

Alkol Bağımlılığı Olan Yatan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eştanılarının Değerlendirilmesi

Dr. Hidayet Öner¹, Dr. Lut Tamam², Dr. Bekir Aydın Levent³
Dr. Seva Öner⁴

ÖZET:

ALKOL BAĞIMLILIĞI OLAN YATAN HASTALARDA EKSEN I VE EKSEN II EŞTANILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Alkol bağımlılarında başta anksiyete, duygudurum ve kişilik bozuklukları olmak üzere psikiyatrik hastalık komorbiditesi (eştanısı) oranının genel popülasyona oranla daha yüksek olduğu sık olarak bildirilmektedir. Anksiyete, depresyon gibi bir psikiyatrik eştanının varlığı durumunda alkol bağımlılığının gidişinin kötüleştiği, bunun da hastalığın sağaltım ve sonlanımını önemli bir biçimde etkilediği saptanmıştır. Bu çalışma alkol bağımlılığı tanısı almış hastaların biyopsikososyal özelliklerinin ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve kişilik bozukluklarının yaygınlığının belirlenmesi; komorbid hastalıkların çeşitli hastalık ve sosyodemografik değişkenler üzerindeki etkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak sağaltım gören yaşları 24-57 arasında değişen (ortalama 42±7 yıl) 80 hasta (72 erkek, 8 kadın) alınmıştır. Tüm hastalarla ilk görüşme, yoksunluk sağaltımı tamamlandıktan sonra, yatışlarının 4.-6. haftaları arasında yapılmıştır. Görüşme sırasında sosyodemografik ve hastalık değişkenlerinin belirlendiği veri toplama formu doldurulmuş ve alkol bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik tanıları saptamak için DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I ve SCID-II) uygulanmıştır. Ayrıca hastalardan aynı gün içerisinde ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği, Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)'ni doldurması istenmiştir.

Bulgular: Olguların % 65'inde (n=52) en az bir komorbid eksen-I bozukluğu saptandı. En sık görülen eksen-I eştanısı major depresyon idi. Olguların % 72.5'inde (n=58) en az bir kişilik bozukluğu vardı. B kümesi kişilik bozukluğu en yaygın görülen kişilik bozukluğu kümesiydi. En sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarıydı. Her iki eksenle tanısı olan hastaların oranı % 50 olarak bulundu. En az bir eksen I ya da eksen II tanısı olan hasta oranı % 87.5' (n=70)di. 10 hastada ise her iki eksenle de komorbidite saptanmadı. 2.eksende tanı alanlarda ek madde kullanımı, öz-kıyım girişimleri, anlamlı düzeyde yüksek iken, alkol kullanımını ile ilgili aşamaların daha erken yaşta başladığı belirlenmiştir.

Sonuç: Alkol bağımlılığı olan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının özellikle depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluklarının bulunması, bu hastaların tedavi ve sonlanımlarını önemli düzeyde etkilemektedir. Bu nedenle eştanıların bu konuyla uğraşan araştırmacılar ve klinisyenler tarafından göz önünde bulundurulması tanı, sağaltım, izlem sürecine önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Alkol bağımlılığı, anksiyete, depresyon, komorbidite, kişilik bozuklukları

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:14-22

ABSTRACT:

ASSESSMENT OF AXIS I AND AXIS II COMORBIDITIES IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Objective: Higher comorbidity rate with anxiety, depression and personality disorders have been consistently reported for patients with alcohol dependence. Presence of a comorbid disorder might result in poorer disease course and affect the treatment and prognosis. The aim of present study was to determine the prevalence of axis I and axis II comorbidities in hospitalized patients with a diagnosis of alcohol dependence and assess the influence of comorbidity on disease and sociodemographic characteristics of the patients.

Methods: Eighty patients (72 male, 8 female) diagnosed as alcohol dependence according to DSM-III-R and age range between 24 and 57 were included in this study. Patients were first interviewed within 4th to 6th week after the completion of withdrawal treatment for alcohol. Sociodemographic form and Structured Clinical Interview for DSM-III-R for both axis I and axis II disorders have been completed. Along with these instruments, all patients filled Symptom Check List, Spielberger's State and Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory for objective evaluation of depression and anxiety symptoms.

Results: Sixty five percent of all cases had at least one comorbid axis I disorder according to DSM-III-R. Most common axis I comorbid disorder was major depression. 72.5% of cases had at least one comorbid personality disorder. B cluster personality disorder was the most common comorbid personality cluster. Antisocial and borderline personality disorders were the most frequent comorbid personality disorders respectively. Fifty percent of cases had both axis I and axis II comorbid diagnoses. 10 (12.5%) cases did not have any comorbid disorders in both axes. Patients with a diagnosis in axis II had significantly higher additional substance abuse, suicide attempt and earlier onset for using alcohol.

Conclusions: Presence of comorbid axis I and axis II disorders like anxiety, depression and personality disorders have clear impacts on treatment and prognosis of patients with a diagnosis of alcohol dependence. Thus, the detailed evaluation of presence of comorbidity by clinicians will provide significant contributions to management, diagnosis and treatment of cases with alcohol dependence.

Key Words: Alcohol dependence, anxiety, depression, comorbidity, personality disorders

Bull Clin Psychopharmacol 2002;12:14-22

GİRİŞ

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli halk sağlığı sorunlarından biri durumuna gelmiştir.

Yapılan çalışmalar toplumu oluşturan bireylerin % 90' ının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (1,2,3).

¹Malatya SSK Hastanesi, ²Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ³Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
⁴Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Lut Tamam, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, 01330 Balcalı - ADANA
Tel: +90 (322) 338 6060 / 3247 Fax: +90 (322) 338 6505 e-mail: Ltamam@mail.cu.edu.tr

Kabul tarihi / Acceptation date: 03.02.2002

Alkol bağımlılığı bireyin biyopsikososyal bütünlüğünü bozmakla kalmayıp, aile ve topluma da büyük zararlar vermekte, ailelerin parçalanmasında, iş ve trafik kazalarında, yaralama, öldürme ve özkiyim olaylarında, iş ve iş gücü yitimlerinde önemli bir rol oynamaktadır (4).

