İçindekiler / Contents

	Yazar(lar) / Author(s)	Başlık / Title	
Önyazı / Editor's Note			
	Prof. Dr. Mansur Beyazyürek	Bağımlılık Yelpazesi Genişliyor	**2**
Araştırmalar / Researches			
1	Yrd. Doç. Dr. Okan Çalıyurt Psk. Sebahat Molla Yrd. Doç. Dr. Erdal Vardar Prof. Dr. Ercan Abay	Üniversite Öğrencilerinde Ramazan Dönemi Oruç Tutma Davranışının Benlik Saygısı, Sigara ve Alkol Kullanımına Etkileri / Effects of Ramadan Fasting on Self Esteem, Cigarette and Alcohol Use in College Students	**3**
2	Uzm. Dr. Sevil Kural Uzm. Dr. Cüneyt Evren Doç. Dr. Duran Çakmak	Alkol/Madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer I. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali ile İlişkisi / Personality Disorder Comorbidity Among Substance Dependents and its Relationship With Other Axis I Disorders and Childhood Abuse and Neglect History	**9**
3	Uzm. Dr. Neslihan Keser Özcan Doç. Dr. Sevim Buzlu	Problemli İnternet Kullanımını Belirlemede Yardımcı Bir Araç: "İnternette Bilişsel Durum Ölçeği"nin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği / An Assistive Tool in Determining Problematic Internet Use: Validity and Reliability of the "Online Cognition Scale" in a Sample of University Students	**19**
4	Yrd. Doç. Dr. İrem Yaluğ Prof. Dr. Mine Özmen Uzm. Dr. Ali Evren Tufan Doç. Dr. Volkan Yumuk	Obezite Tedavisi İçin Başvuran Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler / Prevalence of Substance Use and Related Factors in Patients Seeking Treatment for Obesity	**27**
5	Doç. Dr. L. İlhan Yargıç Uzm. Dr. Habib Soleimanvandi	Alkol Bağımlısı Hastalarda Gözlem Altında Disulfiram Tedavisi / Supervised Disulfiram Treatment in Patients with Alcohol Dependence	**33**
Derleme / Review			
6	Uzm. Dr. Sumru Coşar Prof. Dr. Behçet Coşar	Alkol Bağımlılarında Karaciğer Hasarının Belirlenmesinde Doppler Ultrasonografinin Yeri / Role of Doppler Ultrasonography in Predicting Liver Damage in Alcololic Patients	**38**

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RAMAZAN DÖNEMİ ORUÇ TUTMA DAVRANIŞININ BENLİK SAYGISI, SİGARA VE ALKOL KULLANIMINA ETKİLERİ

Effects of Ramadan Fasting on Self Esteem, Cigarette and Alcohol Use in College Students

Dr. Okan Çalıyurt[1], Psk. Sebahat Molla[2], Dr. Erdal Vardar[1], Dr. Ercan Abay[3]

ÖZET

Amaç: Ramazan döneminde oruç tutma Müslümanlar için bir görevdir. Oruç tutma sırasında güneşin doğuşu ve batışı arasındaki dönemde Müslümanlar yemez, içmez, sigara kullanmaz ve cinsel ilişkiye girmezler. Oruç tutmanın birçok olumlu ve olumsuz tıbbi ve psikolojik etkileri bildirilmiştir. Bu çalışmada üniversite öğrencileri arasında Ramazan dönemi oruç tutmanın sigara ve alkol kullanımına olan etkileri araştırılmıştır. Ayrıca Ramazan döneminde oruç tutmanın benlik saygısına olası yansımaları ve bu durumun sigara ve alkol kullanımına etkileri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Toplam 198 Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencisine sosoyodemografik bilgi formu ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak tarama yapılmıştır.

Bulgular: Ramazan döneminde sigara kullanımının hem kız hem de erkek öğrencilerde azaldığı gözlenmiştir. Sigara kullanımının benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri oruç tutan öğrencilerde gösterilmiştir. Diğer yandan benlik saygısı ile Ramazan'da oruç tutma arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Sonuç: Ramazan döneminde oruç tutma davranışının sigara kullanımını azaltması ve diğer yandan da benlik saygısının sigara kullanımı ile olumsuz yönde etkilenmesi, Ramazan döneminde bu maddeye bağımlığı olanları değerlendirmede oruç tutma davranışının sorgulanması ve göz önüne alınmasının önemini ortaya çıkartmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ramazan, benlik saygısı, sigara, alkol, ergen.

