

Alkol ve Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi

Sevil Kural¹, E.Cüneyt Evren¹, Suat Can¹, Duran Çakmak²

ÖZET:

Alkol ve madde bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı alkol ve madde bağımlılarında görülen travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) yaygınlığını saptamak ve sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti, kişilik bozukluğu ve çocukluk çağı kötüye kullanımı öyküsü ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma Nisan 2002 ile Mart 2003 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya yatarak tedavi gören, DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol ya da madde bağımlılığı tanısı almış ve detoksifikasyon sürecini tamamlamış 132 erkek hasta alınmıştır. Olgulara yarı yapılandırılmış sosyodemografik form, SCID-I'nin depresyon ve TSSB modülleri, SCID-II, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmal Soru Listesi, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulanmıştır.

Bulgular: Alkol/madde bağımlılarında yaşam boyu TSSB oranı %31 olarak saptandı. Yaşam boyu TSSB olan bağımlılarda, olmayan bağımlılara göre; eğitim düzeyleri daha düşük, eğitim süreleri daha az, yaşam boyu major depresyon, kişilik bozukluğu ve eşik altı kişilik özellikleri, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsü ve özkiyim girişim öyküsü oranları daha yüksek bulundu. BDE ve BAE puan ortalamaları da yaşam boyu TSSB olan bağımlılarda, olmayan bağımlılara göre daha yüksek saptandı.

Sonuç: Literatürle uyumlu olarak alkol/madde bağımlılarında TSSB'nun birlikte bulunma oranının yüksek olarak saptanması, bu olguların tedavisi planlanırken TSSB'nun göz önünde bulundurulmasının önemini göstermektedir. Çalışmanın bulguları, bağımlılarda yaşam boyu TSSB'nun, çocukluk çağı kötüye kullanımı öyküsü, kişilik bozukluğu ve eşik altı kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Ayrıca bağımlılarda, yaşam boyu TSSB ek tanısının yaşam boyu major depresyon ek tanısını ve özkiyim girişimi riskini de arttırdığı görülmektedir.

Anahtar sözcükler: alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, depresyon, anksiyete

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:1-8

ABSTRACT:

Posttraumatic stress disorder among substance dependents and its relationship with sociodemographic and clinical characteristics

Objective: Aim of this study was to evaluate the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in substance dependents and its relationship with sociodemographic characteristics, depression, severity of anxiety, personality disorders and childhood abuse history.

Method: The study was conducted between April 2002 and March 2003 in Bakirkoy State Hospital for Mental Health and Neurological Disorders, AMATEM (Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center) in Istanbul. One hundred thirty two inpatients that met DSM-IV diagnostic criteria for substance (alcohol or drug) dependence were included in the study. Semi-structured socio-demographic form, depression and PTSD modules of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), SCID-II, Childhood Abuse and Neglect Questionnaire Form, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered.

Results: The lifetime prevalence of PTSD in this group of substance dependents was 31%. The duration of total education and the frequency of patients with higher education, status, were lower whereas frequencies of lifetime prevalence of major depression, personality disorder, personality traits, childhood physical and sexual abuse history and suicide attempt history were higher among patients with lifetime PTSD than patients without lifetime PTSD. The mean scores of depression and anxiety inventories were also significantly higher in this group of patients.

Conclusion: Consistent with previous studies, high prevalence of lifetime rates of PTSD found in this study suggests the importance of taking PTSD into consideration while planning treatment for substance dependency. The results of this study also support the previous findings of close association between comorbidity of lifetime PTSD in substance dependents might be related with childhood abuse history, personality disorders and personality traits. The comorbidity of lifetime PTSD independently seems to elevate the risk of lifetime major depression and suicide attempt in this population.