Akut ya da kronik alkol kullanımı sırasında depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikoz gibi sorunlar ortaya çıkabilmekte; ayrıca alkol entoksikasyonu ya da alkol yoksunluğu gibi tablolar benzer süreçlere neden olabilmektedir. Buna paralel olarak alkol bağımlılarında başta anksiyete, duygudurum ve kişilik bozuklukları olmak üzere psikiyatrik hastalık eştanısı oranının genel popülasyona göre yüksek olduğu bildirilmektedir (1,3,5). ABD'de yürütülen Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area- ECA) alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olan hasta grubunda yaşam boyu en az bir eksen I ruhsal bozukluğunun bulunma sıklığı % 37 olarak saptanmıştır (2). Diğer bazı epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda bu sıklığın % 60'lara ulaşabileceği rapor edilmiştir (3). Ülkemizde Türkçapar ve arkadaşları (6) tarafından yürütülen bir klinik çalışmada eksen I eştanı sıklığı, yatan alkol bağımlılığı hastalarında % 50 olarak saptanmıştır. Eksen I eştanıları dışında eksen II, yani kişilik bozukluklarına da alkol bağımlılığı olan hastalarda sıkça rastlanır. Antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) başta olmak üzere kişilik bozukluklarının görülme sıklığının, alkol bağımlılığı olan hastalarda %60'lara varan oranlarda yüksek olduğu çalışmalarda sıkça bildirilmektedir (4).

Anksiyete bozuklukları ve major depresyon gibi eksen I eştanısının ya da antisosyal kişilik bozuklukları gibi eksen II bozukluklarının varlığı durumunda, alkol bağımlılığının gidiş ve sonlanımının kötüleştiği; bu hastaların hastalık öncesi çevreyle uyumda ağır şiddette sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (4,5). Alkol bağımlılığının diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi, nedenleri, sonuçları ve tanı, sağaltım, gidiş ve sonlanım üzerindeki etkileri ile ilgili araştırmalar, alkol bağımlılığına karşı koruyucu önlemlerin alınması ve sağaltım etkisinin geliştirilebilmesi için halen sürdürülmektedir (5,6).

Bu çalışmanın amacı alkol bağımlılığı sürecine önemli bir etkisi olduğu düşünülen ve eşlik eden eksen I ve eksen II psikiyatrik bozuklukların (eştanıların) sıklığını, şiddetini, kendi aralarındaki ve diğer sosyodemografik ve hastalık değişkenleriyle olan ilişkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Bu çalışma; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde Mayıs 2000 - Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya psikiyatri kliniğinde alkol bağımlılığı tanısıyla yatarak sağaltım gören hastalar alındı. DSM-IV alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan, çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini taşımayan denekler çalışma grubuna alındı. Araştırmayı kabul eden denek sayısı 80 kişiye ulaştığında araştırmaya son verildi. Bu süreç içeri-

sinde 5 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmedi.

18 yaşın altında olanlar, ilköğretim olmayan ya da okuma yazma bilmeyenler, alkol bağımlılığına ek olarak diğer madde bağımlılıklarından birinin daha tanı ölçütlerine uyanlar, zeka geriliği veya organik beyin bozukluğu olanlar çalışmaya alınmadı. Alkol dışı diğer madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanı ölçütlerini karşılayanlar çalışmaya alınmamıştır. Ayrıca alkolün kesilmesi sırasındaki ilk birkaç haftada anksiyete ve duygudurum bozukluklarının sık olarak görüldüğüne ilişkin görüşlere dayanılarak hastalarla görüşmeler 4. haftadan sonra yapılmıştır. Yoksunluk sağaltımı bitmiş tüm hastalarla yatışlarının 4.-6. haftaları arasında görüşüldü.

İlk görüşmede denegin dışlama ölçütlerinden birini taşıyıp taşımadığı, araştırmaya girmeyi kabul edip etmediği, alkol yoksunluk belirtilerinin kaybolup kaybolmadığı saptanmıştır. Bu görüşmede deneye, DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I) uygulanmış, veri toplama formu doldurulmuş, DSM-III-R ölçütlerine göre hazırlanmış SCID-II kişilik formu, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2) verilerek ikinci görüşmeye kadar doldurması istenmiştir. İlk görüşmeden ortalama bir hafta sonra ikinci görüşmede deneye doldurduğu kişilik formunun ışığında SCID-II uygulanmıştır. SCID-I ve SCID-II ile alkol bağımlılığına eşlik eden Eksen I ve Eksen II tanıları belirlenmiş ve eştanılı alkol bağımlılığı grupları, eştanısı olmayan alkol bağımlılığı grupları ile klinik, sosyodemografik ve test puanları yönünden karşılaştırılmıştır. SCID-I'e göre belirlenen I. Eksen tanıları "şu anda" ve "yaşam boyu" şeklinde belirtilmiştir. "Şu anda" deyimini kişinin görüşme sırasında o bozukluğun ölçütlerini karşıladığını belirtmektedir. "Yaşam boyu" deyimini kişinin yaşamının herhangi bir döneminde o bozukluğun ölçütlerini karşıladığını belirtmekteydi.