ABSTRACT

Objective: Fasting during Ramadan is a religious duty for Muslims. Muslims do not eat, drink, smoke, and have sex from dawn to sunset. Many positive or negative medical and psychological effects of Ramadan fasting have been reported. These benefits and adverse effects of Ramadan fasting to the general health of an individual may impact on self-esteem or mood state. Effects of Ramadan fasting on cigarette and alcohol use is studied in college students. Self esteem was also evaluated to show possible association between self esteem and Ramadan fasting or self esttem and alcohol use or smoking in Ramadan.

Methods: In this study we investigated the effects of fasting during Ramadan on cigarette and alcohol use in 198 college students. Possible effects of self-esteem on cigarette or alcohol use and effects of regular abstinence of smoking or alcohol on self-esteem during Ramadan were also evaluated.

Results: It was observed that cigarette smoking amongst male and female students was reduced during the month of Ramadan. Cigarette smoking showed to have negative effects on self-esteem of fasting subjects. There was no association between self-esteem and fasting in month of Ramadan.

Conclusions: This study demonstrates Ramadan fasting could effect smoking behavior of the fasting students and self esteem is negatively effected by cigarette smoking. These results show the importance of the evaluating of the fasting behavior during the month of Ramadan in dependent patients.

Key words: Ramadan, self esteem, cigarette, alcohol, adolescent.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 3-8 **Journal of Dependence 2005; 6: 3-8**

[1] Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

[2] Psk. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

[3] Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Okan Çalıyurt, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, 22030 Edirne – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: caliyurt@hotmail.com Telefon / Phone: +90 (284) 235 94 60

8 Aralık 2004'te alınmış, 1 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received December 8, 2004; accepted for publication March 1, 2005.

GİRİŞ

Ramazan İslami ay takvimine göre dokuzuncu aydır. Müslümanlar için Ramazan döneminde oruç tutmak mecburidir. Sadece hastalar ve bazı seyahat edenler bu zorunluluk dışında kalmaktadır. Oruç tutma güneş doğumundan batımına kadar olan dönemde yemek yememe, içmeme, sigara kullanmama ve cinsel ilişkiye girmeme şeklinde uygulanır. Ramazan'da oruç tutma apolipoprotein metabolizmasını etkileyerek kardiyovasküler hastalıklardan korunma (1) gibi tıbbi yararlar sağlayabilmektedir. Ramazan dönemi oruç tutmanın uyku, endokrin sistem ve gastrointestinal sistem üzerine önemli yan etkileri bulunmaktadır. Gece uykusuna etkileri olan uyku latensinde artma ve yavaş dalga uykusu ile REM uykusunda azalma yemek öğünlerindeki değişiklik ile ilişkilendirilmiştir (2). Diyabet hastalarının ve bu hastaların tedavilerinin kötüleşmesi oruç tutanlarda sık olarak karşımıza gelmektedir (3). Bir çalışmada oruç tutanlarda gün içi vücut ısısı düşüklüğü, subjektif uyarılmada azalma ve duygudurumda bozulma bildirilmiştir (4). Ayrıca sık olarak peptik ülser komplikasyonları ve gastrik asidite sorunları bildirilmektedir (5,6).

Ramazan döneminde oruç tutmanın sağlık ve ruhsal durum üzerine olumlu ve olumsuz etkileri bireyin benlik sayısını ve duygudurumunu etkileyebilir. Sigara ve alkol kullanımı gün içindeki davranışları belirleyebilmekte ve oruç tutma eylemini gerçekleştirebilmeyi etkileyen önemli faktörlerden olmaktadır. Bir çalışmada sigara kullanan ve kullanmayanlarda huzursuzluğun benzer bir şekilde ortaya çıktığı fakat Ramazan döneminde huzursuzluğun sigara içenlerde içmeyenlerden daha fazla arttığı bildirilmiştir (7).

Bu çalışmada, Ramazan dönemindeki oruç tutma davranışının 1) bu eylemini gerçekleştirme becerisideki başarı ile benlik saygısı üzerine olan olası etkileri ve 2) inançlar doğrultusunda oruç tutma döneminde alımının kısıtlanması baskısı oluşan ve fiziksel olarak oruç tutanlarda günün içerisindeki belli bir dönemde kullanımı mümkün olmayan sigara ve alkolün kullanılma düzeylerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Trakya Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencileri arasında 198 öğrenci rasgele olarak dahil edilmiştir. Çalışma Ramazan dönemi içerisinde gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirilmiş, katılım gönüllülük esasına göre ve anonim olarak sağlanmıştır. Çalışmaya katılanların tümü ölçekleri tamamlamış ve bu katılımları için öğrencilere herhangi bir ücret ödenmemiştir.

