKOL VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU SIKLIĞI

DR. GONCA KARATAŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR.YUNUS EMRE EVLİCE

ADANA – 2005

TEŐEKKÖR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan
Prof.Dr. Yunus Emre EVLİCE' ye
Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan
Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT' e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL' a, Prof. Dr. Nurgül
ÖZPOYRAZ' a, Prof.Dr. Ayőe AVCI' ya, Yrd. Doç.Dr. Őükrü UĞUZ' a,
tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı
Doç.Dr.Lut TAMAM'a
ve desteklerinden dolayı tüm çalışma arkadaşlarıma

TEŐEKKÖR EDERİM

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	v
ABSTRACT-KEYWORDS	vi
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
2.1.Alkol ve madde bağımlılığı epidemiyolojisi	2
2.1.1.Demografik özellikler	2
2.2.Madde bağımlılığı oluş nedenleri	3
2.2.1.Psikolojik kuramlar	3
2.2.2.Davranışsal kuramlar	3
2.2.3.Biyolojik kuramlar	4
2.3.Madde kötüye kullanım/bağımlılık tanısal ve klinik özellikleri	4
2.4.Psikiyatrik hastalıklarda görülen alkol madde bağımlılığı	6
2.4.1. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda alkol ve madde kullanım bozuklukları	6
2.4.2.Duygudurum bozukluklarında alkol ve madde kullanım bozuklukları	9
GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1.Denekler	13
3.2. Veri toplama araçları	13
3.2.1.Veritoplama formu	13
3.2.2.DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği	13

3.2.3.Michigan Alkolizm tarama testi(MATT)	14
3.2.4.Fagerström nikotin bağımlılık testi	14
3.3. İstatistiksel işlemler	14
BULGULAR	16
TARTIŞMA	27
SONUÇ VE ÖNERİLER	34
KAYNAKLAR	35
EKLER	40
EK-1 Veri toplama formu	40
EK-2 Michigan Alkolizm Tarama Testi	41
EK-3Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	44
ÖZGEÇMİŞ	45



TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1	Klinikte yatan psikiyatrik hastaların sosyodemografik özellikleri	17
Tablo 2	Yatan hastaların psikiyatri birincil tanı dağılımları	18
Tablo 3	Çalışmaya alınan hastalarda görülen tüm madde kullanım bozukluk prevalansı	19
Tablo 4	Çalışmaya alınan hastalarda genel madde kullanım bozuklukları sıklığı	20
Tablo 5	Cinsiyete göre madde kullanım bozuklukları dağılımı	20
Tablo 6	35 yaş gruplamasına göre madde kullanım bozuklukları dağılımı	21
Tablo 7	Medeni hal gruplandırmasına göre madde kullanım bozuklukları dağılımı	21
Tablo 8	Sosyoekonomik düzeye göre madde kullanım bozuklukları dağılımı	21
Tablo 9	Psikotik bozukluklarda madde kullanım bozuklukları dağılımı	23
Tablo 10	Duygudurum bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı	24
Tablo 11	Anksiyete bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı	25
Tablo 12	Somatoform bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı	26

ÖZET

Psikiyatri Kliniğinde Bir Yıllık Dönem Boyunca Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı

Bu çalışmada; psikiyatri kliniğine yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozuklukları yaygınlığını, ruhsal hastalık tanı gruplarına göre alkol ve madde kullanım bozukluklarının bulunma oranlarını belirlemek ve hastalık grupları arasında farklar olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçla Ekim 2003- Eylül 2004 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatan tüm hastalar ele alınmış, klinikte bir günden uzun yatan, onam verebilen 155 hasta çalışmaya alınmıştır. Tüm hastalarda alkol, nikotin ve diğer madde kullanım bozukluklarının varlığı yarı-yapılandırılmış bir görüşme aracılığıyla sorgulanmıştır. Çalışmanın sonuçları psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yüksek oranlarda alkol, nikotin ve madde kullanım bozuklukları olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur. Bir yıllık izlem çalışması sonucu saptadığımız en sık madde kullanım bozuklukları sırasıyla nikotin bağımlılığı (%57.4), alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı (%21.9), ve ardından sedatif/trankilizanlar kötüye kullanımı ya da bağımlılığı (%9) idi. Çalışmamızda psikiyatrik hastalık gruplarının hemen hepsinde yüksek oranda madde kullanım bozuklukları olduğunu saptadık. Nikotin dâhil olmak üzere tüm maddeler bir arada ele alındığında, psikotik bozuklarda %55, duygudurum bozukluklarında %61, anksiyete bozukluklarında %81 oranında madde kullanım bozuklukları görülmüştür. Psikiyatrik hastalıkların tedavi süreci ile ilgilenen hekimlerin mutlaka ek tanıları, madde kullanım bozukluklarını sorgulamalı, gerekli tedavileri geciktirmeden başlamalıdır. Bu konuda daha ayrıntılı bilgiler edinebilmek içinse, genel toplumun tamamını kapsayan geniş örneklem gruplu çalışmalara olan gereksinimiz açıktır.

Anahtar Sözcükler: Alkol, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, nikotin, şizofreni

ABSTRACT

One Year Prevalence of Alcohol and Substance Use Disorder in a Psychiatric Clinic

The aim of this study was to evaluate the prevalence of alcohol and substance use disorders in psychiatric inpatient clinics and determine the frequencies of alcohol and substance use disorder among psychiatric disease groups and find out the differences in between these groups. Thus all patients admitted to inpatients psychiatric clinics of Çukurova University Faculty of Medicine between October 2003 and September 2004 were approached for inclusion into this study, and 155 patients with a hospitalization period longer than one day who provided informed consent were included in the study. All patients included in the study were interviewed with a semi structured interview scale to get information regarding the presence of alcohol, nicotine and other substance use disorder. The results of this study confirmed high rates of alcohol, nicotine and substance use disorder comorbidity in psychiatric inpatients. The results of one year prospective follow up study revealed that 57.4% of patients had nicotine dependence, 21.9% alcohol dependence and misuse and 9% had sedative misuse or dependence. The rate of substance use disorder was high among all psychiatric disorder subgroups. Considering all substances including nicotine together, 55% of patients with psychotic disorder had at least one substance use disorder whereas these figures were 61% and 81% for affective disorders and anxiety disorders respectively. Professionals dealing with treatment of psychiatric disorders should always be aware of substance use disorder comorbidity, and start treatment immediately without causing any delay in treatment. Obviously we need future large prospective studies to get more insight into these dual-diagnose disorders.

Key Words: Affective disorder, alcohol, nicotine, schizophrenia, substance Use Disorder,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde alkol ve madde kullanım bozuklukları en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların, dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artmaktadır ¹.

Psikiyatrik hastalarda psikoaktif madde kullanım bozukluğunun göze çarptığı açıktır ². Son 20 yıldır psikiyatrik bozukluklarla alkol ve madde kullanımının birlikteliği artan şekilde tanımlanmaktadır ³. Başta duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar olmak üzere psikiyatrik hastalıklarda artan oranlar bildirilmektedir. Bir çok çalışmada bu birlikteliğin psikiyatrik hastalığın başlama yaşı, gidişi, tedaviye yanıtı, tekrarlama sıklığı, hastaneye yatış sayısı ve toplumsal işlevselliği olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir ⁴⁻¹⁴.

Bu çalışmada; psikiyatri kliniğine yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozuklukları yaygınlığını, ruhsal hastalık tanı gruplarına göre alkol ve madde kullanım bozukluklarının bulunma oranlarını belirlemek ve hastalık grupları arasında farklar olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi

ABD' de yapılmış yakın dönem bir çalışmanın sonucuna göre halkın madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlığının %16,7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından yaşam boyu yaygınlığı %13,8; alkol dışı maddeler için bu oran %6,2' dir. Bu çalışma sonuçlarına göre en sık kullanılan maddeler alkol ve nikotindir. Kötüye kullanım ve bağımlılık erkeklerde kadınlara göre daha sıktır ⁴. Daha az yaygınlıkla kullanılan maddeler esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiyazepinler, amfetaminlerdir ⁵.

Ülkemizde uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanımı ve satışı ağır cezalandırıcı yasalarla karşı karşıya olduğu için bu kişilerin hekime ve hastaneye başvurmaları daha nadirdir ⁵. Sevinçok ve arkadaşlarının⁶ yaptıkları bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı sigara için %80,2; alkol için %31,9; başka bağımlılık yapan maddeler için %3,6 bulunmuştur. 1990-1992 yılları arasında ABD' de yapılan Ulusal Tarama Çalışması' na göre 15-54 yaş arasında alkol ve tütün dışı madde bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlık oranı %7,5 olarak bulunmuştur. 1993 yılında yapılan bir diğer tarama çalışmasında madde kullanımı için yaşam boyu yaygınlık oranları eroin için %1,1; halusinojenler için %8,7, kokain için %11,3; marijuana için %33,7; yasa dışı maddelerden herhangi birisi için %37,2 olarak belirlenmiştir ¹.