Veri Toplama Araçları:

1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu:

Çalışmada kullanılan ve tarafımızdan hazırlanan veri toplama formu iki bölümden oluşuyordu. İlk bölümdeki sorular; adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, halen yaşadığı yer, sosyoekonomik düzeyi vb. sosyodemografik verileri elde etmek amacıyla hazırlandı. Sonraki sorularda, alkole ilk başlangıç yaşı, alkol kullanımına bağlı yaşam sorunları ve bunların başlangıç yaşı, sağaltıma ilk başvuru yaşı ve sayısı, alkol kullanımına bağlı gelişen adli-idari sorunlar, evlilik ve aile sorunları, alkole bağlı entoksikasyon varlığı, özkiyim girişimleri, geçmişte alkol dışı madde kullanımı, 1. ve 2. derece yakınlarında alkol bağımlılığı ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi demografik veriler yer almaktaydı.

2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R):

SCL-90-R, Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir be-

lirti tarama ölçeğidir (7). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır (8).

3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): BDÖ, depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyonun derecesini nesnel olarak sayılara dökmektir. Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (9). BDÖ'nün Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları önce Tegin ve daha sonra Hisli tarafından yapılmıştır (10,11). Hisli (11) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme noktalarını incelemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukta ayırt edebileceğini bildirmiştir.

4. Durumluluk (STAI-1)-Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği: Durumluluk ve sürekli anksiyete düzeylerini ayrı ayrı belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan STAI, Spielberger'in İki Faktörlü Kaygı kuramından kaynaklanmıştır (12). STAI, kırk maddeden oluşan, yirmişer maddelik iki ayrı ölçeği içeren bir öz-değerlendirme anketidir. STAI-1 durumluluk anksiyeteyi, STAI-2 sürekli anksiyeteyi ölçer. Bu ölçek Öner ve LeCompte tarafından dilimize çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13).

5. DSM-III-R Eksen I ve Eksen II için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I ve SCID-II): DSM-III-R Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), DSM-III-R Eksen I majör tanıların konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (14). Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-III-R tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanılarının geçerliliğinin artırılması, gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID'in geliştirilmesindeki amaçlardan biri de etkili ve kullanımı kolay bir ölçek üretmektir. Böylece yapılandırılmış görüşmelerin avantajları klinik değerlendirmede uygulanabilecektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (15). SCID-II ise, DSM-III-R sınıflandırma sisteminde yer alan kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmış, 120 soruluk bir formdur. Tercihler 'evet' veya 'hayır' şeklindedir. 'Evet'ler kişilik bozukluğu yönünden değer taşır. Kesin tanı verilen yanıtlara göre değil klinisyenin görüşmesi sonrasında yaptığı değerlendirme ile konur. SCID'in Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (15).

İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler "SPSS for Windows 10.0" paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin

ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grubun ortalamalarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi testi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda anlamlı farklılığın kaynağını saptamak için post-hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 80 hastanın (72 erkek, 8 kadın) yaş ortalaması $41.2 \pm (7.8)$ idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Özellikler		n (%)
Cinsiyet	Erkek	72 (%90)
	Kadın	8 (%10)
Yaş (Ort.)		41,4 ± 7,8 (ranj= 24-57)
Yaş grupları	21-30	8 (%10)
	31-40	30 (%37.5)
	41-50	32 (%40)
	51 ve üstü	10 (%12.5)
Medeni Durum	Evli	50 (%62.5)
	Bekar	6 (%7.5)
	Boşanmış	24 (%30)
Eğitim	İlköğretim	28 (%35)
	Ortaöğretim	34 (%42.5)
	Yüksek	18 (%22.5)
Sosyoekonomik Düzey	Alt	24 (%30)
	Orta	48 (%60)
	Yüksek	8 (%10)
Meslek	Ev kadını	4 (%5)
	Memur	16 (%20)
	İşçi	8 (%10)
	Serbest	26 (%32.5)
	İşsiz	8 (%10)
Yaşadığı Yer	Emekli	18 (%22.5)
	Kent-merkez İlçe	48 (%60)
		32 (%40)

Erkek hastaların yaş ortalaması ($42,1 \pm 7,9$ yıl), kadın hastaların yaş ortalamasından ($35,7 \pm 4,2$ yıl) yüksekti ($p=0,017$). Kadın hastalarla erkek hastalar arasında sosyoekonomik düzey ($p=0,082$), eğitim düzeyi ($p=0,07$) ve medeni hal ($p=0,140$) sıklığı yönünden anlamlı bir farklılık saptanmadı. Tüm hastaların alkol bağımlılığı ve hastalık süreci ile ilgili özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastalıkla ilgili özellikler

Alkole başlama yaşı (yıl)	19,0 ± 3,8
Bağımlılık yaşı (yıl)	26,1 ± 6,1
Sorunların başladığı yaş (yıl)	30,9 ± 7,2
Tedaviye ilk başvuru yaşı (yıl)	37,5 ± 7,8
Ortalama yatış sayısı	1,9 ± 1,1 (ranj= 1-6)
Entoksikasyon varlığı	36 (%45)
Ek madde kullanımı	18 (%22.5)
Alkol dışı psikiyatrik hastalık öyküsü	10 (%12.5)
Alkole bağlı fiziksel hastalık	44 (%55)
Ailede alkol bağımlılığı öyküsü	42 (%52.5)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	18 (%22.5)
Özkiyim girişimi	14 (%17.5)

Olguların 6'sında (%7,5) esrar, 4'ünde (%5) eroin, 4'ünde (%5) çeşitli haplar, 3'ünde (%3,7) kokain, 3'ünde (%3,7) uçucu madde kullanım öyküsü vardı. 31 hastada (%40) karaciğer ile ilgili fiziksel rahatsızlıklar (karaciğer yağlanması, hepatit B-C v.b.), 14'ünde (%20) gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 6'sında (%7,5) hipertansiyon ya da kardiyovasküler sistem rahatsızlıklarının bulunduğu saptandı.