Değerlendirmede sosyodemografik soru formu ve benlik saygısı ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler gün içi ders saatleri içerisinde uygulanmış ve tüm öğrenciler Ramazanın 2. ve 3. haftası içerisinde değerlendirilmiştir. Görüşmeler, tüm öğrencilerle bir klinik psikolog veya psikiyatrist tarafından yapılmıştır.

Benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Türkçe versiyonu ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek 6 noktalı skala ile benlik saygısını değerlendirmekte ve düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır ve 12 alt testten oluşmaktadır (8,9).

Sosyodemografik soru formu Ramazan dönemindeki oruç tutma özelliklerini yani Ramazan süresince devamlı oruç tutan ve tutmayan öğrenciler ile oruç tutmayı düzensiz olarak gerçekleştirenleri belirleyerek, Ramazandan önce ve sonraki alkol ve sigara kullanımını değerlendirmektedir. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri, yaş, cins ve aylık harçlık gibi bilgileri ayrıca toplanmıştır.

Veriler SPSS 9.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ki Kare testi, Mann-Whitney U testi, Student t testi ve Kruskall Wallis testleri değerlendirmelerde kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılık sınırı olarak 0.05 belirlenmiştir.

BULGULAR

Tüm öğrenciler Müslümandı, 167 (%84) öğrenci oruç tutuyordu ve bunların 140'ı her gün sürekli olarak oruç tutuyordu. Tablo 1. öğrencilerin sosyodemografik bulgularını özetlemektedir. Öğrencilerin ortalama yaşı

19.17 ± 1.34, yıl olup, 128 (%64.6) öğrenci erkek ve 70 (%35.4) öğrenci kızdı. Hemşirelik meslek yüksek okulunun baskın olması cinsiyet dağılımının belirlenmesini sağlamıştır ve aynı zamanda fakülteninde cinsiyet dağılımını yansıtıyordu. Ramazanda oruç tutma ile cinsiyet arasında veya oruç tutma ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı (X^2=0.15, p=0.83; X^2=2.06, p=0.35 sırasıyla). Öğrenciler başlıca Marmara bölgesi olmak üzere tüm bölgelerden gelmekteydiler. Öğrencilerin aileleri ise başlıca şehir merkezlerinde ikamet etmekte idiler.

Tablo 1: Oruç Tutan ve Tutmayan Öğrencilerin Sosyodemografik Dağılımları

	Oruç tutma		
	Hayır	Evet	Toplam
Cinsiyet			
Erkek	10	60	70
Kadın	21	107	128
Ailenin oturduğu yer			
Köy	3	18	21
İlçe	7	66	73
İl	21	83	104
Öğrencinin kaldığı yer			
Yurt	17	124	141
Ev veya aile yanı	14	43	57
Yakınların oruç tutma davranışı			
Oruç tutan birinci derece yakınlar	19	79	98
Oruç tutan ikinci derece yakınlar	7	86	93
Oruç tutmayan yakınlar	5	2	7
Sigara kullanımı			
Kullanmıyor	15	108	123
Kullanıyor	16	59	75
Alkol kullanımı			
Kullanmıyor	25	153	178
Kullanıyor	6	14	20
Ebeveyn eğitim düzeyi (Baba)			
Eğitimsiz	2	3	5
İlk okul	14	78	92
Orta okul	10	68	78
Üniversite veya üstü	5	17	22
Ebeveyn eğitim düzeyi (Anne)			
Eğitimsiz	3	17	20
İlk okul	18	113	131
Orta okul	10	32	42
Üniversite veya üstü	-	5	5

Öğrencilerin sadece 20'si kendini alkol kullanıcısı olarak bildirirken 75 öğrenci (%37.9) sigara kullanıyordu. Oruç tutmayanlarda sigara kullanma oranı (%51.6) tutanlardan (%35.3) daha fazlaydı fakat bu farklılık istatistiki olarak anlamlı değildi (X^2=2.94, p=0.08). Tablo 2. kız ve erkek öğrenciler arasında alkol kullanımı açısından istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterirken sigara kullanımı veya oruç tutma açısından böyle bir fark bulunmamaktadır.