2.1.1. Demografik özellikler

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

2.2. Madde bağımlılığı oluş nedenleri

2.2.1. Psikolojik kuramlar:

Alkol gerginliği gideren, güçlülük duygularını artıran, ruhsal acının etkilerini azaltan bir maddedir. Psikolojik kuramlar bir bölümüyle; gergin bir sosyal ortamda ya da zorlu bir günün ardından alınan düşük dozda alkolün , kişilerin kendilerini iyi duyumsamalarına ve ilişkilerinde rahatlamaya yol açtığı şeklindeki gözlemlere dayanmaktadır ¹. Alkol bağımlılarının hastalık öncesi kişilik yapısı üzerine çok araştırma yapılmıştır. Yapılan düzenli, kontrollü araştırmalar alkolizme özgül bir hastalık öncesi kişilik yapısı göstermemektedir. Madde bağımlılığı olan hastalarda da özgül bir kişilik yapısı tanımlanamamıştır. Psikoaktif madde kullanan kişilerin çoğunda aşırı güvensizlik, bağımlılık, ego zayıflığı, engellenmeye dayanma eşğinde düşüklük, bunaltı, panik, çökkünlük ve ağır yılgınlık durumlarının sık yaşanması; güvensizlik, güçsüzlük ve başarısızlığı kapatabilmek için otoriteye karşı gelme, yasaları ve kuralları çiğneme eğilimi, hazcılığa eğilim gibi özellikler bulunmaktadır. Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplum kesimlerinde alkolizm oranı düşüktür. Toplumsal çevrenin, arkadaş gruplarının, maddenin kolay elde edilebildiği bir ortamın, madde kullanımının güç ve üstünlük sağladığı toplulukların ilaç/madde bağımlılığında rolü büyüktür. Sosyoekonomik bakımdan üst tabakalarda daha sık görüldüğü kesindir. Toplumsal ve bireysel zorlanma etkenleri alkol ve madde alma eğilimini artırabilir. Opiyum preparatları, benzodiyazepin gibi maddelerin hastaya sık ve kolay verilmesi bağımlılığa iatrojenik olarak yol açabilir ⁵.

2.2.2. Davranışsal kuramlar

Madde kötüye kullanımını içeren bazı davranışçı modeller fiziksel bağımlılık belirtilerinden çok madde arayışı içeren davranışlar üzerine odaklanmıştır ⁴. Davranış bilimciler sürekli alkol almayı öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak görürler. Alkol alımının gerginliği azaltan, rahatlatan özellikleri gibi olumlu pekiştirici yanları ilk alkol alımından sonra bu davranışın sürmesinde katkıda bulunur . Aile içindeki alışkanlıklar özellikle ebeveynin içme alışkanlıkları alkol içme alışkanlığını belirlemede etkili olabilmektedir ¹.

2.2.3. Biyolojik kuramlar

Alkolizm adayları daha alkol kullanmaya başlamadan önce alkolün etkilerine düşük tepki verme özelliği ya da yüksek dayanma gücü göstermektedirler. Bu kişiler çok fazla miktarda içseler bile otonomik belirtiler ve sarhoşluk belirtileri daha az olmaktadır. Bu nedenle daha kolay ve daha çok içebilmektedirler . Bu kişilerin alkolik olma riski daha yüksektir. Bu klinik gözlem Schuckit' in araştırmaları ile doğrulanmış görünmektedir. Kimi ırklarda (Japonlar, Koreliler, Tayvanlılar ve Amerikan kızılderilileri) alkole karşı bir dayanıksızlığın olduğu bilinmektedir ⁵.

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

Alkolizmde olduğu gibi başka bağımlılık yapan maddelerin aşırı kullanımında genetik etkenlerin yeri olabileceğine ilişkin veriler giderek artmaktadır. Ancak bu konuda kesin olmayan veriler öngörü aşamasındadır. Genetik geçişin ya doğrudan doğruya bir yatkınlık sağlayan gen yerleşimleri ile ya da patolojik bir kişilik yatkınlığına yol açarak olduğu sanılmaktadır. İkiz ve evlatlık araştırmaları ila/madde bağımlılığında kalıtsal geçişin önemli bir etken olduğu görüşünü desteklemektedir. Eş yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı ve/ veya kötüye kullanımı için eş hastalanma oranı %63 iken çift yumurta ikizleri için bu oran %43' tür. Madde bağımlılığı hastalarının ana babalarında ve kardeşlerinde normal topluma göre daha yüksek oranlarda madde bağımlılığı görüldüğü pek çok çalışma ile desteklenmiştir ¹.

2.3. Madde kötüye kullanım/bağımlılık tanısı ve klinik özellikleri

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DSM-IV' te her bir madde ayrı bir kategori oluşturmak üzere Madde Kullanım Bozuklukları ve Madde Kullanımına

Bağılı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar şeklinde başlıca 2 ana başlık altında sınıflanmaktadır ¹⁵. Madde kullanım bozuklukları ise Madde Bağımlılığı ve madde kötüye kullanımını içermektedir .

Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri¹⁵:

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

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

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri ¹⁵:

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

1. Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması
2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda(örneğin araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması
3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı

4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olma

Tolerans: Bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek daha yüksek dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır.

Kesilme ve yoksunluk sendromu: Kullanılmakta olan madde birdenbire kesilirse bazı fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasıdır.

DSM-IV' te tanımlanan maddeler: alkol, amfetamin, kafein, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opioidler, fensiklidin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik etkili ilaçlardır¹⁵.

2.4. Psikiyatrik hastalıklarda alkol ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı

Psikiyatrik hastalarda psikoaktif madde kullanım bozukluğunun göze çarptığı açıktır. Son 20 yıldır psikiyatrik bozukluklarla alkol ve madde kullanımının birlikteliği artan şekilde tanımlanmaktadır³. Yatan psikiyatri hastalarında sıklığı değişik çalışmalarda %25-75 arasında bulunmuştur⁷⁻⁸. Diğer psikiyatrik hastalıklarla madde kullanım bozukluklarının birlikteliğinin sıklığını hesaplamak için çeşitli çalışmalar uygulanmıştır⁹⁻¹².

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

Madde kullanım bozuklukları eş tanısı şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar için yaygın bir sorundur¹³⁻¹⁴. Şizofreni ve alkolizmin sık olarak birlikte görülmesine ilişkin ilk makaleler 1960 yılında yayınlanmıştır ve bu konu üzerine giderek artan bir ilgi vardır¹⁶⁻²⁰.

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

kıyaslandığında 4,6 kat daha fazla alkol ve/ veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmiştir⁹.

Yatan hastalarda kötüye kullanım/bağımlılık prevalans oranları %12-60 arasında; yaşam boyu kötüye kullanım/bağımlılık oranları ise %48-64 arasında değişmektedir. Ayaktan hastalarda bu oranlar %6-60 arasındadır¹³. Yayınlanmış 32 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren Mueser ve ark.¹⁷, alkol kullanım bozukluğu tanısının %12,3-50 arasında değiştiğini bildirmektedir. Bu gözden geçirme yazısında alkol ve/ veya madde kullanım bozukluğu ek tanısı olan şizofrenili hastaların oranı ise %10-70 arası gibi değişkenlik göstermektedir²¹. Mueser ve ark.²⁰ hastaneye yeni yatmış 325 şizofrenili hastanın %53'ünde, Swofford ve ark.²² ise ayaktan tedavi gören 262 hastanın %55'inde yaşam boyu alkol ve/ veya madde kullanımı olduğunu bildirmişlerdir.

Nikotin, alkol, kannabis ve kokain psikotik hastalarda en sık kullanılan maddelerdir. ABD' de şizofreni hastalarının %70' i nikotin bağımlısıdır. Psikotik hastalarda alkol kullanımı %45-60 arasında değişmektedir. Bu hastalarda kannabis kullanımı ABD' de %31-42 arasında iken; Fransa (%27), İngiltere (%18,7) ve Almanya (%5-13)' da bu oranlar daha düşüktür. Şizofreni hastalarının kokain kullanımı ABD' de %15-50 iken; Avusturalya' da%1,5, Fransa' da%1' dir. İngiltere' de kokain ve amfetamin gibi psikostimulan kötüye kullanımının yaşam boyu oranı %8,7' dir¹³.

Şizofreni hastalarında yaşam boyu kokain kötüye kullanımı %15-50 arasında olarak bildirilmiştir²³⁻²⁵. Cuffel ve ark.²⁵ 231 şizofrenili hasta ile yaptıkları çalışmada %31' inin alkol ve esrar ,%14' ünün ise çoğul madde kötüye kullandıklarını bildirmişlerdir.

Psikotik hastalarda bağımlılık ve kötüye kullanım oranlarının çeşitliliği örneklem büyüklüğüne, hasta seçimine, tanı kriterlerine ve madde kullanım bozukluğu tanımlamasına göre değişmektedir¹³.

Şizofrenlerde yapılan bazı çalışmalarda saptanan demografik özellikler arasında en belirgin olan, gençlerin ve erkeklerin, yaşlılara ve kadınlara göre daha fazla alkol ve/veya madde kötüye kullandıklarıdır^{22,26,27} Genel toplumda olduğu gibi şizofrenili hastalardaki madde kötüye kullanımı da yaşla birlikte azalma eğilimindedir. Bir çok çalışmada madde kullanım bozukluğu ek tanısı olan hastalarda düşük eğitim düzeyi bildirmişlerdir^{21,22,26}. Rabinowitz ve ark.²⁸ yaptıkları çalışmada ek tanılı olgularda psikozun başlama yaş ortalaması ve ilk hastaneye yatış ortalaması sadece psikozu olan olgulara göre daha düşük bulunmuştur. Şizofreni alt tiplerinin değerlendirildiği çalışmalarda alkol dışı madde bağımlılığının paranoid şizofrenide daha sık olduğu saptanmıştır.

Madde kötüye kullanan şizofrenili hastalarda pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır^{22,29-31}. Alkol ve/veya madde kötüye kullanımı olan şizofrenili hastaların olmayanlara göre daha fazla sayıda psikotik depresme gösterdikleri bulunmuştur³². Madde kötüye kullanımının şizofrenili hastaların hastane yatışını arttırdığı saptanmıştır^{22,30,33}.