Key words: alcohol dependence, drug dependence, posttraumatic stress disorder, personality disorder, depression, anxiety

Bull Clin Psychopharmacol 2004;14:1-8

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile alkol/madde kullanım bozukluğu ek tanısı konusuna ilgi, zaman içinde giderek artmıştır (1,2). Kessler ve arkadaşları yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, TSSB olan olguların alkol/madde kullanım bozukluğu geliştir-

me olasılıklarının, TSSB olmayanlara göre 2 ila 3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (3). Çalışmalarda ayaktan ya da yatarak tedavi gören alkol/madde bağımlılarında saptanan yaşam boyu TSSB oranı %30 ila %60 arasında, şimdiki TSSB oranı ise %20 ila %60 arasında değişmektedir. Bu çalışmalarda TSSB olma olasılığı, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla olarak bildirilmiştir (4-7). Alkol dışında-

¹Psikiyatri Uzmanı, ²Doç. Dr. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği, İstanbul - Turkey

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. E. Cüneyt Evren, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği, Bakırköy, İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-543-6565
Faks / Fax: +90-212-660-0026

Elektronik posta adresi / E-mail address: cuneytevren@hotmail.com

Kabul Tarihi / Date of acceptance: 30 Ocak 2004 / January 30, 2004

ki maddelere bağımlı olan ergenlerde saptanan yaşam boyu TSSB oranı ise, genel toplumda ergenler için bildirilen oranlara göre 5 kat daha fazladır (8).

Alkol/madde kullanım bozukluğu olanların olmanlara göre travmaya maruz kalma olasılıkları daha yüksektir. Tersine, travma öyküsünün varlığı ise alkol/madde kullanımına yatkınlık oluşturur (2). Alkol/madde bağımlılığı ve TSSB arasındaki yüksek ek tanıyı açıklamak üzere 4 temel model ortaya atılmıştır. Birincisine göre, alkol/madde kullanımı TSSB'ndan önce gelişmektedir. Alışkanlıklarını devam ettirebilmek için bazı alkol/madde kullanıcıları, kendilerini tekrar tekrar tehlikeli durumlara sokar ve neticede çok sayıda fiziksel ve psikolojik travmaya maruz kalırlar (9). İkinci modele göre TSSB, alkol/madde kullanım bozukluğundan önce gelişir ve alkol/madde kullanımı bir çeşit kendi kendini tedavi etme yöntemidir. Hastaların verdikleri bilgilere göre alkol, kannabis, opiyat ve benzodiazepin gibi merkezi sinir sistemi (MSS) depresanları, TSSB belirtilerinde keskin bir iyileşme sağlamaktadır (10). Üçüncü modele göre alkol/madde kullanan kişiler, travma yaşadktan sonra TSSB geliştirmeye daha yatkın olurlar. Bu yatkınlıkları, başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizlik ve/veya beyin nörokimyasında ortaya çıkan değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Nörokimyasal değişiklikler, yatkınlığı artırıp TSSB'nin gidişini kötüleştirmektedir (11). Dördüncü modele göre ise, TSSB ve alkol/madde kullanım bozuklukları ortak kalıtsal ve psikososyal yatkınlığa sahiptirler. Literatürde bu hipotezi doğrulayan klinik çalışmalar henüz bulunmamaktadır (12).

TSSB'nun gelişmesinde yatkınlığı arttıran önemli biyopsikiyatrik etkenler: yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, geçmişte ve/veya ailede anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon öyküsü, antisosyal kişilik bozukluğu, çocukluk çağı kötüye kullanımı/travma, alkol/madde kötüye kullanımıdır (13). Yaşam boyu TSSB olanlarda diğer birçok psikiyatrik bozukluğun ek tanısı olasılığı da anlamlı derecede artmaktadır (6). Kişilik bozukluklarına eşlik eden alkol/madde kullanım bozukluğu varsa, TSSB geliştirme olasılığı 2 kat artmaktadır (14). Davranım bozukluğu ve antisosyal davranışların kişileri riskli ve tehdit dolu bir yaşam tarzına sevk ettiği, böylece travmaya daha sık maruz kaldıkları ve dolayısıyla da genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda TSSB tanısı aldıkları bildirilmektedir (14-17). Araştırmalara göre bağımlılarda çocukluk çağı travmasına da genel

popülasyona göre daha sık rastlanmakta ve yaygınlık oranı %30-%59 arasında bildirilmektedir (18). Diğer yandan çocukluk çağı travması kişilik bozuklukları, TSSB ve alkol/madde kullanımı için yatkınlığı arttıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (16,17).