Hastaların 30'unun (%37,5) birinci dereceden akrabalarında alkol kullanım bozukluğu olduğu belirlendi. 12'sinin (% 15) 2.derece akrabalarında alkol kullanım öyküsü vardı. Olguların %50'sinde (n=40) alkol bağımlılığının ortaya çıkardığı aile içi ve evlilik sorunları öyküsü vardı. Bunların 24'ü boşanmıştı. Olguların %70'i (n=56) ise alkole bağlı ekonomik sorunlar bildiriyordu. Bunların 16'sında da (%20) alkole bağlı işini yitirme öyküsü (işe gitmeme, işiyle yeterince ilgilenmeme v.b.) vardı. Diğer hastalar (%50) ise alkole harcanan para, buna bağlı aşırı borçlanma gibi nedenlerle ekonomik sıkıntı içerisindeydi. Hastaların %37,5'u (n=30) alkole bağlı olarak adli (alkollü iken adam yaralama, kavga etme, alkollü araç kullanma sırasında trafik kazasına yol açma v.b.), % 15'i (n=12) ise idari (iş yerine geç gitme, iş yerinde alkol içme v.b.) soruşturma geçirmişlerdi.

Çalışmaya alınan olguların 52'sinde (%65) SCID-I'e göre alkol bağımlılığı dışında en az bir eksen I bozukluğu eştanısı bulunduğu saptandı. Bu hastalarda bulunan eksen I tanıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

En az bir kişilik bozukluğu eştanısı alan hasta sayısı 58 (%72,5) idi. Hastaların eksen II'de aldıkları eştanı sıklıkları Tablo 4'te gösterilmiştir. Hem eksen I hem de eksen II tanısı olan hasta sayısı 40 (%50) ve en az bir eksen I ya da eksen II tanısı olan hasta sayısı ise 70 (%87,5) di. On (%12,5) hastada ise eksen I ya da eksen II tanısı saptanmadı.

Hastaları, eksen I'de tanısı olup eksen-II de tanısı olmayanlar (1. grup), her iki eksen de tanısı olmayanlar (2. grup), her iki eksen de tanısı olanlar (3. grup) ve eksen II tanısı olup eksen I tanısı olmayanlar (4. grup) şeklinde 4 gruba ayırarak psikometrik ve sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdık. Oluşturduğumuz grupları psikometrik test sonuçlarına göre karşılaştırdığımızda,

SCL psikotizm ve fobik anksiyete alt ölçekleri dışında gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 5) . Psikotizm alt ölçeğindeki bu farklılık iki eksen de tanısı olan grupla hiç tanı olmayan grup arasında,

Tablo 3. Alkol bağımlılığı olan hastalarda bulunan DSM-IV'e göre eksen I tanıları

Eksen-I bozukluğu	n	(%)
Duygudurum Bozuklukları	36	(45)
Major depresyon (şu anda)	26	(32,5)
Major depresyon (Yaşam boyu)	28	(35)
Distimik Bozukluk	4	(5)
Psikotik Bozukluklar	2	(2,5)
Sarımsal Bozukluk	2	(2,5)
Anksiyete bozuklukları	22	(27,5)
Agorafobili Panik Bozukluk (şu anda)	4	(5)
Agorafobili Panik Bozukluk (yaşam boyu)	8	(10)
Agorafobisiz Panik bozukluk (şu an)	4	(5)
PTSB(yaşam boyu)	8	(10)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu (yaşam boyu)	2	(2,5)
Sosyal Fobi (şu an)	2	(2,5)
Özgül Fobi (şu an)	4	(5)
Özgül Fobi (yaşam boyu)	6	(7,5)
Somatoform bozukluk	6	(7,5)
Somatizasyon bozukluğu	6	(7,5)
Hipokondriasis	2	(2,5)

Tablo 4. Alkol bağımlılığı olan hastalarda DSM-IV'e göre eksen-II tanıları

Eksen-II bozukluğu	n	(%)
A kümesi	14	17,5
Paranoid KB	10	(12,5)
Şizoid KB	4	(5)
Şizotipal KB	0	(0)
B Kümesi	44	(55)
Antisosyal KB	30	(37,5)
Borderline KB	16	(20)
Histrionik KB	2	(2,5)
Narsisistik KB	2	(2,5)
C Kümesi	10	(12,5)
Avoidan KB	4	(5)
Bağımlı KB	4	(5)
Obsesif kompulsif KB	2	(2,5)
Pasif Agresif KB	2	(2,5)

Tablo 5. Eksen I ve eksen II tanılarının varlığına göre oluşturulmuş grupların psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması

	Eksen II Tanısı Olmayan (n=22)		Eksen II Tanısı Olan (n=58)		ANOVA* İstatistiksel Değerlendirme	Post Hoc Test**
	Eksen I Tanısı Var (1) (n=12)	Eksen I Tanısı Yok (2) (n=10)	Eksen I Tanısı Var (3) (n=40)	Eksen I Tanısı Yok (4) (n=18)		
SCL-Genel	1,2 ± 0,6	0,7 ± 0,4	1,3 ± 0,7	1,1 ± 0,6	p=0,108	
SCL-S	1,3 ± 0,9	0,5 ± 0,5	1,2 ± 0,9	1,3 ± 0,8	p=0,053	
SCL-OK	1,4 ± 0,6	0,8 ± 0,4	1,3 ± 0,7	1,1 ± 0,5	p=0,097	
SCL-KD	1,1 ± 0,5	0,8 ± 0,4	1,2 ± 0,8	1,2 ± 0,9	p=0,678	
SCL-P	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,9 ± 0,6	0,9 ± 0,5	p=0,004*	3>1** p=0,001
SCL-PD	1,3 ± 0,8	0,9 ± 0,4	1,5 ± 0,9	1,3 ± 0,7	p=0,383	
SCL-H	1,3 ± 0,4	0,7 ± 0,5	1,2 ± 1,1	1,4 ± 1,1	p=0,143	
SCL-FA	0,9 ± 0,6	0,3 ± 0,3	0,8 ± 0,7	0,8 ± 0,5	p=0,02*	3>2** p=0,019
BDÖ	18 ± 10	14 ± 9	22 ± 14	18 ± 12	p=0,442	
STAI-I	44 ± 13	48 ± 15	44 ± 13	40 ± 12	p=0,499	
STAI-2	51 ± 8	46 ± 9	51 ± 10	46 ± 8	p=0,243	

* : p<0.05 anlamlı (ANOVA)

** : p<0.05 anlamlı (Bonferrani testi)

sındaki farklılıktan kaynaklanırken, fobik anksiyete alt ölçeğinde her iki eksen de tanısı olan grupla eksen I tanısı olan grup arasındaki farklılıktan kaynaklanıyordu.