Şizofreni hastalarının %24' ünde alkol kötüye kullanımı şizofreni belirtilerinin başlangıcından öncedir. Ülkemizde şizofreni ve madde kullanım bozukluğu üzerine yeterli çalışma olmasa da, yapılan çalışmaların sonuçları klinik gözlemlerle birleştirildiğinde ek tanılı hastaların literatürde belirtildiği kadar sık olmadığını göstermektedir¹⁷. Akvardar ve ark.¹⁷ şizofreni hastalarında sigara kullanım sıklığını %69,4; sigara tüketimini 16 adet/gün olarak bildirmişlerdir. Yaşam boyu alkol kullanma sıklığı %63,3, alkol kötüye kullanım/bağımlılık %8,1 bulunmuştur. Alptekin ve ark.³⁴ çok merkezli, 382 şizofreni hastasını kapsayan çalışmalarında sigara kullanım sıklığı %54,2; sigara tüketimi 27 adet/gün saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu %7 olarak bildirilmiştir. 382 Türk şizofreni hastasının 7(%4,5)' inde (hepsi erkek) alkol kötüye kullanımı, 2 hastada kannabis kötüye kullanımı ve bir tanesinde ilaç kötüye kullanımı saptanmıştır. Hastaların %54,2' si (Erkeklerde oran %65,3) sigara içicisiydiler. Uzun ve ark.³⁵ ayaktan tedavisi sürdürülen şizofreni hastalarında sigara kullanım sıklığını %50, alkol kullanım sıklığını %18,1, alkol kötüye kullanımını %2,6 olarak bildirmişlerdir. Bu

çalışmada sadece 2 hastaya madde kötüye kullanım tanısı konmuştur. Ülkemizde şizofreni hastalarında bildirilen yüksek sigara içme oranları literatürde bildirilen %58-88 değerleri ile uyumludur. Şizofreni hastalarının sigara içme sıklıkları ülkemizde genel toplumda bildirilen %30-60 oranına göre daha yüksektir³⁵.

Şizofreni hastalarında sigara içiciliği oranı %64 ile 93 arasında değişmektedir. Şizofrenlerde sigara içme oranını yüksek bildiren çalışmalar daha çok kronik şizofren ve depo hastanelerinde yatan hastalarla ilgilidir. Kronik şizofren hastalar kullandıkları nöroleptiklerin ekstrapiramidal yan etkilerini gidermek amacı ile sigaraya başvurabildikleri gibi , nikotin kesilmesine bağlı olarak gelişebilen psikotik semptom alevlenmesini önlemek için de sigara içimini sürdürebilmektedirler³⁶⁻³⁷. Psikiyatrik hastalarda sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa oranla daha fazla görüldüğü bilinmektedir³⁸.

Alkolizm ve şizofreni arasındaki kronolojik ilişki Hambrecht ve Hafner tarafından dikkatle çalışılmıştır. Bu çalışmada alkol kötüye kullanımının şizofreninin ilk belirtilerinden önce başladığı gösterilmiştir²⁹.

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

Duygudurum bozukluğu olan yatan hastalar diğer psikiyatrik tanılarla yatan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek madde kötüye kullanım oranları bildirilmiştir^{39,40}.

Amerikan Ulusal Ek Tanı taramasında ise herhangi bir duygudurum bozukluğu olan kişilerde alkol madde kullanım bozukluğu olma riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir. Bipolar bozukluğu olanlara bakıldığında bu riskin alkol bağımlılığı için 6 katına; alkol dışı madde bağımlılığı için 8 katına çıktığı görülmektedir⁴⁰. Bazı çalışmalarda major depresyonda ek tanı riskindeki artış bipolar bozukluğa göre daha düşük bulunurken başka bir çalışmada major depresyon hastalarında daha fazla madde kullanımı saptanmıştır⁴¹⁻⁴².

Regier ve arkadaşlarının yaptıkları Epidemiyolojik Alan Çalışmasında bipolar hastalarda alkol/madde kullanım bozukluğu ek tanısı oranı %56,1 (%46 alkol bağımlılığı, %40 başka madde bağımlılığı) olarak saptanmıştır⁹. Winokur ve ark.⁴³ 1995 yılında yaptıkları çalışmada erkek bipolar hastaların alkolizm oranını normal kontrol grubu ile karşılaştırmışlar ve kontrol grubunda %16 olan alkolizm oranının erkek bipolar hastalarda %73 olduğunu göstermişlerdir.

Cassidy ve ark⁴⁴ nın yaptıkları çalışmada 392 bipolar bozukluk manik (341) ya da mixed (51) atak nedeni ile hastaneye yatan hastada madde kötüye kullanımı öyküsü alınıp, şimdiki ya da yaşam boyu oranları hesaplanmıştır. Yaşam boyu madde kötü kullanım oranları alkol için %48,5; ilaçlar için %43,9; alkol veya ilaç %59,4 olarak bulunmuştur. Erkekler kadınlardan daha yüksek madde kötü kullanım oranlarına sahip iken manik ve mixed atak hastalar arasında madde kötü kullanım farkı gözlenmemiştir. Gözlenen epizod boyunda aktif madde kötü kullanım değerlendirildiğinde; %28,6 aktif alkol; %28,6 bir veya fazla ilaç; %39,3 ya ilaç ya da alkol kullanmaktaydı. Aktif madde kullanımı yaşlı hasta grubunda daha düşüktü. Yaşamboyu komorbid madde kötü kullanım olan hastalarda hastaneye yatış daha fazla idi. Bu çalışmada yüksek alkol ve ilaç kötü kullanım ek olarak kokain için yaşam boyu abuse %24,5; marihuana %36 idi. Komorbid madde kullanımı olan hastalarda ilk psikiyatri hospitalizasyon ve ilk hospitalizasyondan bu güne geçen süre benzerdi.

Bipolar hastalarda %63 oranında yaşam boyu sigara içiciliği saptanmış olup; %72' si sigaraya hastalık başlamadan önce; %9' u hastalıkla beraber; %19' u hastalık başladıktan sonra başlamışlardır. Şimdiki sigara içicilik oranı ise %51' dir⁴⁵.

Bipolar hastalarda en sık kullanılan madde sigara ve alkol iken, depresif hastalarda sedatif ve anksiyolitikler olarak bulunmuştur⁴²

Tedaviye başvuran bipolar hastalarda yapılan bir çalışmada alkol/ madde bağımlılığı ek tanısı %50, yaşam boyu madde kullanım bozukluğu %70, çalışma sırasındaki alkol/ madde kullanım bozukluğu %30 olarak bulunmuştur⁴⁶.

Ek tanı oranlarının yüksek çıkmasında en önemli nedenlerden birisi, maddelerin akut ve kronik etkileri ve kesilme belirtilerinin duygulanım bozukluklarını taklit etmesidir. Özellikle stimulan kullanımı ve alkol intoksikasyonu mani ya da hipomani belirtilerine, kesilme sendromları ise depresyon ve anksiyete belirtilerine benzer klinik tablolara yol açarlar³⁹

Bipolar bozuklukta alkol madde kullanım bozukluğunun bulunmasının gidişi olumsuz etkilediği bildirilmektedir . Kokain kullanımının bipolar bozuklukta hızlı döngüye yol açtığı iddia edilmiştir⁴⁷⁻⁴⁸ .

Tohen ve arkadaşlarının⁴⁹ gözden geçirme çalışmalarında bipolar bozuklukta madde kullanım bozukluğu ek tanısı için risk faktörleri olarak erken başlangıç yaşı, cinsiyet, ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü, karma mani bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise ergenlikte başlayan bipolar hastalarda, çocuklukta başlayanlara oranla alkol/madde kullanımının gelişme riski daha yüksek bulunmuştur⁵⁰ Yapılmış çalışmalarda madde kullanım bozukluğunun erkeklerde daha sık olduğu gösterilmiştir⁵¹ .

İki uçlu dönemlerden önce başlayan alkolizmde de nöbetler daha seyrek görülürken, iki uçlu duygudurum bozukluğundan sonra ortaya çıkan alkolizmde hastalık dönemleri çok daha sık bulunmaktadır⁵²

Duygudurum bozukluğu ve alkol bağımlılığının birlikte görüldüğü hastalarda tedavi önceliklerinin belirlenmesi gerekir. Çoğu durumda kesilme belirtileri özellikle alkol kesilme sendromu öncelik taşır. Manik belirtiler şiddetliyse hastaneye yatırmayı, manik tablonun tedavisi ile eş zamanlı olarak kesilme belirtilerinin klasik tedavisini gerektirir. Akut mani ve alkol kesilme tedavisinde, lityumdan yarar görmeyen hastalarda, karbamazepin ve valproat gibi duygudurum düzenleyicilerin yararlı olduğuna ilişkin bazı veriler bulunmaktadır. Bu ilaçların hem bipolar hem de bağımlılık patofizyolojisinde rolü olduğu düşünülen tutuşturma (kindling) mekanizması yoluyla etkili olabileceği öne sürülmektedir⁵³

Miller ve ark⁵³ 60 bipolar bozukluklu hastanın chart analizinde nikotin dışı bir ya da daha fazla madde kötü kullanımı %25, bulmuşlardır. %18' inde alkol kötü kullanımı saptanmıştır.

İçicilik oranı şizofrenlerde %90, manide %70, diğer psikiyatrik bozukluklarda ise %45-70 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada ayaktan 16 yaş üzeri 304 hasta değerlendirilmiştir. Genel olarak tüm hastalarda nikotin bağımlılığı oranı %29,3, Psikotik Bozukluğu olanların %44,1' inde bulunmuştur. Bu çalışmada ayaktan 16 yaş üzeri 304 hasta değerlendirilmiştir. Genel olarak tüm hastalarda nikotin bağımlılığı oranı %29,3 bulunmuştur. Depresif bozukluk hastalarının %25,3' ünde, anksiyete bozukluğu olan hastaların %25,8' inde, Somatoform bozukluğu olanların %21,2' sinde, Psikotik Bozukluğu olanların %44,1' inde, BPB' ların %70,6' sında nikotin bağımlılığı belirlenmiştir. Bu çalışmada anksiyete, depresyon, bipolar ve somatoform bozukluk hastalarında günde 30 adetten az sigara içimi oranı daha fazla iken psikoz grubunda bunun tersinin geçerli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunda (%60,7) nikotin bağımlılığının psikiyatrik bozukluktan önce başladığı saptanmıştır³⁸.