Bu çalışmanın amacı, alkol ve madde bağımlılarında yaşam boyu TSSB yaygınlığını saptamak ve alkol ve madde bağımlılarında saptanan TSSB'nun; sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti, kişilik bozukluğu ve çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü ile ilişkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

Bu araştırma, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) biriminde Nisan 2002 ile Mart 2003 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya ardışık ulaşılabilen, yatarak takip ve tedavi edilen, DSM-IV ölçütlerine göre alkol ya da madde bağımlılığı tanısı konan hastalar alındı. Alkol bağımlıları ile madde bağımlılarının sayısının eşit olması planlandığından, alkol bağımlılarının çalışmaya dahil edilmeleri Aralık 2002 tarihinde denek sayısı 66'ya ulaştığında durduruldu, madde bağımlılarının çalışmaya dahil edilmelerine ise Mart 2003 tarihinde denek sayısı 66 olana dek devam edildi. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onay alındı. Araştırma için dışlama ölçütleri 18 yaşın altında olma, mental retardasyonunun olması, iletişimi önemli ölçüde etkileyecek düzeyde görme, işitme ve bilişsel kaybın bulunması, psikotik bozukluk tanısı ve organik beyin hastalığı tanısı olarak belirlendi. Görüşmeler en son alkol ya da madde kullanımından en az 4 hafta sonra, bir psikiyatri uzmanı tarafından deneklerin alkol/madde detoksifikasyonlarının tamamlandığına ve yoksunluk bulgularının kaybolduğuna karar verildikten sonra yapıldı.

Hastalara yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) alkol ve madde kullanım bozukluğu, major depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu modülleri, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmal Soru Listesi, Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck Depresyon Envanteri (BDE), DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-II) uygulandı. SCID-II uygulanırken DSM IV'ün önerisine sadık kalınarak hastaların al-

kol/madde kullanım bozukluğu dikkate alınıp, kişilik bozukluklarındaki ölçütlerden alkol/madde kullanımı ile ilgili olanlar dışlanmıştır.

SCID-I: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994 yılında majör DSM-IV eksen-I tanılar için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçüğüdür (19). SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20).

SCID-II: DSM-III-R sınıflandırma sisteminde yer alan Eksen II kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmıştır (21). SCID-II'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği, ülkemizde Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22).

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi: Yargıç ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 9 sorudan oluşan bu soru listesi, çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (23). Bu form ile çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanıma, ihmal edilme ve ensest yaşantıları sorgulanmaktadır. Kötüye kullanıma ve ensest davranışının kim tarafından ve kaç yaşındayken yapıldığı, yapan kişinin o sırada kaç yaşında olduğu sorulmakta ve tacizin ağırlık ve sıklığının belirlenmiş seçeneklere göre derecelendirilmesi istenmektedir. Ayrıca her sorunun sonunda verilen yanıtla ilgili bir açıklama istenmiştir. Uyguladığımız formda bu 9 soruya ek olarak özkıyım girişim öyküsünü ve kendine fiziksel zarar vermeyi değerlendiren 2 soru daha bulunmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri: Denekte depresyon

yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanıldı. Beck ve arkadaşları (24) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli tarafından yapılmıştır (25).

Beck Anksiyete Envanteri: Anksiyete belirtilerinin düzey ve şiddetini ölçmek için kullanıldı. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (26). Türkçe uyarlama için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (27).

İstatistiksel işlem: Veriler SPSS 10.0 "for Windows" paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi uygulanmıştır. Risk katsayısını belirlemek için ise Odds Ratio (İhtimaller Oranı) uygulanmıştır.

BULGULAR

TSSB olan grup ile olmayan grup arasında yaş, medeni durum ve çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmadı. TSSB olmayan grupta üniversite düzeyinde eğitim görmüş olma oranı %19.8 iken, TSSB olan grupta bu oran %2.4 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve toplam eğitim süresi TSSB olan grupta anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşam boyu TSSB olan ve olmayan alkol/madde bağımlılarının sosyodemografik açısından karşılaştırılması