Eksen II tanısı olan alkol bağımlılarında ek madde kullanımı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksekti. Eksen II tanısı olmayan grupta ek madde kullanımı hiç yoktu. Bunun dışında gruplar arasında entoksikasyon varlığı, fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede alkol öyküsü, intihar girişimi sıklığı yönünden anlamlı bir farklılık saptanmadı. Eksen I ve eksen II tanılarına göre oluşturduğumuz alt grupların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmişken, bu grupların yaş ve yatış sayılarının karşılaştırılması Tablo 7'de yer almıştır.

Eksen II tanısı olan hastalarda (3. ve 4. grup) alkol başlama yaşının erken oluşu diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlıydı. Aynı durum bağımlılığın gelişme yaşı, sorunların başladığı yaş ve tedaviye başlama yaşı içinde geçerliydi. Eğer hastaları sadece eksen II tanısının varlığına göre gruplandırıp çeşitli aşamalarındaki yaşları karşılaştırdığımızda, benzer şekilde eksen II eştanısı olan alkol bağımlılığı hastalarında alkol başlama yaşı ($p=0,001$), bağımlılık yaşı ($p=0,001$),

sorunların başladığı yaş ($p=0,003$), tedavi için ilk başvuru yaşı ($p=0,002$) eksen II eştanısı olmayan hastalara göre küçüktü. Hastaları sadece eksen I tanısı olup olmadığına göre gruplandırıp karşılaştırdığımızda ise gruplar arasında belirtilen yaş değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenleridir. Alkol araştırmaları alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığının nedenleri, sağaltımı, ve önlenmesi ile ilgili konuların anlaşılmasında yardımcı olmaktadır. Alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı ve dağılımı, bu sorunun yanıtlanmasında önem kazanmaktadır (4). Çünkü, eştanının gözardı edilmesi alkol bağımlılığı gibi süregen gidis gösteren bozukluklarda önemli tanısız ve sağaltım yanlışlıklarına yol açmaktadır (16). Bu çalışmada, yatarak sağaltım gören alkol bağımlılarında sosyodemografik özelliklerin, eksen I ve eksen II tanılarının belirlenmesi ve eştanı dağılımının sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildi-

Tablo 6. Eksen I ve eksen II tanılarının varlığına göre oluşturulmuş grupların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

	Eksen II Tanısı Olmayan (n=22)		Eksen II Tanısı Olan (n=58)		Ki-Kare Testi*
	Eksen I Tanısı Var (1) (n=12)	Eksen I Tanısı Yok (2) (n=10)	Eksen I Tanısı Var (3) (n=40)	Eksen I Tanısı Yok (4) (n=18)	
Entoksikasyon varlığı	6 (%50)	2 (%20)	18 (%45)	10 (%56)	$p=0,326$
Ek madde kullanımı	0 (%0)	0 (%0)	10 (%25)	8 (%45)	$p=0,009^*$
Alkol dışı psikiyatrik hastalık öyküsü	2 (%17)	0 (%0)	8 (%20)	0(%0)	$p=0,1$
Alkole bağlı fiziksel hastalık	6 (%50)	8 (%80)	18 (%45)	12 (%67)	$p=0,154$
Ailede alkol bağımlılığı öyküsü	6 (%50)	6 (%60)	22 (%55)	8 (%44)	$p=0,844$
İntihar girişimi	0(%0)	0(%0)	8 (%20)	6 (%33)	$p=0,057$

* : $p<0.05$ anlamlı (ki-kare testi)

Tablo 7. Eksen I ve eksen II tanılarının varlığına göre oluşturulmuş grupların yaş ve yatış sayılarının karşılaştırılması

	Eksen II Tanısı Olmayan (n=22)		Eksen II Tanısı Olan (n=58)		ANOVA* (İstatistiksel Değerlendirme)	Post Hoc Test**
	Eksen I Tanısı Var (1) (n=12)	Eksen I Tanısı Yok (2) (n=10)	Eksen I Tanısı Var (3) (n=40)	Eksen I Tanısı Yok (4) (n=18)		
Alkole başlama yaşı	21,3±3,3	21,0 ± 4,9	18,6 ± 3,3	17,2 ± 3,6	$p=0,004$	1>4 , 2>4
Bağımlılık Yaşı	32,1 ± 4,1	26,6 ± 4,4	25,4 ± 5,4	23,7 ± 7,0	$p=0,001$	1>3, 1>4
Sorunların başladığı yaş	37,0 ± 5,9	32,2 ± 6,3	29,5 ± 6,5	29,4 ± 8,2	$p=0,018$	1>3, 1>4
Tedaviye başlama yaşı	44,2 ± 7,5	38,8 ± 5,4	35,9 ± 7,1	35,8 ± 8,5	$p=0,010$	1>3, 1>4
Ortalama yatış sayısı	1,8 ± 1,5	1,8 ± 0,8	2,0 ± 1,2	1,8 ± 0,8	$p=0,734$	

* : $p<0.05$ anlamlı (ANOVA)

** : $p<0.05$ (Bonferroni Testi)

rilmesi hedeflenmiştir. Alkol bağımlılarında psikiyatrik eştanıyı araştıran bazı çalışmalarda çeşitli yöntem ve örneklem farklılıkları bulunmakta ya da bu konularda yeterince bilgi bulunmamaktadır. Bu durum ise çalışmaların değerlendirilmesinde ve karşılaştırılmasında sorunlara neden olmaktadır. Bu çalışmada olası sorunları ortadan kaldırmak için, hastaların olası eştanıları kendi kendine değerlendirme ölçeklerinin yanı sıra, yapılandırılmış yüz yüze görüşme tekniği olan SCID I ve SCID II ile de değerlendirilmiştir.