Öğrenciler arasında haftalık ortalama sigara kullanımı 5.18 ± 2.24 sigara/hafta olarak saptandı. Erkekler kızlardan daha fazla sigara tüketiyordu fakat bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi (erkekler: 5.72 ± 2.91, kızlar: 4.82 ± 2.76; t=1.34, p=0.18). 51 sigara kullanan öğrenci Ramazan döneminde sigara kullanımında azalma bildirmiştir. Tablo 3. Hem kız hem de erkek öğrencilerdeki sigara kullanımındaki azalmayı göstermektedir. Azalma erkeklerde daha fazla olmuştur ve istatistiki olarak da anlamlıdır. Her ne kadar sadece 20 alkol kullanan bulunmasına rağmen, 17'si (%85) alkol kullanma alışkanlıklarında azalma göstermiştir. Diğer yandan oruç tutma davranışı öğrencilerin sigara içme durumları ile bir ilişki göstermemektedir (X^2=2.94, p=0.10).

Tablo 3: Ramazanda Sigara Kullanımındaki Değişme

	Erkek		Kız			
	n	%	N	%	X^2	p
Azaldı	24	82.8	27	60.0	4.26	0.04
Aynı veya Arttı	5	17.2	18	40.0		
Toplam	29	100.0	45	100.0		

Ara ara ve düzensiz oruç tutan öğrenciler düzenli oruç tutanlardan daha yüksek sigara kullanma (%55.6' ya karşı %32.1) ve alkol kullanma (%18.5' karşı %6.4) oranları göstermektedir (X^2=5.39, p=0.02; X^2=4.30, p=0.03 sırasıyla).

Tablo 4: Benlik Saygısı ve Oruç Tutma Davranışı İlişkisi

Benlik Saygısı	Oruç tutma					
	Hayır		Evet		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yüksek	17	54.8	84	50.3	101	515.0
Orta	12	38.7	77	46.1	89	44.9
Düşük	2	6.5	6	3.6	8	4.0
Toplam	31	100.0	167	100.0	198	100.0

Tablo 2: Kız ve Erkek Öğrencilerde Oruç Tutma, Sigara ve Alkol Kullanımı

	Kız				Erkek					
	Hayır		Evet		Hayır		Evet			
	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Oruç tutma	21	16.4	107	83.6	10	14.3	60	85.7	0.15	0.83
Sigara kullanımı	82	64.1	46	35.9	41	58.6	29	41.4	0.58	0.44
Alkol kullanımı	120	93.8	8	6.3	58	82.9	12	17.1	5.91	0.01

Öğrencilerin çoğunluğu yüksek ve orta düzeyde benlik saygısı gösterirken sadece 8 öğrencide düşük benlik saygısı saptanmıştır (Tablo 4). Oruç tutma ile benlik saygısı arasında bir ilişki saptanamamıştır (X^2=0.95, p=0.62). Oruç tutan ve sigara kullanan öğrencilerin oruç tutan sigara kullanmayan öğrencilerden daha düşük benlik saygısı gösterdikleri bulunmuştur (X^2=7.94, p=0.01) (Tablo 5).

Tablo 5: Oruç Tutanlarda Benlik Saygısı ve Sigara İçme Davranışı

	Sigara kullanımı					
	Hayır		Evet		Toplam	
Benlik Saygısı	n	%	n	%	n	%
Yüksek	63	58.3	21	35.6	84	50.3
Orta	42	38.9	35	59.3	77	46.1
Düşük	3	2.8	3	5.1	6	3.6
Toplam	108	100.0	59	100.0	167	100.0

Öğrencilerin ortalama haftalık harçlıkları 62.57 ± 23.51 milyon TL idi ve 20 ile 150 milyon TL arasında değişiyordu (Tablo 6). Oruç tutan öğrencilerin harçlıkları tutmayanlardan daha düşüktü (t=2.54, p=0.03). Diğer yandan ekonomik durumun bir diğer göstergesi de yurtlarda ikamet etme olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde yurtta kalan öğrenciler evlerde ya da aile yanında kalan öğrencilerden daha fazla oranda oruç tutuyorlardı (X^2=-4.80, p=0.02). Yurtta kalma sigara kullanımını etkilemezken (X^2=1.21, p=0.27), alkol kullanımı yurtta kalanlarda daha düşüktü (X^2=7.45, p=0.00).