Alkol bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Pektaş ve arkadaşlarının⁵⁴ yaptıkları çalışmada 36 kadın, 64 erkek toplam 100 hastada MATT ortalaması 3,8+_6,8' dir. Hastaların %35' i hiç alkol içmediklerini bildirmiş, MATT ile ise %47' sinin sorunsuz alkol içtikleri, %18' inin sorunlu içici (MATT 5' den yukarı) oldukları belirlenmiştir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Denekler

Bu çalışma; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 1Ekim 2003- 30 Eylül 2004 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı ile kliniğe yatarak sağaltım gören tüm hastalar alındı. Hastalardan 25 tanesi ilk gün çıktığı veya çalışma katılmayı kabul etmedikleri için çalışma dışı bırakılmıştır.

Görüşmede hastaların tanıları DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi(SCID-I) ile doğrulandı. Olgulara veri toplama formu dolduruldu, Michigan alkolizm tarama testi ve fagerström nikotin bağımlılık testi uygulandı.

3.2. Veri toplama araçları

3.2.1. Veri toplama formu

Çalışmada kullanılan ve tarafımızdan hazırlanan veri toplama formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenimi, sosyo ekonomik durumu, mesleği, psikiyatrik hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı yer almaktaydı.

3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği(SCID-I)

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme(SCID-I), majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanuların geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

SCID' in geliştirilmesindeki amaçlardan biri, etkili ve kullanımı kolay bir ölçek üretmekti, böylece yapılandırılmış görüşmelerin avantajları klinik değerlendirmede uygulanabilecektir.

SCID-I altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane 1. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane 1. Eksen Bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Öncekinden farklı olarak travma sonrası stres bozukluğu tüm ölçütleri ile sorgulanırken, bazı bozukluklar tanı ölçütü olmadan yalnızca birkaç soruyla araştırılmaktadır. Bu bozukluklar arasında fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. SCID-I' in 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci SCID-I' nin sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakikadır⁵⁵.

3.2.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi(MATT)

L.E. Gibbs tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Alkol sorunu ve varsa düzeyini gösterir. Alkol sorunu ve varsa düzeyini gösterir. Değişik puanlar verilen 25 sorudan oluşur. 0-4 sorunsuz içici, 5-9 alkol kötüye kullanımı, 10 ve üzeri alkol bağımlılığı şeklinde değerlendirilir. Türkiye' de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır^{56,57}.

3.2.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström ve ark. tarafından geliştirilen ve bağımlılığı belirlemeyi amaçlayan 6 sorudan oluşan düzeyi çok az, az, orta, yüksek, çok yüksek olarak belirleyen bir testtir. Ülkemizde 1997 yılından beri kullanılmaktadır^{58,59}.

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 13,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde, ortalama ve standart

sapma değerleri ilgili yerlerde kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. Ortalama değerlerin karşılaştırılmasında da bağımsız grupta t testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak p değeri 0,05 olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu çalışma için Psikiyatri kliniğimize 1 Ekim 2003- 30 Eylül 2004 tarihleri arasında yatarak sağaltım gören 180 hasta değerlendirilmiş, ancak bunların 25'i bir günden az klinikte yattıkları, onam vermedikleri için çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmaya toplam 76 erkek, 79 kadından oluşan 155 hasta alınmıştır. Hastaların kadın, erkek dağılımı hemen hemen eşitti. Hastaların büyük bir kısmı evliydi (%54). Ortalama yaş 35.9 yıl idi. Kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir yaş farkı yoktu (erkeklerde; 34.6 (± 10.8) yıl, kadınlarda; 37.2(± 14.8) yıl). Kliniğe yatırılan hastaların genel olarak sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların hastaneye yatmasına neden olan psikiyatrik hastalığın ortalama başlangıç yaşı 26.5 (± 11.4) (aralık 7-73) yıl idi. Hastaların hastaneye ortalama yatış sayısı 2.2 (± 1.6) (aralık:1-11) idi.

Çalışmaya alınan 155 hastanın yatış sürecinde aldıkları birincil tanılar Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu hastaların büyük bir kısmını (%75) psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar oluşturmaktaydı. Tek başına en sık görülen ruhsal bozukluk şizofrenik bozukluk (%21.9) iken bunu %18.7 ile major depresyon ve bipolar bozukluk (%16.8) ile izlemekteydi.

Tablo 1. Klinikte yatan psikiyatrik hastaların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	76	49
Kadın	79	51
Yaş ortalaması (ort ± SD yıl)	35.9 ± 12.9	
Yaş Grubu		
15-24	33	21.3
25-34	50	32.3
35-44	34	21.9
45-54	24	15.5
55 yaş üstü	14	9.1
Öğrenim Durumu		
İlköğretim ve altı	50	32.3
Ortaöğretim	50	36.1
Yükseköğretim	49	31.6
Sosyoekonomik durum		
Üst	8	5.2
Orta	125	78.7
Alt	22	16.1
Medeni Hal		
Evli	83	53.5
Bekar	66	42.6
Dul	6	3.9
Mesleği		
Memur	50	32.3
İşçi	9	5.8
Serbest	14	9
Evhanımı	28	18.1
Öğrenci	17	11
Yok	32	20.6

Tablo 2. Yatan hastaların psikiyatri birincil tanı dağılımları

	n	%
Psikotik bozukluk	55	35.5
Şizofrenik bzk	34	21.9
Şizofreniform bzk	4	2.6
Sanırsal bzk	2	1.3
Şizoaffektif bzk	5	3.2
Kısa psikotik bzk	2	1.3
BTA Psikotik bzk	8	5.2
Duygudurum bzk	55	35.5
Bipolar Bzk	26	16.8
Major Depresyon	29	18.7
Somatoform bzk	13	8.4
Somatizasyon bzk	7	4.5
Konversiyon bzk	5	3.2
BTA Somatoform bzk	1	0.6
Anksiyete bzk	11	7.1
OKB	6	3.9
Panik bozukluk	5	3.2
Yeme Bzk	2	1.3
Diğer Bozukluklar	18	11.6

Çalışmaya dahil edilen hastalarda saptadığımız alkol ve nikotin dahil olmak üzere madde kullanım bozukluklarının prevalansı Tablo.3'de gösterilmiştir. Bu sayıları incelediğimizde en sık görülen madde kullanım bozukluğu %54.2 ile nikotin bozukluğu iken, bunu alkol kullanım bozuklukları (%21.9) ve ardında sedatif/trankilizan kullanım bozukluğu (%9) izlemiştir. Fensiklidin, hallusinojen kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan, ya da esrar bağımlısı olan hastaya rastlanmamıştır.

Tablo.3 Çalışmaya alınan hastalarda görülen tüm madde kullanım bozukluk prevalansları

	n	%
Alkol	34	21.9
Kötüye kullanım	18	11.6
Bağımlılık	16	10.3
Esrar	7	4.5
Kötüye kullanım	7	4.5
Bağımlılık	0	0
Kokain	4	2.5
Kötüye kullanım	3	1.9
Bağımlılık	1	0.6
Stimulanlar	2	1.3
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	2	1.3
Sedatifler / trankilizanlar	14	9.0
Kötüye kullanım	11	7.1
Bağımlılık	3	1.9
Opioidler	3	1.9
Kötüye kullanım	2	1.3
Bağımlılık	1	0.6
İnhalanlar	4	2.5
Kötüye kullanım	3	1.9
Bağımlılık	1	0.6
Nikotin	89	57.4
Kullanımı	5	3.2
Bağımlılık	84	54.2

Sadece madde kullanım bozuklukları ele alındığında olguların 28'inde (%18.1) en az 1 madde kullanım bozukluğu olduğu saptandı. Alkolde madde kullanım bozuklukları içinde ele alındığında bu oran %34.2'ye (n=53) çıkarken, nikotin de katıldığında oran %59.4'e (n=92) ulaşmıştır.

Tablo. 4. Çalışmaya alınan hastalarda genel madde kullanım bozuklukları sıklığı

	n	%
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	28	18.1
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	53	34.2
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	92	59.4

Bazı demografik verilere göre hastaların madde kullanım sıklıklarını karşılaştırdığımızda; erkeklerin yaşam boyu madde kullanım sıklığına sahip olma olasılığının kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptadık (Tablo 5). Ancak nikotin ve alkol dışarıda bırakılırsa erkeklerdeki bu yüksek oran anlamlılığını yitiriyordu.

Tablo.5 . Cinsiyete göre madde kullanım bozuklukları dağılımı

	Kadın (n=79) N(%)	Erkek (n=76) N (%)	P
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	11 (14)	17 (22)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	13 (17)	40 (53)	<0.0001
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	33 (42)	59 (78)	<0.001

Hastaları 35 yaş altı ve üstü olarak gruplandırıp madde kullanım bozuklukları sıklığını değerlendirdiğimizde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlemledik. (Tablo 6.)