Olguların % 65'inde en az bir eksen I bozukluğu saptanmıştır. Bu oran ülkemizde ya da yurtdışında yapılmış epidemiyolojik ya da klinik çalışmalarda bildirilen rakamlara (%20 ile %50 arası) oranla daha yüksekti (2,3,6). Eksen I bozuklukları içerisinde duygudurum bozuklukları %45 ile en sık görülen tanı kümesiydi. Bunu %27.5 sıklık ile anksiyete bozuklukları kümesi izlemekteydi. Görüşme sırasındaki major depresyon eştanı sıklığı %32,5, yaşam boyu major depresyon sıklığı ise %35 olarak saptandı. Bu oranlar, eksen I eştanıları tek tek ele alındığında en sık görülen ruhsal bozukluklardı. ABD'de yapılmış geniş kapsamlı epidemiyolojik bir çalışma olan Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area Study: E-CA) alkol kullanım bozukluklarında duygudurum bozuklukları eştanı oranı %13,4 olarak bulunmuştur (2). Aynı çalışmada major depresyonun eştanısının yaşam boyu yaygınlığı %5,9'dur. Yine ABD'de yapılmış olan Ulusal eştanı Tarama çalışmasında (National Comorbidity Survey- NCS) ise erkek alkol bağımlılarında yaşam boyu depresyon oranı %24,3, kadınlarda ise %48,5'dir (3). Ülkemizde İncesu tarafından yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında duygudurum bozukluğu eştanı sıklığı %20 olarak bulunmuş, major depresyon %15 ile en sık görülen duygudurum bozukluğu olarak saptanmıştır (17). Yine ülkemizde Türkçapar ve arkadaşlarının bir çalışmasında alkol bağımlılığı tanısı almış 60 yatan hastanın yaklaşık %50'sinde major depresyon ve distimi öncelikli olmak üzere en az bir eştanı konduğu bildirilmiştir (6). Yapılmış olan klinik çalışmalardan birinde, Hesselbrock ve arkadaşları hastanede yatan alkoliklerde yaşam boyu depresyon yaygınlığını % 23 olarak bulmuşlardır (18). Merikangas ve Gelernter'in hastanede yatan alkolik hastalarla yapılan klinik çalışmaları gözden geçirdiği yazılarında, major depresyon eştanı oranının %8 ile %53 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (19). Bizim çalışmamızdaki major depresyon eştanı oranların genel olarak klinik çalışmalardan bir miktar daha yüksek olduğu söylenebilir.

Diğer duygudurum bozukluklarından distimik bozukluk eştanısı hastalarımızda %5 oranında görülmüştür. ECA çalışmasında (2), distimik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %3,3 olarak saptanmıştır. Ülkemizde İncesu'nun yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılığı olan hastalarda distimik bozukluk eştanısı %4 oranında saptanmıştır (17). Bu çalışmadaki %5'lik oran bu sonuçlarla uyumlu bulunmuştur. Bipolar bozukluğun genel olarak toplumda görülme riski %1 iken, alkol bağımlı-

larında bu oranın farklı çalışmalarda %2,8 ile %8 arasında değiştiği bildirilmiştir (20). Çalışmamızda ise, bipolar bozukluk tanısı alan hasta bulunmamaktadır ki, bu durum literatür ile uyumlu değildir. Genel olarak eksen I eştanıları ve duygudurum bozuklukları arasındaki bu uyumsuzluk, örneklem grubunun sayısı olarak az olmasından ve genel olarak toplumu temsil yeteneğinden uzak olmasından kaynaklandığı ileri sürülebilir.

Çalışmamızda duygudurum bozukluklarından sonra en sık eksen I eştanı grubu, anksiyete bozuklukları (%27,5) idi. Görüşme sırasında panik bozukluk %10, sosyal fobi %2,5, yaşam boyu agorafobili panik bozukluk %10, posttravmatik stres bozukluğu %10, özgül fobi %7,5 oranında bulunmuştur. NCS çalışmasının verilerine göre alkol bağımlılığının diğer anksiyete bozuklukları ile yaşam boyu birlikte bulunma oranlarına bakıldığında erkeklerde yaygın anksiyete bozukluğu %8,6, panik bozukluk %3,6, agorafobi %6,5, sosyal fobi %19,3, basit fobi %13,9, post travmatik stres bozukluğu %10,3, kadınlarda bu oranlar yaygın anksiyete bozukluğu %15,7, panik bozukluk %12, agorafobi %18,5, sosyal fobi %30,3, basit fobi %30,7, post travmatik stres bozukluğu %26,2 olarak saptanmıştır (21). Klinik çalışmalarda ise alkol bağımlılığında eştanı sıklığı olarak; yaygın anksiyete bozukluğu %8-56, sosyal fobi %2,4-39, obsesif kompulsif bozukluk %2,7-12, agorafobi %2,4-41, panik bozukluk % 3-60, özgül fobi %6-17 arasında bulunmuştur (16,22-30). Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında anksiyete bozukluğu eştanı yaygınlığının %33 olduğu, en sık görülen anksiyete bozukluklarının %15 ile basit fobi, %10 ile sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (17). Çalışmamızın bulgularını literatürde yapılmış çalışma sonuçları ile karşılaştırdığımızda; yaygın anksiyete bozukluğu gerek klinik gerekse populasyon çalışmalarından daha düşük bulunmuştur. Sosyal fobi ise klinik araştırma sonuçları ile uyumludur, ancak alt sınırdadır. Panik bozukluk ve özgül fobi oranı literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hasta saptanamamıştır, bu durum literatürle uyumlu değildir.