Öğrencilerin haftalık harçlıkları ile benlik saygısı arasındaki korelasyonlar tablo 6'da gösterilmiştir. Her ne kadar harçlıklar düşük benlik saygısı grubunda yüksek olarak saptansa da istatistiki bir anlamlılık bulunamadı (Kruskall Wallis test=0.45, p=0.79). Diğer yandan sigara kullanan öğrencilerin harçlıkları sigara kullanmayanlardan daha fazlaydı (t=-3.37, p=0.00). Düşük benlik saygısı grubunun sayı olarak azlığı nedeni ile istatistiksel değerlendirmede düşük ve orta benlik saygısı olan gruplar birleştirilmiştir. Sigara kullanımı düşük ve orta benlik saygısı grubunda (%45.4) yüksek benlik saygısı grubuna göre (%30.7) daha yüksekti (X^2=0.14, p=0.70).

Tablo 6. Öğrencilerin Haftalık Harçlıkları ile Oruç Tutma, Benlik Saygısı ve Sigara Kullanma Davranışları İlişkisi (Milyon TL)

	n	Ortalama	SS
Oruç tutma			
Hayır	31	72.90	28.75
Evet	167	60.65	21.98
Benlik saygısı			
Yüksek	101	61.53	22.28
Orta	89	63.42	24.64
Düşük	8	66.25	28.13
Sigara kullanımı			
Hayır	123	58.28	22.02
Evet	75	69.60	24.33

TARTIŞMA

Ramazan döneminde yapılan bu çalışmada, sigara kullanma alışkanlığının benlik saygısı üzerine önemli bir etken olduğu ortaya konmuştur. Oruç tutan sigara kullanıcılarının daha düşük bir benlik saygısı gösterdiği ve sigara kullanma davranışının oruç tutulan Ramazan ayı içerisinde azaldığı gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda benlik saygısının erken ergenlik döneminde her iki cins için de sigaraya başlama ile ilişkili bir faktör olabileceği ve bu gençler arasında herhangi bir düzeyde sigara kullananların hiç kullanmayanlara göre daha düşük benlik saygısı düzeyleri olduğu bildirilmiştir (10). Diğer bir çalışmada ise kızların sigaraya başlama ve sigara içme davranışını sürdürmelerinin altında farklı motivasyonların yer alabileceği ortaya konmuştur, fakat bizim çalışmamızda kız ve erkek öğrenciler arasında sigara içme davranışı açısından fark gözlenememiştir (11). Diğer yandan başka çalışmalar gençlerde benlik saygısı ve sigara içme arasında basit ve doğrudan bir ilişkinin bulunamayacağını ve sosyal olarak izole gençlerin hem düşük benlik saygısı gösterdiklerinin hem de daha az sigara kullandıklarını ortaya koymuştur (12).

Ramazan döneminde oruç tutma ile benlik saygısı arasında bir ilişki saptanamamıştır. Sonuçlara göre öğrenciler büyük çoğunlukla orta ve yüksek benlik saygısı düzeyleri göstermiştir. Bu pozitif yüksek benlik saygısı sonuçlarını açıklayacak bir veri bulunmamakla beraber öğrencilerin kendilerinde negatif değerlendirme yapmak istememe eğilimlerinin bu sonuçları oluşturduğu düşünülebilir.

Sonuçlar göstermektedir ki, düzensiz ola-

rak oruç tutanlar daha yüksek sigara ve alkol kullanma oranları sergilemektedir. Bu durum alkol veya sigara bağımlısı olan öğrencilerin bu bağımlılıkları nedeniyle oruç tutma davranışlarını başarı ile yerine getirememelerine ve bu nedenle de aralıklı oruç tutma yaklaşımı ile telafi etmelerine bağlı olabilir. Diğer yandan bu hipotezin başka çalışmalarla doğrulanması halinde, bu özellik bağımlı kişileri Ramazanda daha kolay saptamamıza ve onlara yardım etmek için fırsat elde etmemize olanak sağlayabilir.