Tablo.6 . 35 yaş gruplamasına göre madde kullanım bozuklukları dağılımı

Yaş	<35 (n=83) N(%)	>35 (n=72) N (%)	P
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	17 (21)	11 (15)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	23 (28)	30 (42)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	45 (54)	47 (65)	>0.05

Hastaları birleştirilmiş medeni hallerine göre (evli olmayanların hepsini aynı grupta toplayarak) karşılaştırdığımızda (Tablo 7)

Tablo.7. Medeni hal gruplandırmasına göre madde kullanım bozuklukları dağılımı

	Bekar/Dul /Ayrı (n=72) N(%)	Evli (n=83) N (%)	P
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	15 (21)	13 (16)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	22(31)	31(37)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	42 (58)	50 (60)	>0.05

Sosyoekonomik düzeye göre yapılan karşılaştırmada da madde kullanım bozukluklarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 8)

Tablo 8. Sosyoekonomik düzeye göre madde kullanım bozuklukları dağılımı

	Alt (N=25) N(%)	Orta-üst (n=130) N (%)	P
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	4 (16)	24 (19)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	5(20)	48 (37)	>0.05
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	11 (44)	81 (62)	>0.05

Hastaların sorunlu alkol kullanımı olup olmadığını değerlendirmek üzere kullandığımız MATT ölçeğinin tüm grupta ortalama puanı 6.7 (± 10.4) olarak saptandı. MATT puanlarında 5 kesme puanı olarak ele alındığında, alkol kötüye kullanımı olan 18 hastadan 17'sini, alkol bağımlılığı olan 16 hastanın tamamını belirlediği gözlenmiştir. Fagerström Nikotin Bağımlılık testi sonuçlarına göre ortalama puan ise 3.7 (± 3.9) puan idi.

Hastalıkların genel gruplamasına göre madde kullanım bozukluklarını değerlendirmesine geçtiğimizde öncelikle olarak psikotik bozuklukları ele aldık. Psikotik bozukluklar içerisinde ise özellikle şizofrenik bozukluk değerlendirilmiştir. Psikotik bozuklukta ve şizofrenik bozuklukta madde kullanım bozukluğu prevalansı yaklaşık olarak %55 bulunmuştur. Psikotik bozukluklarda genel madde kullanım bozukluğu dağılımı Tablo 9'de gösterilmiştir.

Duygudurum bozuklukları ele alındığında en sık görülen madde kullanımının nikotin bağımlılığı olduğu saptanmıştır (%61). Benzer durum tanılar tek tek ele alındığında major depresyon ve bipolar bozukluk içinde geçerliydi. Her ikisinde de alkol kullanım bozuklukları ve daha sonra da benzodiazepin kötüye kullanımını da içeren sedatif kullanımı gelmekteydi. Duygudurum bozukluklarında genel madde kullanım bozukluğu dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Psikotik bozukluklarda madde kullanım bozuklukları dağılımı

	Psikotik Bzk (n=55)		Şizofrenik Bzk (n=34)	
	(N)	%	N	%
Alkol	10	18	5	15
Kötüye kullanım	6	11	4	12
Bağımlılık	4	7	1	3
Esrar	2	4	1	3
Kötüye kullanım	2	4	1	3
Bağımlılık	0	0	0	0
Kokain	2	4	1	3
Kötüye kullanım	2	4	1	3
Bağımlılık	0	0	0	0
Stimulanlar	0	0	0	0
Kötüye kullanım	0	0	0	0
Bağımlılık	0	0	0	0
Sedatifler / trankilizanlar	5	9	2	6
Kötüye kullanım	4	7	1	3
Bağımlılık	1	2	1	3
Opioidler	2	4	0	0
Kötüye kullanım	2	4	0	0
Bağımlılık	0	0	0	0
İnhalanlar	2	4	2	6
Kötüye kullanım	2	4	2	6
Bağımlılık	0	0	0	0
Nikotin	28	51	17	50
Kullanımı	1	2	0	0
Bağımlılık	27	49	17	50
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	10	18	5	15
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	15	27	7	21
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	30	55	19	56

Tablo 10. Duygudurum bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı

	Duygudurum bzk (n=55)		Major Depresyon (n=29)		Bipolar Bozukluk (N=26)	
	n	%	N	%	n	%
Alkol	4	7	4	17	4	15
Kötüye kullanım	0	0	1	3	4	15
Bağımlılık	4	7	4	14	0	0
Esrar	2	4	0	0	2	8
Kötüye kullanım	2	4	0	0	2	8
Bağımlılık	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0	0
Kötüye kullanım	0	0	0	0	0	0
Bağımlılık	0	0	0	0	0	0
Stimulanlar	2	4	1	3	1	4
Kötüye kullanım	0	0	0	0	0	0
Bağımlılık	2	4	1	3	1	4
Sedatifler / trankilizanlar	4	7	2	6	2	8
Kötüye kullanım	3	5	1	3	2	8
Bağımlılık	1	2	1	3	0	0
Opioidler	0	0	0	0	0	0
Kötüye kullanım	0	0	0	0	0	0
Bağımlılık	0	0	0	0	0	0
İnhalanlar	1	2	1	3	0	0
Kötüye kullanım	0	0	0	0	0	0
Bağımlılık	1	2	1	3	0	0
Nikotin	34	61	16	55	18	69
Kullanımı	0	0	0	0	0	0
Bağımlılık	34	61	16	55	18	69
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	9	14	4	14	5	19
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	17	29	9	31	8	31
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	34	61	16	55	18	69

Tablo 11. Anksiyete bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı

	N	%
Alkol	2	18
Kötüye kullanım	2	18
Bağımlılık	0	0
Esrar	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Kokain	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Stimulanlar	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Sedatifler / trankilizanlar	1	9
Kötüye kullanım	1	9
Bağımlılık	0	0
Opioidler	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
İnhalanlar	1	9
Kötüye kullanım	1	9
Bağımlılık	0	0
Nikotin	9	81
Kullanımı	1	9
Bağımlılık	8	72
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	2	18
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	4	36
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	9	81

Anksiyete bozukluğu tanısı alan 11 hastada en çok görülen madde kullanım bozukluğu sırasıyla nikotin bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı idi. Anksiyete bozukluklarda genel madde kullanım bozukluğu dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Somatoform bozukluklarında madde kullanım bozuklukları dağılımı

	N	%
Alkol	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Esrar	1	8
Kötüye kullanım	1	8
Bağımlılık	0	0
Kokain	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Stimulanlar	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Sedatifler / trankilizanlar	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Opioidler	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
İnhalanlar	0	0
Kötüye kullanım	0	0
Bağımlılık	0	0
Nikotin	1	8
Kullanımı	0	0
Bağımlılık	1	8
En az bir madde kull bzk (alkol, nikotin, hariç)	1	8
En az bir madde kull bzk (alkol dahil nikotin hariç)	1	8
En az bir madde kull bzk (alkol nikotin dahil)	2	15

Somatoform bozukluğu olan hastaların hiçbirinde alkol kullanım bozukluğu yoktu. Nikotin bağımlısı olan sadece 1 hasta vardı. Nikotin dahil olmak üzere 13 hastanın sadece 2'sinde madde kullanım bozukluğu saptandı. Somatoform bozukluklarda genel madde kullanım bozukluğu dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada bir yıllık süre boyunca Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı kliniğine yatan ve 1 günden fazla kalan tüm hastalarda bulunan alkol, nikotin ve diğer madde bağımlılıklarının sıklığının saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bu süre içerisinde kliniğimize yatan ve çalışma ölçütlerini kapsayan 155 Yatan hastanın %57,4'ünde nikotin, % 21,9' unda alkol, %18'inde diğer madde bağımlılık ya da kötüye kullanımı bulunduğu saptanmıştır. Genel olarak nikotin dışında tüm bağımlılıklar bir arada değerlendirildiğinde bu oran %17 iken, nikotin de katıldığında bu oran %42'ye çıkmaktadır. Nikotin bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tüm bağımlılıklar arasında en yüksek oranda yer alan madde olarak görülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları genel olarak literatürde yer alan diğer önemli çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir⁶⁰. Eisen ve ark, bir psikiyatri yataklı servisine kabul edilen erkek hastaların %47'si, kadınların %24'ünde en az bir madde kullanım bozukluğu bulunduğunu bildirmiştir⁶¹. Brady ve arkadaşları da bir psikiyatri kliniğine yatırılan 100 ardışık hastanın %64'ünde bir madde kullanım bozukluğu bulunduğunu, bunların %29'unda DSM-III-R'ye göre madde bağımlılığı tanısı konduğunu aktarmıştır⁴⁶. Alterman ve arkadaşları ise bir psikiyatri kliniğinde yatan 533 hastanın %40'ında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanım öyküsünün bulunduğu, diğer madde kullanım bozukluğu bulunan olgu sayısının ise %18'ler civarında olduğu görülmektedir⁶². Çalışmamızda da alkol kullanım bozukluğu sıklığı en sık görülen 2. madde kullanım bozukluğu olduğu, bunu sedatif hipnotik ilaç kullanımının izlediği görülmektedir.

Elde ettiğimiz bu madde kötüye kullanım / bağımlılığı oranlarının ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalara göre oldukça yüksek olduğu kabul edilebilir. 1996 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de 18-65 yaş arası genel popülasyonda saptanan alkol bağımlılığı oranının %1'den az olduğu bildirilmiştir⁵⁴. Çalışmamızda saptadığımız oranların Alkol ve madde kullanım sıklığının ülkemiz oramla oldukça fazla olduğu başta A.B.D olmak üzere batı ülkelerinde saptanan oranlara göre ise nispeten yüksek olduğu görülmektedir. A.B.D.'de yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansı %13.8 olarak bulunmuş, bu oran erkeklerde %23.8, kadınlarda ise %4.6 olarak saptanmıştır. ECA çalışmasında yaşam boyu madde

kullanımı oranı ise %6.2 olarak bulunmuş, ve genel popülasyonun %17'sinde en az bir madde kullanım bozukluğu olduğu iletilmiştir⁹.