Çalışmamız dahil olmak üzere, şu ana kadar yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile alkol bağımlılığı arasında önemli bir ilişki ve birliktelik olduğunu göstermektedir. Bu birlikteliklere karşın, bu ilişkilerin temeli tam olarak aydınlatılmış değildir. Sıklıkla kabul görmüş bir varsayma göre, bu komorbidite türleri alkolizm ile anksiyete ya da depresif bozukluklar arasındaki nedensel bir ilişkiyi yansıtmaktadır (22). Bu varsayma en büyük destek olarak, alkolün olumsuz duygulanımın tedavisinde hastalar tarafından kullanılması ve alkolizmin sıklıkla anksiyete ve depresyona ikincil olarak gelişmesi gösterilmektedir. Ancak bu iki grup arasındaki ilişkinin yönü tek taraflı olmaktan çok karşılıklıdır. Çünkü belirtilen varsayımda öngörüldüğünün aksine çoğu hastada alkolizm birincil olarak ortaya çıkabilir ve alkolizm, bir yaşam stresi ya da biyolojik bir toksin olarak depres-

yon, anksiyete ya da olumsuz duygulanımın oluşup gelişmesine imkan verebilmektedir. Komorbidite ile ilgili ortaya atılan bir diğer açıklama ise ortak etyolojik faktörlerin alkolizm, depresyon ya da anksiyete gelişimine katkısı olduğunu ya da bu üç bozukluğun aynı hastalığın farklı evrelerini temsil etme olasılıklarının bulunabileceği ileri sürülmüştür (22). Alkolizm ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin etyolojik temeli hakkında henüz kesin bir fikir birliğine ya da sonuca varılabilmiş değildir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir diğer nokta alkol bağımlılığı olan hastalarda bulunan Eksen II tanıları idi. Eksen II bozukluklarının dağılımına baktığımızda; en az bir kişilik bozukluğu olan hasta oranı %72,5'di. A kümesi kişilik bozukluğu %17,5; C kümesi kişilik bozukluğu %12,5 oranında saptanırken, B kümesi kişilik bozukluğu %55 ile en yaygın görülen kişilik bozukluğu kümesiydi. Bu grupta ve genel olarak en sık görülen kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğuyken (%37,5) daha sonra, borderline kişilik bozukluğu (%20) gelmekteydi. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında saptadığımız eksen II komorbidite oranı oldukça yüksekken, yurtdışında yapılmış olan bazı çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermekteydi. İncesu'nun çalışmasında (17) alkol bağımlılarında herhangi bir kişilik bozukluğu eştanı sıklığı %22 olarak bulunmuş ve en sık ikinci eksen tanıları olarak antisosyal kişilik bozukluğu %9, avoidan kişilik bozukluğu %6, bağımlı kişilik bozukluğu %4 gösterilmiştir. Türkçapar ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların yaklaşık %36'sında en az bir kişilik bozukluğu görülürken, en sık görülen kişilik bozukluğunun antisosyal kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (6). Yurtdışında yapılmış çalışmalardan Nace ve arkadaşları (31) alkol/madde bağımlılığı olan ve yatarak sağaltım gören 100 hastanın %57'sinde en az bir kişilik bozukluğu saptamışken, Verheul ve arkadaşları alkol ve madde bağımlısı 370 hastanın %57'sinde en az bir kişilik bozukluğu bulunduğunu belirlemişlerdir (32).

ECA çalışmasına göre yaşam boyu alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan erkeklerin %15'i ve kadınların %10'u antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır (2). NCS çalışması sonuçlarına göre ise yaşam boyu alkol bağımlılığı tanısı alan erkeklerin %17, kadınların ise %8'inde antisosyal kişilik bozukluğu belirlenmiştir (3,21,33). Çalışmamızdaki antisosyal kişilik bozukluğu oranı epidemiyolojik çalışmalarda saptanan oranlara göre yüksektir. Ancak klinik çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumlu görünmektedir. Ross ve arkadaşlarının (34) çalışmasında alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastaların %51'i aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu tanısını karşılamaktadır. Aynı çalışmada, bu oran erkeklerde %56, kadınlarda %30'dur. Tomasson ve Vaglum ise sağaltım gören alkoliklerin %28'inde (erkeklerin %33'ü, kadınların %19'u) antisosyal kişilik bozukluğu saptamıştır (35).

Antisosyal kişilik bozukluğu ile alkolizm arasında çok yakın bir ilişki olduğu uzun yıllardır bilinmekte ve özellikler komorbidite çalışmaları ile bu bulgu nesnel olarak desteklenmektedir. Bu ilişki örüntüsüne yönelik ortaya konan bir varsayımda; antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol bağımlılığı birlikteliğinin alkol bağımlılığının sürecini etkilediği, bu iki bozukluğunu bir arada bulunduğu alkol bağımlılarının farklı bir alkolizm alt tipine ait oldukları ileri sürülmüştür(36). ASKB olan alkoliklerin ailelerinde daha yüksek oranlarda alkolizm öyküsü bulunması, alkol sorunlarının daha erken yaşlarda başlaması, diğer ilaçlara olan bağımlılığın yüksek oranlarda bulunması, alkolizme ait bulguların daha belirgin olarak saptanması ve sonlanımının kötü olması bu varsayımı destekleyen öğeler olarak sunulmaktadır. Bu düşüncelere karşın, bu konuda kesin bir kanıya varmak, özellikle bu iki bozukluk arasındaki ilişkinin heterojen yapısı, bazı ASKB özelliklerinin anksiyete bozukluğu ile daha çok ilişkili bulunması gibi nedenlerden dolayı şu aşamada çok erken görülmektedir (36).