Haftalık harçlıklar sigara içen grupta daha yüksek olarak bulundu. Benzer şekilde oruç tutmayan öğrencilerin de harçlıkları oruç tutanlardan daha yüksekti. Her ne kadar öğrencilerin harçlıkları her zaman ailelerinin ekonomik durumları ile ilişkili doğrudan bilgiler vermese de bu bilgi güvenilir olarak değerlendirmeye alınabilir. Bazı çalışmalarda ekonomik zorlukların ergenlerin benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (13,14). Düşük ekonomik düzeydeki öğrencilerin bir kısmının manevi etkenlerle oruç tutmada artış göstermeleri ekonomik sorunların benlik saygısı üzerindeki olumsuz etkilerini gidermeye yönelik olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Benzer şekilde ve ekonomik düzeyleri de yansıtan diğer bir özellik yurtta ikamet etmedir. Yurtta kalan öğrencilerde daha yüksek oruç tutma oranları saptanmıştır. Oruç tutmayan öğrencilerdeki yüksek harçlık düzeylerinin bulunması yerleşim, kültür ve sosyoekonomik durumun etkilerini ortaya koymakta ve değerlendirmelerin daha geniş bir perspektiften yapılmasını gerektirmektedir.

Çalışmamızda göreceli olarak düşük öğrenci sayısının bulunması ve tek merkezde yapılması elde edilen sonuçların genelleştirilebilmesini zorlaştırmaktadır. Diğer yandan öğrencilerin sosyal ve dini kültür olarak başka bölgelerden farklılıklar gösterebileceği Trakya bölgesindeki bir okuldan seçilmesi, bölgesel etkilerin sonuçları etkileyebilmesi gerçeği yanında öğrencilerin Ülke'nin tüm 7 bölgesinden gelen bir popülasyonu oluşturması nedeni ile bu sorun daha az düzeye inmektedir. Ayrıca elde edilen verilerin beyana dayalı olması ve karbondioksit, nikotin veya kan düzeyi ölçümleri ile desteklenmemesi çalışmanın başka bir limitasyonudur.

Sonuç olarak, bu çalışmanın klinik pratikte ve uygulamada kullanılabilecek sonuçları bulunmaktadır. Ramazan döneminde oruç tutmanın sigara ve alkol kullanımı ile ilişkili ve karşılıklı etkileşim içinde olduğu, benlik saygısının oruç tutma davranışı ile doğrudan ilişkili olmadığı fakat benlik saygısının sigara kullanımı ile etkilenebildiği ortaya konmuştur. Transkültürel bakış açısı ile bağımlı hastaların değerlendirilmesinde, inançlı ve oruç tutan bireylerin bu sonuçlar ışığında izlenmesi avantajlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1- Adlouni A, Ghalim N, Saile R, et al. Beneficial effect on serum apo AI, apo B and Lp AI levels of Ramadan fasting. Clin Chim Acta 1998; 71:179-189.

2- Roky R, Chapotot F, Hakkou F, et al. Sleep during Ramadan intermittent fasting. J Sleep Res 2001; 10:319-327.

3- Burden M. Culturally sensitive care: managing diabetes during Ramadan. Br J Community Nurs 2001; 6:581-585.

4- Roky R, Iraki L, HajKhlifa R, et al. Daytime alertness, mood, psychomotor performances, and oral temperature during Ramadan intermittent fasting. Ann Nutr Metab 2000; 44:101-107.

5- Iraki L, Abkari A, Vallot T, et al. Effect of Ramadan fasting on intragastric pH recorded during 24 hours in healthy subjects. Gastroenterol Clin Biol 1997; 21:813-819.

6- Donderici O, Temizhan A, Kucukbas T, et al. Effect of Ramadan on peptic ulcer complications. Scand J Gastroenterol 1994; 29:603-606.

7- Kadri N, Tilane A, El Batal M, et al. Irritability during the month of Ramadan. Psychosom Med 2000; 62:280-285.

8- Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.

9- Çuhadaroğlu F. Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1985; 107-108.

10- Kawabata T, Cross D, Nishioka N, et al. Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: initial results from a three-year study. J Sch Health 1999; 69:280-284.

11- Abernathy TJ, Massad L, Romano-Dwyer L. The relationship between smoking and self-esteem. Adolescence 1995; 30:899-907.

12- Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? J Adolesc 1999; 22:673-682.

13- Ho CS, Lempers JD, Clark-Lempers D.S. Effects of economic hardship on adolescent self-esteem: a family mediation model. Adolescence 1995; 30:117-131.

14- Housley K, Martin S, Mccoy H, et al. Self-esteem of adolescent females as related to race, economic status, and area of residence. Percept Mot Skills 1987; 64:559-566.