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=91)		İstatistiksel Değerlendirme		
	n	%	n	%	ki-kare	sd	p
Medeni durum					1.12	2	0.57
Evli	19	46.3	35	38.5			
Boşanmış, dul	10	24.4	21	23.1			
Bekar	12	29.3	35	38.5			
Çalışma durumu					0.42	2	0.81
Çalışmıyor	17	41.5	43	47.3			
Çalışıyor	18	43.9	37	40.7			
Emekli, öğrenci	6	14.6	11	12.1			
Eğitim					6.99	2	0.03+
İlkokul	22	53.7	38	41.8			
Lise	18	43.9	35	38.5			
Üniversite	1	2.4	18	19.8			
		ort±sd*		ort±sd	t	sd	p
Yaş		32.51±9.41		33.78±10.84	0.602	130	0.52
Eğitim süresi		9±2.95		10.52±4.03	2.434	130	0.032+

ort±sd: ortalama±standart sapma (t- testi), + :istatistiksel olarak anlamlı

TSSB olan grupta yaşam boyu major depresyon oranı (%56.1) TSSB olmayan gruba (%29.7) göre yüksek bulundu. Şimdiki major depresyon açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Eşik altı kişilik özellikleri ve kişilik bozukluğu oranları TSSB olan grupta (sırasıyla %31.7 ve %41.5) TSSB olmayan gruba (sırasıyla %18.7 ve %31.9) göre daha yüksek bulundu. Yaşam boyu depresyon riskinin TSSB olanlarda olmayanlara göre 3 kat, benzer şekilde eşik altı kişilik özellikleri riskinin de 3 kat daha fazla olduğu saptandı (Tablo 2).

(ki-kare: 1,28, p=0.53). İkinci sıklıktaki borderline kişilik için, TSSB olan grupta eşik altı özellik %12.2 ve bozukluk düzeyinde ise %7.3 oranında bulunmuş, bu oranlar TSSB olmayan grupta ise sırası ile %2.2 ve %5.5 olarak saptanmıştır (ki-kare: 5,93, p=0.05).

BDE ve BAE puan ortalamaları, TSSB olan bağımlılarda TSSB olmayan bağımlılara göre anlamlı olarak daha yüksekti. TSSB olan grupta BDE ortalama puanı (20.39±11.74) ve BAE ortalama puanı (25.41±14.13), TSSB olmayan grupta ise BDE ortalama puanı

Tablo 2. Yaşam boyu TSSB olan grup ile olmayan grubun klinik açısından karşılaştırılması

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=91)		İstatistiksel Değerlendirme		
	n	%	n	%	ki-kare	sd	p
Yaşam boyu major depresyon*	23	56.1	27	29.7	8.39	1	0.004+
Şimdi major depresyon	18	43.9	26	28.6	2.99	1	0.08
Kişilik bozukluğu**					6.27	2	0.04+
Yok	11	26.8	45	49.5			
Eşik altı kişilik özellikleri	13	31.7	17	18.7			
Kişilik bozukluğu var	17	41.5	29	31.9			

*Olasılıklar Oranı: 3.03, Güvenirlilik aralığı: (1.41-6.5), **sadece kişilik bozukluğu değerlendirildiğinde: ki-kare=3.8, p=0.051, sadece eşik altı değerlendirildiğinde: c2=5.45, p=0.02, Olasılıklar Oranı: 3.13, Güvenirlilik aralığı: (1.18-8.32), + : istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Tablo 3. Yaşam boyu TSSB olan grup ile olmayan grubun BDE ve BAE puanları açısından karşılaştırılması

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=91)		İstatistiksel Değerlendirme		
	n	%	n	%	ki-kare	sd	p
BDE	20.39	11.74	15.93	10.17	-2.22	0.028+	
BAE	25.41	14.13	15.11	13.22	-4.06	0.001+	

Ort: ortalama, ss:standart sapma, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, +: istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Tablo 4. Yaşam boyu TSSB olan grup ile olmayan grubun çocukluk çağı kötüye kullanımı, özkıyım girişim öyküsü ve kendine fiziksel zarar verme öyküsü açısından karşılaştırılması

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=91)		İstatistiksel Değerlendirme		
	n	%	n	%	ki-kare	sd	p
Fiziksel kötüye kullanım*	23	56.1	30	33	6.29	1	0.01+
Sözel şiddet	18	43.9	25	27.5	3.47	1	0.06
İhmal	19	46.3	29	31.9	2.56	1	0.11
Cinsel kötüye kullanım**	10	24.4	4	4.4	11.92	1	0.001+
Ensest	3	7.3	2	2.2	2.03	1	0.15
Cinsel ve/veya ensest	10	24.4	6	6.6	8.4	1	0.004+
Özkıyım girişimi***	28	68.3	31	34.1	13.4	1	0.001+
Kendine fiziksel zarar verme	21	51.2	36	39.6	1.57	1	0.21