Çalışmamızda genel olarak madde kullanım bozukluğu olan psikiyatrik hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, bu hastaların daha çok genç, erkek, ve boşanmış, dul ya da bekar oldukları görülmüştür. Bu bulgularımız genel olarak literatürdeki diğer çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. Brown ve arkadaşlarının ABD'de 363 yatan hasta üzerinde yaptığı bir araştırmada, madde kullanım bozukluğunun genç ve erkek yatan psikiyatrik hastalarda daha yüksek oranda bulunduğunu belirtmiştir. Adı geçen çalışmada yatan erkek hastaların %58'i, kadın hastaların %36'sında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu bulunduğu saptanmıştır⁶⁵. Çalışmamızda bu oranlar ise sırasıyla %59,%33' dür ki bu literatürle uyumludur. Çalışmamızda madde bağımlılığı bildiren hastaların %54'ünün 35 yaş altında olduğu görülmektedir. Brown çalışmasında özellikle genç yaşta madde kullananların fazla olmasının ABD'de 1960 yıllardan beri artan oranda görülen genç kuşakta ki yasadışı madde kullanımı ile ilintili olduğu vurgulanmıştır⁶³. Ülkemizde bu yönde yapılmış geniş ölçekli bir çalışmaya ulaşmamız mümkün olmadığından, ülkemizdeki durum hakkında yorum yapma şansımız olmamıştır. Diğer sosyodemografik veriler değerlendirildiğinde ise özellikle bekar ya da ayrı yaşayan hastalarda, Sosyoekonomik durumu düşük olanlarda ve düzenli çalışmayan hastalarda daha fazla olduğu görülmüştür.

Madde kullanım bozukluğunun değerlendirildiğinde bu çalışmada hastaların öncelikle alkol ve nikotin bağımlılık ya da kötüye kullanımlarını ardından SCID yarı yapılandırılmış ölçeği ile diğer madde kullanım bozukluklarını değerlendirme fırsatımız oldu. Tüm madde kullanım bozuklukları arasından en sık görüleni nikotin bağımlılığı idi. Tüm hastaların %57,4'ü sigara ya da nikotin içeren maddeler kullandığı, bunların %54,2 bağımlı oldukları görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında bağımlılık oranını %29.3 olarak bildirilmiştir. Çalışmada saptanan bu oranın yabancı kaynaklara göre düşük bulunmasını, ülkemizdeki genelde olası düşük bağımlılık oranını yansıtmış olmasına bağlanmıştır. Ayrıca, yapılmış olan çalışmalarda psikiyatri hastalarında daha çok içicilik oranı bildirildiği, anılan çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak, DSM-IV'e göre nikotin bağımlılığının ele alındığı vurgulanmıştır. Bu çalışma dışındaki diğer birçok çalışmada özellikle psikiyatrik hastalığı

olan gruplarda nikotin bağımlılığının çok yüksek oranlarda olduğu sıkça araştırma sonuçlarına yansımıştır³⁸. Örneğin kronik şizofreni tanısı almış ya da ruh sağlığı kliniklerinde yatan hastalarda sigara içme oranını oldukça yüksek oranlarda olduğu - %88 - %92 arasında bildirilmektedir^{64,65}(4,5). Yıldız ve Özcan'ın ülkemizde yürüttüğü bir çalışmada psikotik hastalarda genel olarak %44.1 olarak bulunan nikotin bağımlılığı oranının, yalnızca şizofreni hastaları ele alındığında %45.5 olarak saptandığı belirtilmiştir³⁸. Ülkemizde yürütülen bir diğer çalışmada ise Kuloğlu ve arkadaşları 451 ayaktan psikiyatri hastasını değerlendirmiş ve bu hastalardan şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almış olan hastaların %76'sında nikotin bağımlılığı olduğunu saptamışlardır⁵⁹. Bizim çalışmamızda da benzer biçimde psikotik bozukluk tanısı alan gruptaki nikotin bağımlılığı oranı (%49) diğer tanı gruplarında oranla daha yüksekti.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardaki bu yüksek nikotin bağımlılığı oranlarını açıklamak için bazı öneriler ortaya atılmıştır. Bu bağlantının daha iyi anlaşılabilmesi için nikotin ile dopamin ve nikotin ile nöroleptik ilaç etkileşimlerinin iyice incelenmesi gerektiği savunulmuştur. Nikotinin, nucleus accumbens ve prefrontal kortekste dopamin salınımını artırarak beyinde ödül sistemini etkilediği ve davranışı uyardığı artık bilinen bir gerçektir. Psikoz hastaları, kullandıkları nöroleptiklerin ekstrapiramidal yan etkilerini gidermek amacıyla bu ilaçların düzeyinin azaltmak için sigaraya başvurabildikleri gibi, nikotin kesilmesine bağlı olarak gelişebilen şizofrenik semptom alevlenmesini önlemek için de sigara içimini sürdürebildikleri ileri sürülmüştür³⁸.

Kuloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında diğer tanı gruplarındaki hastalarda (depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk) saptanan nikotin bağımlılığı oranlarının (%25-34.3 arasında) 500 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubunda saptanan %29.5'lik orandan istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bildirilmiştir⁵⁸. Benzer biçimde diğer bir çalışmada da depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu (%21- 26) açısından kontrol grubundan fark göstermediği vurgulanmıştır. Çalışmamızda benzer bir sonuç görülmüştür. Anksiyete bozukluklarında alkol dahil nikotin dışı madde kullanım bozukluğu %36 iken, bu oran nikotin eklendiğinde %81'e çıkmıştır. Somatoform bozukluğu olan hastaları ise %15' inde en az bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Her ne kadar kimi çalışmalarda kontrol grupları ile anlamlı bir farklılık göstermese de bu bozukluklar ile nikotin arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik bazı önerilerde ileri sürülmüştür. Glassman sigara içenlerde negatif affektif

durumların ve geçirilmiş depressif epizodların sıklığının daha yüksek olduğu, sigarayı bırakma tedavi programlarında ise negatif duygulanımın ve depresyonun olumsuz etkisinin olduğu öne sürmüştür⁶⁵. Depresyon hastalarında nikotin bağımlılığının anhedoni ile ilişkisi ve nikotinin hedonik sistem üzerinde etkisi olduğu da çeşitli araştırmacılar tarafından gösterilmiştir³⁸.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bipolar bozukluk tanısı alan hastaları için bildirilen oranlar çalışmamızın oranı arasında benzeşen ve farklı düşen oranlar bildirilmiştir. Yıldız ve Özcan Bipolar Bozukluk hastalarında %70.6' gibi yüksek bir nikotin bağımlılık oranı ile kontrol grubundan anlamlı bir farklılık olduğunu bildirmiş ve bunun aksine Kuloğlu ve arkadaşları %25'lik bir oranla kontrol grubundan farklı olmadığını ileri sürmüştür^{38,59}. Çalışmamızın bulgularının bu iki oranın arasında bir noktada olduğu görülmektedir.

Son yıllarda psikiyatrik bozukluklarda genel olarak madde kullanım bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle bu çift tanılı hastaların hastalık sürecinin olumsuz etkilendiği görülmüş, buna paralel olarak tedavi yaklaşımlarının farklı olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Başta şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar olmak üzere, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluklarında madde kullanım bozukluklarının yüksek oranlarda bulunduğu çok sayıda çalışmada bildirilmiştir. Bu alınan nikotin dışı maddeler arasında üzerinde en sık durulan alkol kullanım bozukluklarıdır⁹⁻¹².

Daha önce belirttiğimiz üzere değerlendirdiğimiz yatan hasta grubunda alkol bağımlılığı oranı %10,3, kötüye kullanım oranı%11,6, tüm alkol kullanım bozuklukları bir arada değerlendirildiğinde bu oran %21,9 idi. Bu oranlar genel popülasyona göre oldukça yüksek rakamlardır. Tek tek maddeler değerlendirildiğinde ise en sık kullanım bozukluğu görülen maddeler nikotin, alkol ve sedatiflerdir. Daha önce yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozukluklarda görülen alkol kullanım sıklıkları genelde bölge ve ülkeler arası çok büyük değişiklikler göstermezken, madde kullanım bozuklukları sıklığında çalışmanın yapıldığı ortamlara göre farklılık görülmüştür. Örneğin çifte tanılı hastalar bağlamında değerlendirildiğinde, ABD'de kokain kötüye kullanımı %15 ile 50 arasında değişirken , Avustralya'da bu oran %1.5, Fransa'da %1 civarındadır¹³. Çalışmamızda kokain kötüye kullanımı olan hasta sayısı sadece 3 idi (%2). Bu bulgular bile çok çeşitli ortamlarda çifte tanılı hastalara yönelik geniş ölçekli çalışma yapma gereksinimini ortaya koymaktadır.

Tanı grupları tek tek değerlendirildiğinde şizofreni başta olmak üzere psikotik bozukluklarda ve diğer tanı gruplarında da alkol kullanım bozukluklarının ve paralelinde madde kullanım bozukluklarının yüksek oranlarda görüldüğü gözlenmiştir. Özellikle şizofreni ile alkolizm arasındaki ilişkinin komorbidite bulgularının oldukça sağlam olduğunu söyleyebiliriz. Çalışma grubumuzda yer alan çoğunluğu şizofrenik bozukluk olan psikotik hastaların %15'inde yaşam boyu alkol kullanım bozuklukları görülmüştür. Muesser ve arkadaşları şizofrenide yaşam boyu alkol kötüye kullanım ve / veya bağımlılık oranlarının %12.3 ile %50 arasında değiştiğini bildirmiştir²¹.

Şizofrenide genelde alkolizm sıklığının diğer madde kullanım bozukluklarının sıklığına göre fazla olduğu belirtilmekteyse de kimi araştırmacılar son çalışmalarda elde edilen madde kullanım prevalanslarının çok daha yüksek olduğunu ileri sürmüşlerdir. Örneğin 2004 yılında Kanada'da 207 şizofreni ve diğer psikotik hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, alkol kötüye kullanım/bağımlılık oranının %10.1, esrar kötüye kullanım/bağımlılık oranının %8.2, kokain kullanım bozukluğunun %2.9 olduğu bildirilmiştir. Ancak önceki çalışmalar genel olarak esrar kullanım bozuklukları sıklığının %12.5 ile %35.8 arasında, kokain kullanım bozukluğunun %1 ile %15 arasında değişmektedir^{13,16,18}. Çalışmamızda, psikotik bozukluklarda en sık görülen madde kullanım bozukluğu nikotin idi. Tüm madde kullanım bozuklukları sıklığı ise %55 idi. Bu oran Margolese ve arkadaşlarının son zamanlarda yaptığı bir çalışmada bildirdiği %45'lik oranla benzeşmektedir.