Çalışmamızda ikinci sıklıkta görülen eş kişilik bozukluğu tanısı ise % 20 oranıyla borderline kişilik bozukluğudur. Trull ve arkadaşlarının gözden geçirme yazılarında alkol kötüye kullanımı/bağımlılığında borderline kişilik bozukluğu oranının % 3-27 değiştiği ve ortalama %14,3 görüldüğü belirlenmiştir (37). Saptadığımız % 20 oranı genel olarak yabancı literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu alkole başlama yaşının eksen II tanısı olan hastalarda diğer hastalara göre anlamlı oranda düşük olmasıydı. Aynı durum bağımlılığın gelişme yaşı, sorunların başladığı yaş ve tedaviye başlama yaşı için de geçerliydi. Bu durum antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu gibi bozuklukların çocukluk çağından itibaren davranım bozuklukları ile seyretmesi, erken yaşlardan itibaren kendine zarar verici davranışların, alkol ve madde kullanımının sık görülmesi ile açıklanabileceği gibi; kişilik bozukluğu olan hastaların yakınmalarını alkolle iyileştirme çabalarının bir sonucu olarak da yorumlanabilir (4,5). Eksen II tanısı olan olgularda diğer olgulara oranla daha yüksek oranlarda özkıyım girişimi ve ek madde kullanımı olduğunu saptadık. Bu bulgulara dayanılarak eksen II tanıların varlığının alkol bağımlılarında hastalık sürecini etkileyen bir durum olduğu kabul edilebilir.

Sonuç olarak; başta kişilik bozuklukları olmak üzere duygudurum ve anksiyete bozukluklarının alkol bağımlılığına yüksek oranda eşlik ettiği ve genel olarak alkol bağımlılığı süreci üzerinde belirgin etkilerinin olabileceği sonucuna varılmıştır. Alkol bağımlılığının sağaltımında eştanılar mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve sağaltım bu yönde düzenlenmelidir. Bu konu üzerinde geniş örneklem gruplarında uzun dönemli izleme çalışmaları yapılarak eştanıların prognoz, sağaltım ve sonlanım üzerindeki etkilerinin ayrıntılı olarak araştırılmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Kaynaklar:

1. Schuckit MA. Alcohol-related disorder. Sadock BJ, Sadock VA (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Ed, Philadelphia: Lippincott Williams-Wilkins, 2000:953-970.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence dsm-iii-psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
4. Ünal M, Özpoyraz N. Alkol Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. Güleç C, Koroğlu E (Eds). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1.Baskı, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 1997:265-298.
5. Coşkunol H. Alkol Kullanım Bozuklukları. Çelikkol A, (Eds). *Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi*. İzmir: Ege Üniversitesi basımevi, Bornova İzmir, 1996:141-156.
6. Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK, İşcan ND, Göka E, Özbay MH. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi* 1997; 5:29-34.
7. Derogatis LR. *SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manuel-I for the revised version*. John Hopkins University, Baltimore, 1977.
8. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:5-12.
9. Beck AT: An inventory measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
10. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar Beck modeline göre bir inceleme. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1980.
11. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
12. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manuel for State and trait Anxiety Inventory*. 1970, California: Consulting Psychologists Press.
13. Öner N, Le Compte A. *Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, 1985.
14. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M,. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. 1987; American Psychiatric Press, Washington D.C.
15. Sorias S, Saygılı R, H Elbi. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID). 1990; Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova.
16. Schuckit MA. *Drug and Alcohol Abuse, A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. 3rd. Ed, New York: Plenum Publishing Corporation., 1989: 45-76.
17. İncesu C. Alkol bağımlılarında tabloya eşlik eden mizaç, anksiyete ve kişilik bozuklukları. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
18. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1050-1055.
19. Merikangas KA, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Res World* 1996; 20:100-105.
20. Schuckit MA, Tipp JE, Kucholz KK ve ark. The life time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997; 92:1289-1304.
21. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders in the National Comorbidity Survey: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 49:219-224.
22. Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Stipek MR, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998; 176-184.
23. Powell BJ, Penick EC, Othmer E, Bingham SF, Rice AS. Prevalance of additional psychiatric syndroms among male alcoholics. *J Clin Psychiatry* 1982; 43:404-407.
24. Bowen RC, Cipywnyk D, D' Arcy C, Keegan D. Alcoholism, anxiety disorders, and agoraphobia. *Alcohol Clin Exp Res* 1984; 8:48-50.
25. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states :A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 53-57.
26. Weiss KJ, Rosenborg DJ. Prevalance of anxiety disorder among alcoholics. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:3-5.
27. Stravynski A, Lamontagne Y, Lavallee YJ. Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Can J Psychiatry* 1986; 31:714-719.
28. Chambless DL, Cherney J, Caputo GC, Rheinstein BJG. Anxiety disorder and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *J Anxiety Disorder* 1987; 1:29-40.
29. Ross HE, Glasser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1023-1031.
30. Cox BJ, Norton CR, Dorward J, Fergusson PA. The relationship between panic attacks and chemical dependencies. *Addict Behav* 1989; 14:53-60.
31. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abuse. *Am J Psychiatry* 1991; 148:118-120.
32. Verheul L, Kranzler HR, Poling J, Tenne H, Ball S, Rounsaville BJ. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:110-118.
33. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC . Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:313-321.
34. Ross HE. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison of men and women. *Clin Exp Res* 1989; 13:810-816.
35. Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics:A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:378-385.

36. Waldman ID, Wendy SS. Antisocial behavior and alcoholism: A behavioral genetic perspective on comorbidity. *Clin Psychol Review* 2000; 20:255-287.
37. Trull TJ, Kenneth JS, Brown CM, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychol Review* 2000; 20: 235-253.