Olasılıklar Oranı (Odds Ratio) (Güvenirlilik aralığı): *2.6(1.22-5.53), **7.02 (2.05-24), ***3.18(1.48-6.83), +: istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Bağımlı grupta en fazla saptanan kişilik bozukluğu olan antisosyal kişilik, TSSB olan grupta eşik altı kişilik özelliği düzeyinde %12.2 ve bozukluk düzeyinde %26.8 oranında bulunmuş olup; bu oranlar TSSB olmayan grupta ise sırasıyla %7.7 ve %22 olarak saptanmıştır

(15.93±10.17) ve BAE ortalama puanı (15.11±13.22) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile özkıyım girişimi öyküsü oranları TSSB olanlarda (sırasıyla %56.1, %24.4 ve %68.3), TSSB olmayanlara (sırasıyla %33, %4.4

ve %34.1) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. TSSB olanlarda TSSB olmayanlara göre fiziksel kötüye kullanım öyküsü riski 2.6 kat, cinsel kötüye kullanım öyküsü 7 kat ve özkiyım girişimi öyküsü 3.18 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sözel şiddet, ihmal, ensest ve kendine fiziksel zarar verme öyküsü açısından ise gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hem alkol hem de madde bağımlılarının değerlendirildiği çalışmamızda saptanan major depresyon ek tanı oranları, daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Yatan alkol bağımlılarında, major depresyon ek tanı oranı %8 ile %53 arasında değiştiği bildirilmiştir (28). Ülkemizde ise bu oran %35 ile %48 arasında değişmektedir (29-31). Yine ülkemizde major depresyon oranı yatarak tedavi gören opiyat bağımlılarında %35,7 (32), uçucu madde bağımlılarında %72,3 ve uçucu dışı madde kullanan bağımlılarda %54,1 (33) oranlarında saptanmıştır.

Genel toplumda yapılan çalışmalarda yaşam boyu TSSB prevalansı %5 ile %10 arasındadır (12). Geniş epidemiyolojik bir çalışmada alkol bağımlılarında TSSB ek tanı oranı, erkekler için %10,3; kadınlar için %26,2 olarak belirlenmiştir (3). Klinik çalışmalarda ise tedavi için başvuran alkol/madde bağımlılarında yaşam boyu TSSB oranı %30 ila %60 arasında bulunmuştur (11). Alkol/madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören 489 Vietnam savaşı gazisi erkekte %46 oranında TSSB saptanmıştır (34). Ülkemizde klinik örneklerde alkol bağımlılarında %10 ila %37 oranında (29-31), opiyat bağımlılarında %17 (32), uçucu madde bağımlılarında %30 (33), uçucu dışı madde bağımlılarında da %19 (33) oranında yaşam boyu TSSB tespit edilmiştir. Çalışmamızda Eksen I bozuklukları içerisinde anksiyete bozukluklarından yaşam boyu TSSB %31 oranıyla en sık görülen tanıydı. Bu sonuç, geniş klinik örneklemi kapsayan çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Hem yetişkinlerle (35), hem de ergenlerle (36) yapılan birçok klinik araştırma, anksiyete bozukluklarından sadece TSSB'nun alkol/madde bağımlılığı ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir. Oluşum yolu her ne olursa olsun, iki bozukluğun arasında yüksek eştani oranı bulunmaktadır. Yatarak tedavi gören alkol/madde bağımlılarında kadın hastalar için %43 oranında, er-

kek hastalar için %22 oranında TSSB saptanmıştır (1). Najavits ve arkadaşları ise alkol/madde bağımlılarında kadın hastaların TSSB tanısı alma olasılığının, erkek hastalara göre 2-3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (2). Bu nedenle TSSB oranları değerlendirilirken, çalışmamızın örneklemini sadece erkek hastaların oluşturduğunu hatırlamak gerekmektedir.