Şizofreni ve diğer psikozlarda, madde kullanımının psikiyatrik belirtileri, özellikle şizofreninin pozitif semptomlarını arttırdığı saptanmıştır. Alkol kötüye kullanımı olan şizofrenlerde alkol kullanmayan şizofrenlere oranla daha çok varsanı ve depresif belirti ortaya çıktığı bildirilmiştir. Benzer biçimde ağır alkol kullanımının saldırgan davranışlar, paranoya, dezorganize enkoheran konuşma , depresyon ve özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Esrar kullanan şizofren hastalarda sanrıların süreklilik kazandığı, daha saldırgan oldukları, kokain kötüye kullanımı olanlarda depresyon, içe kapanmanın arttığı, bellek işlevlerinde sorunlar ortaya çıktığı gösterilmiştir^{22,29-31}. Bütün bu veriler şizofreni hastalarında, tedavi sürecinde gelişim sağlayabilmek için mutlaka madde kötüye kullanımının araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda saptadığımız bir diğer nokta duygudurum bozukluklarında saptadığımız yüksek alkol ve madde kullanım bozukluk sıklıklarıydı. Çalışmamızda

depresif bozukluğu olanlarda alkol kullanım bozukluğu sıklığı % iken bipolar bozuklukta bu oran %; madde kullanım bozukluğu sıklıkları depresif bozukluk ve bipolar bozukluk için sırayla %55, %69 idi. Literatürde her iki bozuklukta görülen alkol dahil madde kullanım bozukluğu sıklığı %20 ile %50 arasında değişmektedir. Ancak çalışmalardan elde edilen genel kanı, bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu görülme sıklığının depresif bozukluğu olan hastalardan daha yüksek oranda görüldüğüdür. Literatürde bipolar hastalarda daha fazla madde kullanım bozukluğu bildirilmişse de bizim çalışmamızda her iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Sonne and Brady, Bipolar bozuklukta”yaşam boyu madde kullanım bozukluğu görülme sıklığını %56, depresif bozuklukta %27; Miller ve Fine ise %50 ve %30 olarak bildirmişlerdir. Bu bulgular çalışmamız sonucu ile uyumludur^{47,54}.

Diğer birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi duygudurum bozukluklarda da madde kullanım bozukluğu varlığı süreç ve prognozu olumsuz etkilemekte ve daha sık hastaneye yatışlara ve tedaviye daha dirençli belirtilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bazı çalışmalarda affektif belirtilerin düzelmesi madde kullanım bozuklukları ile ilgili tablolarında düzelmesine yol açabilmektedir. Bu düzelmelerin çoğu zaman duygudurum bozukluğunun birincil ya da ikincil olması ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Ancak birincil olsun ya da ikincil olsun her iki hastalığın uyumlu biçimde tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle madde kullanımı ile duygudurum bozuklukları arasındaki bu kısır döngünün mutlaka bir yerde kırılması ve tedavi sürecinin rahatlatılması gerekmektedir.

Anksiyete bozuklukları değerlendirildiğinde, çalışmaya alınan hastalarımızın %18’inde alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, %81’inde madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Vaka sayısı yeterli olmadığı ve her anksiyete grubundan hasta yatmadığı için literatürle karşılaştırma yapılmamıştır. Bu bulguların genel olarak literatürle uyumlu olduğu gözlenmektedir. Grant ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan bir çalışmasında, panik bozuklukta alkol ve madde kullanım bozukluk sıklığı %22 iken bu oran sosyal fobide %21, yaygın anksiyete bozukluğunda %15 idi. Diğer çalışmalarda ise obsesif kompulsif bozuklukta bu oranın %33 (alkol için %24, madde kullanım bozukluğu için %18); panik bozuklukta %36 (alkol için %29, madde kullanım bozukluğu için %17 dir) olduğu bildirilmiştir⁶⁶. Bu çalışmalar ve çalışmamız genel olarak duygudurum bozuklukları kadar olmasa da anksiyete bozukluklarında yüksek oranlarda madde kullanım bozukluğu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken mutlaka bazı kısıtlılıklarının da göz önünde tutulması gerekmektedir. Çalışma üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yatan hastalar üzerinde yürütülmüştür. Bu nedenle elde edilen veriler daha çok ayakta tedaviye yanıt vermeyen ağır hastalar üzerinde yürütülmüştür ve verilerin genel popülasyona uyarlanması mümkün olmayabilir. Benzer biçimde sadece görüşmeler ağırlıklı olarak hastaların kendileri ile yapılmış, gerekli durumlarda imkan varsa aile fertleri ile görüşülmüştür. Bu da bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir. Bölgemizde Ruh Sağlığı hastanesine bağlı bir AMATEM olması ve diğer madde kullanım bozukluğu olan hastaların daha çok bu kuruluşa başvurması nedeniyle bu madde bozukluğu olan hasta sayılarının örneklem grubumuzda çok az görülmüş olması olasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yüksek oranlarda alkol, nikotin ve madde kullanım bozuklukları olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.
2. Bir yıllık izlem çalışması sonucu saptadığımız en sık madde kullanım bozuklukları sırasıyla nikotin bağımlılığı (%57.4), alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı (%21.9), ve ardından sedatif/trankilizanlar kötüye kullanımı ya da bağımlılığı (%9) idi.
3. Esrar, kokain ve inhalan madde kullanımını diğer sık kötüye kullanılan maddelerdi.
4. Tüm grup bir arada değerlendirildiğinde ise en az bir madde kullanım bozukluğu sergileyen hasta sayısı 92 (%59.4) idi. Alkol ve nikotin hariç tutularak yapılan değerlendirmede ise bu oran %18.1 olarak saptanmıştır.
5. Demografik altgruplarla yapılan değerlendirmelerde madde kullanım bozukluğu sıklığı cinsiyete göre farklılık göstermezken, tüm maddeler bir arada değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek oranlarda madde kullanım bozukluğu sergiledikleri saptandı.
6. Çalışmamızda psikiyatrik hastalık gruplarının hemen hepsinde yüksek oranda madde kullanım bozuklukları olduğunu saptadık.
7. Nikotin dahil olmak üzere tüm maddeler bir arada ele alındığında, psikotik bozuklarda %55, duygudurum bozukluklarında %61, anksiyete bozukluklarında %81 oranında madde kullanım bozuklukları görülmüştür.

Hemen hemen tüm psikiyatrik bozukluklarda yüksek oranlarda görülen alkol ve madde kullanım bozuklukları hastalık ve tedavi sürecini belirgin olarak etkilemektedir. Birincil hastalığın tedavisi yapılırken ya da tamamlandıktan sonra madde kullanım bozukluklarının tedavisinin yapılmaması, hastalık sürecini ağırlaştırmakta, tedaviye direnç yaratmakta ve tedavinin daha da güçleşmesine yol açmaktadır. Bu nedenlerle birincil hastalıkla birlikte madde kullanım bozukluklarına da uygun bir tedavi yaklaşımı sergilenmesi zorunludur. Psikiyatrik hastalıkların tedavi süreci ile ilgilenen hekimlerin mutlaka ek tanuları, madde kullanım bozukluklarını sorgulamalı, gerekli tedavileri geciktirmeden başlamalıdır. Bu konuda daha ayrıntılı bilgiler edinebilmek içinse, genel toplumun tamamını kapsayan geniş örneklem gruplu çalışmalara olan gereksinimiz açıktır.

7. KAYNAKLAR

1. **Uluğ B.** Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E(Eds). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: MedioGraphics Ajans Matbaacılık Hizmetleri, 1997: 299-320
2. **Hansen SS, Munk-Jorgensen P, Guldbæk B, Solgård T, Laussuz KS, Albrechtsen N, et al .** Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.*, 2000; 102: 432-438
3. **Abou-Saleh MT, Janca A.** The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, .2004; 16: 3-8
4. **Kaplan HI, Sadock BJ.** Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Abay E (Çeviri). *Klinik Psikiyatri*. Nobel Tıp Kitabevleri,2004:75-119
5. **Öztürk MO.** Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8.Baskı,Ankara: Feryal Matbaası,2001;519-549
6. **Sevinçok L, Küçükardalı Y .** Genç erkeklerde madde kullanımı: Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000; 11(1): 40-48
7. **Lehman AF, Myers CP, Corti E, Thompson JW.** Prevalance and patterns of dual diagnosis among psychiatric inpatients. *Comp Psychiatry*.1994; 35:106-112.
8. **Ananth J, Vanderwater S, Kamal M, Bridsky A, Gamal R, Miller M.** Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*,1989; 40:297-299.
9. **Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL.** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA*, 1990; 264: 2511-2518
10. **Drake RE, Wallach MA.** Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*,1989; 40: 1041-1046.
11. **Chen C, Balogh M, Bathija J, Hovanits E, Plutchik R, Conte HR.** Substance abuse among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*,1992; 33: 60-64.
12. **Lyons JS, McGovern MP.** Use of mental health services by dually diagnosed patients. *Hosp Commun Psychiatry*, 1989; 40: 1067-1069.