Çalışmamızda halen evli olan hastalar, TSSB tanısı alanların çoğunluğunu oluşturmaktadır (%46,3), ancak fark anlamlı düzeyde değildir. Kessler ve arkadaşları her iki cinsiyette de boşanmış/ayrı yaşayanlarda evli olanlara göre, erkekler için ise halen evli olanlarda, hiç evlenmemişlere göre TSSB tanısı alma riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada, eğitim düzeyi ile TSSB arasında ters bir ilişki olduğu bulunmuştur (3). Breslau ve arkadaşları da düşük eğitim düzeyinin TSSB gelişimi için önemli bir risk etkeni olduğunu bildirmişlerdir. Eğitim düzeyinin artması ile birlikte başa çıkma mekanizmaları kullanabilme, olayları algılama ve işleme yeteneği artmaktadır (16). Çalışmamızın sonuçları bu bulgularla uyumludur. Çalışmıyor olmanın travmatik olaylar karşısında kişinin uyum sağlayamaması, başa çıkamamasından dolayı önemli bir risk faktörü olabileceği tahmin edilmekle birlikte, çalışmalarda risk etkeni olarak yer almamaktadır (37).

Breslau ve arkadaşları, TSSB'na en sık eşlik eden Eksen I bozukluklarının major depresyon ve alkol/madde bağımlılığı olduğunu bildirmişlerdir (16). Kessler ve arkadaşları, TSSB hastalarında erkeklerde %48, kadınlarda ise %49 oranında major depresyonun eşlik ettiğini saptamışlardır (3). Bu bulgularla uyumlu olarak çalışmamızda yaşam boyu TSSB olan grupta, daha yüksek oranda yaşam boyu major depresyon saptanmıştır. BDE ortalama puanları da SCID ile elde edilen verileri desteklemektedir. Bazı araştırmalara göre major depresyon uzun süren TSSB sonucunda ortaya çıkmaktadır. Diğerlerine göreyse major depresyon öyküsü TSSB gelişimi için predispozan bir etkidir. Major depresyon ve TSSB, kişilerin travmaya maruz kaldıktan sonra geliştirebilecekleri; iki ayrı ve birbirinden bağımsız bozukluk olabilir. Her iki bozukluğun nörobiyolojik temellerinin ortak olduğu da bildirilmektedir (11). Tek başlarına depresyon için risk etkeni olan TSSB ve alkol/madde bağımlılığının birlikte bulunması, çalışmamızdaki yaşam boyu major depresyon oranındaki yüksekliği açıklayabilir.

Yaşam boyu TSSB tanısı alan bağımlılarda kişilik bozukluğu ve eşik altı kişilik özellikleri oranı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda saptanan kişilik bozukluğu oranları, literatürle uyumludur (29,30,38,39). Alkol/madde kullanım bozukluğunun varlığında II. Eksen (özellikle de ASKB) bozukluklarının birlikte görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (38). Genel toplumla (3,15) ve savaş gazileri ile yapılan (40,41) geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarda, TSSB ile ASKB arasında bir bağlantı olduğu bildirilmiştir. Breslau ve arkadaşları, ASKB'nun öncüsü olan erken davranım problemlerinin, TSSB'na yatkınlık oluşturduğunu bildirmiştir (16). ASKB'nun TSSB yatkınlığını dolaylı yoldan, travmaya maruz kalma olasılığını arttırarak etkilediği (14); ancak TSSB'nun da antisosyal davranışın artışına yol açtığı bildirilmiştir (42). Epidemiyolojik çalışmalara göre TSSB'na sık eşlik eden diğer kişilik bozuklukları ise borderline, kaçınan ve paranoid kişilik bozukluklarıdır (13). Alkol/madde kullanımı ve yüksek riskler taşıyan yaşam tarzları, bu kişilerin gelecekte tekrar tekrar travmaya uğramaları için zemin oluşturmaktadır. Yeni travmalar ve gelişen TSSB ise alkol/madde kullanımının daha da artmasına neden olmaktadır (43).