13. **Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K.** Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*; 2004;67:157-166
14. **Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM.** Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2003;61:89-95.
15. **American Psikiyatri Birliği:** DSM-IV: Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı. 4.baskı, (çev.ed: E.Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1999.
16. **Westermeyer J.** Schizophrenia and substance abuse. *Review of psychiatry*, 1992;11:379-401
17. **Mueser KT, Drake RE, Wallach MA.** Dual Diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*, 1998;23:717-734
18. **Akvardar Y, Tümöklü M, Alptekin K.** Şizofreni ve Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*;2003;4:118-122
19. **Fowler IL, Carr VJ, ve ark.** Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 1998;24:443-455
20. **Soyka M.** Alcoholism and schizophrenia. *Addiction*, 2000, 95 (11): 1613-1618.
21. **Mueser Kt, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, et al.** Prevalance of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bull*, 1990;16:31-56
22. **Swofford CD, Scheller-Gilkey G, et al.** Double jeopardy:schizophrenia and substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*,2000;26:343-353.
23. **Schneier FR, Siris SG.** A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice.*J Nerv Ment*, 1987; 75:641-652
24. **Zeidonis D, Richardson T.** Adjunctive desipramine in the treatment of cocaine abusing schizophrenics. *Psychopharmacol Bull*,1992;23:215-228.
25. **Cuffel BJ, Heithoff KA.** Corraletes of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*, 1993;44:247-251.
26. **Dixon L.** Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia:prevalance and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*,1999;35:93-100
27. **Duke PJ, Pantelis C, McPhilips MA, Barnes TRE.** Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*,2001; 179:509-513.

28. **Rabinowitz J, Bromet EJ, et al.** Prevalance and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first admission psychotic patients. *Psychol Med*,1998; 28:1411-1419
29. **Hambrecht M, Hafner H.** Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 1996;40:1155-1163.
30. **Linszen Dh, Dingemans PM, et al.** Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch gen Psychiatry*, 1994;51:273-279.
31. **Soyka M, Albus M, et al.** Psychopathology in dual diagnosis and non addicted schizophrenics-are there differences? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2001;251:232-238
32. **Negrete JC, Knapp WP, Douglas DE,Smith WP.** Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: results of a clinical survey. *Psychol Med*, 1986;16:515-520
33. **Brady K, Anton R, et al.** Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*,1990;147:1164-1167
34. **Alptekin K, Mete L, Yazıcı K et al.** Comorbid substance abuse and smoking in Turkish patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Res*, 2002;53:224
35. **Uzun Ö, Cansever A, Başoğlu C, Özşahin A.** Smoking and substance abuse in outpatients with Schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. *drug Alcohol Depend*,2003;70:187-19
36. **Decina P, Caracci G, et al.** Cigarette smoking and neuroleptic-induced Parkinsonism. *Biol Psychiatry*, 1990; 28; 502-508.
37. **Dalack GW, Meador-Woodruff JH.** Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of literature. *Schizophrenia Research*,1996;22:133-141.
38. **Yıldız M, Özcan ME.** Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında nikotin bağımlılığı yaygınlığı. *Bağımlılık*,
39. **Brady KT, Sone SC.** The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*,1995; 56(Suppl 3); 19-24.
40. **Kessler RC, McGonagle KA, et al.** Lifetime and 12 month prevalance of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey *Arch Gen Psychiatry*,1994;51(1):8-19.
41. **Helzer J, Pryzbeck T.** The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*, 1988;49:219-224.

42. **Lin CC, Bai YM, Hu PG, Yeh HS.** Substance use disorders among inpatients with bipolar disorder and major depressive disorder in general hospital. *General Hospital Psychiatry*,1998;20:98-101
43. **Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, Maser JD, Keller MB, Endicott J, et al.** Alcoholism in manic-depressive illness; familial illness, course of illness and primary-secondary distinction. *Am J Psychiatry*, 1995; 152:365-372
44. **Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ.** Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord*,2001; 3:181-188.
45. **Gonzales Pinto A, Gutierrez M, et al.** Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*,1998;59:225-228.
46. **Brady K, Casto S, Lydiard RB, Malcolm R, Arana G.** Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1991; 17:389-397.
47. **Ananth J, Wohl M, et al.** Rapid cycling patients: conceptual and etiological factors.*Neuropsychobiology*,1993; 27:193-198.
48. **Goldberg JF, Garino JL, et al.** A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*,1999;60:733-740.
49. **Tohen M, Greenfield SF, et al.** The effect of comorbid substance use disorders on course of bipolar disorder: a review. *Har Rev Psychiatry*,1998;6:133-141
50. **Wilens TE, Biederman J, et al.** Risk for substance use disorders in youths with child and adolescent onset bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;1999;38:680-685
51. **Sone SC, Brady KT, et al.** Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*,1994;182:349-352.
52. **Winokur G, Coryell W, et al.** Bipolar disorder: the course in light of a prospective ten year follow-up of 131 patients. *Acta Psychiatr Scand*,1994;89:102-110.
53. **Miller NS, Guttman BA.** The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders. *Psychiatric Clin North Am*,1993;16:1-10.
54. **Pektaş Ö, Mırsal H, ve ark.** Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4: 26-29.
55. **Sorias S, (çeviri editörü).** DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID): Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, 1999.

56. **Gibbs LE.** Validity and reliability of the Michigan alcoholism Screening Test: a review. *Drug Alcohol Depend*, 1983;12:279-285
57. **Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark.** Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi*, 1995, 34:15-18.
58. **Fagerström KO, Heatherton TF, et al.** Nicotine addiction and its assesment. *Ear Nose Throat J*, 69:763-767
59. **Kuloğlu M, Atmaca M .** Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. *Kriz Dergisi*, 2001, 9(1): 33-38.
60. **Dixon L, McNary S.** Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry*, 1995, 152: 456-458.
61. **Eisen SV, Grob MG et al.** Substance abuse in inpatient psychiatric population. *Mc Lean Hosp J*, 1989;14:1-22
62. **Alterman AI, Erdlen D, Laporte DJ ve Erdlen FR.** Effects of illicit drug use in an inpatient psychiatric population. *Addict Behav*, 1982;7:231-242
63. **Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasoulitis O.** The prevalance and detection of substance use disorders among inpatients ages 18-49: An opportunity for prevention. *Preventive medicine*, 1998;27:101-110.
64. **Lohr JB, Flynn K.** Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 1992;8:93-102
65. **Glassman AH.** Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 1993;150:546-553
66. **Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W et al.** Prevalance and Co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2004;61:807-816

8. EKLER

EK.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı soyadı

Doğum tarihi

Cinsiyet

1.Erkek

2.Kadın

Öğrenim durumu

1.eğitimsiz

2.okur-yazar

3.ilk
öğretim

4.orta
öğretim

5.yüksek
okul

Mesleği

1.yok

2.öğrenci

3.memur

4.işçi

5.evkadım

6.serbest

7.diğer

Sosyoekonomik
durum

1.alt

2.orta

3.üst

Medeni durumu

1.bekar

2.evli

3.boşanmış

4.dul

Çocuk sayısı

Psikiyatrik hastalığı

Psikiyatrik hastalık
başlama yaşı

Hastaneye yatış sayısı

Şu anki tedavi

Şu anda madde
kullanımı

Geçmişte madde
kullanımı

Madde kullanımı
başlama yaşı

Ailede madde
kullanımı

Fiziksel hastalık varsa

EK-2. MİCHİGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ(MATT)

<u>PUAN</u>	<u>SORULAR</u>	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
	0. Şimdi ya da biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?	-----	-----
(2)	1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz?(Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.)(*)	-----	-----
(2)	2. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlamadığınız olur mu?	-----	-----
(1)	3. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?	-----	-----
(2)	4. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?(*)	-----	-----
(1)	5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duyduunuz mu?	-----	-----
(2)	6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı?(*)	-----	-----
(2)	7. İsteddiğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?(*)	-----	-----
(5)	8. Adsız alkoliklerin bir toplantısına hiç katıldınız mı?	-----	-----
(1)	9. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?	-----	-----
(2)	10. İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız		

- arasında sorun oluşturdu mu? -----
- (2) 11. Eşiniz ve yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi? -----
- (2) 12. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu? -----
- (2) 13. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu? -----
- (2) 14. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu? -----
- (2) 15. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi ya da işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu? -----
- (1) 16. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız? -----
- (2) 17. Hiç alkolle ilgili bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi? -----
- (2) 18. Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? (*) -----
- (5) 19. İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi? -----
- (5) 20. İçki nedeni ile hastaneye yattığınız oldu mu? -----
- (2) 21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı? -----

(2) 22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı? -----

(2) 23. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? (Evet ise kaç kere?: _____)(***) -----

(2) 24. İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa göz altına alındığınız oldu mu?(Evet ise kaç kere?: _____)(***) -----

***Alkol bağımlılarının yanıtı olumsuzdur**

****Alkol yoksunluğu deliryumuna 5 puan**

*****her tutuklanma için 2 puan**

EK-3 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Sabah uyandıktan ne kadar süre sonra ilk sigarayı içiyorsunuz?

- . İlk 5 dakika içinde
- . 6-30 dakika içinde
- . 31-60 dakika içinde
- . 60 dakikadan uzun süre

2. Yasak olan yerlerde sigara içmemekte zorluk çekiyor musunuz?

- .Evet
- .Hayır

3. Hangi sigarayı vazgeçilmez buluyorsunuz?

- .Günlük sigarasını
- . Bir başkasını

4. Günde kaç sigara içmemekte zorluk çekiyor musunuz?

- . 10 veya daha az
- . 11-20 arası
- . 21-30 arası
- . 31 veya daha fazla

5. Sabah uyandıktan sonraki ilk saatlerde günün geri kalan zamanlarına oranla daha sık mı sigara içiyorsunuz?

- .Evet
- .Hayır

6. Bir hastalık nedeni ile yatakta yatmak zorunda olduğunuzda bile sigara içer misiniz?

- .Evet
- .Hayır

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gonca Karataş

Doğum Tarihi ve Yeri : 08.10.1978 Adana

Medeni Durum : Bekar

Adres : Cemalpaşa mah. Adliye Loj A blok
No:4/ADANA

Telefon :0322-4546026

E-mail :goncakaratas78@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi :

Görev Yerleri : ÇÜTF Psikiyatri ABD

Dernek Üyelikleri : Türkiye Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar :

Yabancı Diller : İngilizce