Bremner ve arkadaşları, TSSB tanısı alıp psikiyatrik tedaviye başvuran 38 Vietnam gazisi ve genel tıbbi tedaviye başvuran 28 Vietnam gazisi ile yaptıkları çalışmada, TSSB olan hastalarda %26, kontrollerde ise %7 oranında fiziksel kötüye kullanım tespit etmişlerdir (44). Aynı çalışmada TSSB hastalarında %8 oranında cinsel kötüye kullanım tespit edilmişken, kontrollerde cinsel kötüye kullanıma rastlanmamıştır. Benzer şekilde çalışmamızda da fiziksel ve cinsel kötüye kullanıma maruz kalma oranı, TSSB tanısı alan grupta, diğer gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, alkol/madde bağımlılarında TSSB'nun aile içi ciddi sorunlar yaşanması neticesinde ortaya çıkmış olabileceğinin kanıtıdır. Nitekim sözel şiddet oranı da anlamlı olmamakla beraber yüksektir. Cinsel kötüye kullanım öyküsüne, alkol/madde bağımlısı popülasyonda yüksek oranda rastlanmaktadır (45,46). Bu nedenle hem bağımlılığın hem de TSSB'nun varlığı, çocukluk çağı travma öyküsünün yüksek oranda olmasına etki etmiş olabilir.

Breslau, sadece TSSB tanısı alan hastaların %17,2'sinde özkıyım girişimi ve %46'sında özkıyım planı olduğunu saptamıştır (12). Ferrada ve arkadaşları da TSSB'nun,

kendi başına anksiyete bozuklukları içinde özkıyım riskini en çok artıran bir tanı olduğunu bildirmişlerdir (47). Windle ve arkadaşları, travmaya uğrayan alkol bağımlılarında, TSSB tanısı alıp almadıklarını gözetmeksizin %24,4 ile %32 arasında özkıyım girişimi oranı saptamışlardır (43). Oquendo ve arkadaşları, hem major depresyonun hem de TSSB olan hastaların özkıyım girişiminde bulunma olasılıklarının yüksek olduğunu ve B kümesi kişilik bozukluğu ve TSSB'nun birbirinden bağımsız özkıyım girişimi öyküsüyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (48). Çocukluk çağı kötüye kullanımının yetişkinlikte özkıyım girişimi için etken olması (18), bağımlı popülasyonda özkıyım girişimi oranının çok yüksek olması (49) ve hem TSSB, hem alkol/madde bağımlılığı tanısı alan hastalarda aynı zamanda impulsif ve kendine zarar verici davranışların fazla olduğu antisosyal ve borderline kişilik bozukluğunun yüksek oranda eşlik etmesi; çalışmamızda ortaya çıkan yüksek özkıyım oranının (%68,3) nedeni olabilir. TSSB grubundaki hastalarda, yüksek ek tanı sıklığı ve getirdiği ağır psikolojik yük BDE ve BAE'den elde edilen sonuçlara da yansımaktadır.

Çalışmanın sınırlılıklarından biri, hastaların tamamının erkek olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışma grubu, kendi isteği ile tedaviye başvurmuş yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Bu nedenle bulgular tedaviye başvurmeyen hastaları yansıtmamaktadır. Bu çalışmada saptanan bulguların, genel toplum örnekleminde tedaviye başvurmeyenlerle yapılacak çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir. Bağımlılık tedavisi servisine hasta kabul ölçütleri gereği, alkol/madde bağımlılığına eşlik eden major psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar ilgili birimlere sevk edilmektedir. Benzer şekilde B kümesi kişilik bozukluğu bulunan alkol/madde bağımlılarının tedaviye ve servis içi kuralara uyum göstermede zorluk yaşayabilme ve dolayısıyla da kendi istekleriyle veya tedavi ekibinin kararıyla tedaviyi yarım bırakıp taburcu olma riskleri vardır. Hasta kabul ölçütleri daha geniş olan ya da servisteki hasta popülasyonunun homojenitesine aynı dikkati göstermeyen merkezlerden seçilen örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalara nisbeten; bu çalışmada saptanan ek major psikiyatrik bozukluk oranının farklı olması beklenebilir. Ölçümle ilgili muhtemel sorun ise çocukluk çağına ait kötüye kullanımın hatırlanmasına dayalı değerlendirmenin, güvenilirliği azaltmasıdır (50).

Çalışmalarla uyumlu olarak alkol/madde bağımlıla-

rında TSSB'nun birlikte bulunma oranının yüksek olarak saptanması, bu olguların tedavisi planlanırken; TSSB'nun göz önünde bulundurulmasının gerektiğini göstermektedir. Bağımlılarda yaşam boyu TSSB çocuklukçağı kötüye kullanımı öyküsü, kişilik bozukluğu ve eşik altı kişilik özellikleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca ba-

ğımlılarda yaşam boyu TSSB eştanısı, yaşam boyu major depresyon eştanısı ve özkiyım girişimi riskini de artırıyor görünmektedir. Daha sonra yapılacak çalışmalar, bir çok diğere psikiyatrik eştanı riskini birlikte taşıyan TSSB'nun alkol/madde bağımlılığının seyrine etkisini araştırmaya yönelik olmalıdır.

Kaynaklar:

1. Brown PJ, Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 1994; 35: 51-59
2. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *Am J Addict* 1997; 6: 273-283
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
4. Triffleman EG, Marmar CR, Delucchi KL, Ronfeldt H. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 172-176
5. Brady KT, Sonne SC, Roberts JM. Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 502-505
6. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl. 9): 12-15
7. Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP, Reif S, Muenz LR, Blaine J, Frank A, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss RD. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 214-219
8. Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 752-757
9. Brady KT, Dansky BS, Sonne SC, Saladin ME. Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. Order of onset. *Am J Addict* 1998; 7: 128-135
10. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1184-1190
11. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl. 7): 22-32
12. Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 17: 55-59
13. Kaplan HI, Sadock BJ (editors). *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Mass Publishing Co, Egypt: 1998
14. Cottler LB, Compton WM 3rd, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 664-670
15. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987; 24:317: 1630-1634
16. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 216-222
17. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223-1229
18. McCauley K, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB. Clinical characteristics of women with history of childhood abuse *JAMA* 1997; 277: 1362-1368
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Clinical Version. Washington D.C: American Psychiatric Press, Inc., 1997
20. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Köroğlu E. "DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme". Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999
21. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1989
22. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. "DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID II". Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990
23. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1994; 2: 338-347
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571
25. Hisli N. Reability and validity of Beck Depression Inventory among university students. *J Psychology* 1989; 7: 3-13
26. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897
27. Ulusoy M, Erkmen H, Sahin N. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties; *Journal of Cognitive Psychotherapy; An International Quarterly* 1998; 12: 163-172
28. Merikangas KA, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Res World* 1996; 20: 100-105

29. Öner H, Tamam L, Levent BA, Öner S. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 14-22
30. Eken B, Evren EC, Saatçioğlu Ö, Çakmak D. Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Düşünen Adam* 2003; 16: 71-79
31. Can S. Alkol bağımlılarına eşlik eden I eksen psikiyatrik bozukluklar ve cinsel işlev bozuklukları. *Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul: 2002*
32. Evren EC, Er FO, Erkıran M, Çakmak D. Tedavi arayışında olan eroin bağımlılarında I. eksen psikiyatrik komorbidite: Sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5: 92-104
33. Barut T. Erişkin uçucu bağımlılarında psikiyatrik komorbidite. *Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2002*
34. McFall ME, Mackay PW, Donovan DM. Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 357-363
35. Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1723-1734
36. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1744-1751
37. Saladin ME, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. *Addict Behav* 1995; 20: 643-655
38. Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 110-118
39. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 235-253
40. Barrett DH, Resnick HS, Foy DW, Dansky BS, Flanders WD, Stroup NE. Combat exposure and adult psychosocial adjustment among U.S. Army veterans serving in Vietnam, 1965-1971. *J Abnorm Psychol* 1996; 105: 575-581
41. Resnick HS, Foy DW, Donahoe CP, Miller EN. Antisocial behavior and post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Clin Psychol* 1989; 45: 860-866
42. Schnurr PP, Vielhauer MJ. Personality as a Risk Factor for PTSD: In Yehuda R (editor) *Risk Factors for PTSD*. Washington DC: Am Psych Press, 1999: 191-221.
43. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1322-1328
44. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 235-239
45. Dunn GE, Ryan JJ, Dunn CE. Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26: 357-360
46. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10: 101-110
47. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress* 1998; 11: 103-112
48. Oquendo MA, Friend JM, Halberstam B, Brodsky BS, Burke AK, Grunebaum MF, Malone KM, Mann JJ. Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 580-582
49. Evren EC, Üstünsoy S, Can S, Başoğlu C, Çakmak D. Alkol/Madde bağımlılarında özkiym girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6: 86-94
50. Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH. Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull* 1993; 113: 82-98