ALKOL/MADDE BAĞIMLILIĞINDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU EK TANISININ DİĞER I. EKSEN TANILARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI VE İHMALİ İLE İLİŞKİSİ

Personality Disorder Comorbidity Among Substance Dependents and its Relationship With Other Axis I Disorders and Childhood Abuse and Neglect History

Dr. Sevil Kural[1], Dr. Cüneyt Evren[1], Dr. Duran Çakmak[2]

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada alkol/madde bağımlılarındaki (AMB) kişilik bozukluğu (KB) ek tanısının değerlendirilmesi, KB tanıları açısından alkol ve madde bağımlıları arasındaki farkı saptamak, AMB'da saptanan KB tanısının sosyodemografik özellikler, I. eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Nisan 2002 ile Mart 2003 tarihleri arasında Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) biriminde yürütüldü. Çalışmaya yatarak tedavi gören, DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol ya da madde bağımlılığı tanısı almış ve detoksifikasyon sürecini tamamlamış 132 erkek hasta (66 alkol ve 66 madde bağımlılığı) alınmıştır. Olgulara yarı yapılandırılmış sosyodemografik form, SCID-I'nin tüm modülleri, SCID-II, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi uygulanmıştır.

Bulgular: Alkol/madde bağımlılarında KB oranı %34.8, eşik altı kişilik özellikleri ise %22.7 olarak saptandı. Çalışmaya katılan bağımlılar arasında en yüksek KB oranı antisosyal KB (%23.5) için saptandı. Madde bağımlılarında KB oranı alkol bağımlılarına göre daha yüksekti. Yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. KB olanlarda özkıyım girişimi, kendine fiziksel zarar verme, yaşam boyu major depresyon ve yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanların oranları KB olmayanlara göre yüksekti. Diğer I. Eksen tanıları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Fiziksel kötüye kullanım (KK), duygusal KK ve ihmal oranları da KB olanlarda KB olmayanlara göre yüksekti. BDÖ ve BAÖ ortalama puanları KB olanlar ve kişilik özellikleri olanlarda KB olmayanlara göre yüksekti. KB'nun bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon modelinde özkıyım girişim öyküsü, duygusal KK ve yaşam boyu major depresyon belirleyiciler olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bağımlılık tedavisi planlanırken sadece var ya da yok diye değil, KB'nun tüm boyutlarının değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Erkek alkol/madde bağımlılarında KB ek tanısı yüksek oranda depresyon ve anksiyete belirtileri, özkıyım girişimi, kendini yaralama davranışı ve çocukluk çağı KK ve ihmal öyküsü ile birliktelik göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, depresyon, anksiyete, I. Eksen, çocukluk çağı kötüye kullanımı.

ABSTRACT

Objective: Aim of this study was to evaluate the personality disorder (PD) among substance dependents, to find the differences between alcohol and drug dependents in terms of PD diagnosis and to examine the relationship of PD diagnosis with sociodemographic characteristics, axis I disorders and childhood abuse and neglect history in substance dependents.

Method: The study was conducted in AMATEM (Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center) between April 2002 and March 2003. Study sample consisted of 132 male substance dependent (66 alcohol and 66 drug) patients according to DSM-IV criteria, at the end of their detoxification process. Semi-structured socio-demographic form, all the modules of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), SCID-II, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Childhood Abuse and Neglect Questionnaire were applied.

Results: The ratio of PD was 34.8%, in substance dependents while it was 22.7% for personality traits. Among substance dependents included in the study highest rate was for antisocial PD (23.5%). Rate of PD was higher in drug dependent group compared to alcohol dependent group. There were no significant differences between groups in terms of current age, marital, educational and employment status. Suicide attempt history, self-destructive behavior, lifetime major depression and post traumatic stress disorder were higher in those with PD than those without PD. There were no significant differences between groups in terms of other axis I disorders. Rates of physical, emotional abuse and neglect were also higher in those with PD. The mean scores of BDI and BAI were higher in those with PD and personality traits than those who did not have PD. Taking PD as dependent variable in lojistic regression model, history of suicide attempt, emotional abuse and lifetime major depression were found as determinants.

Conclusion: It is important to take all spectrum of PD into consideration while planning treatment of substance dependency rather than only making diagnosis of PD. Comorbid PD among male substance dependents was associated with high depression and anxiety symptoms, suicide attempt history, self destructive behavior and childhood abuse and neglect history.

Key words: Alcohol dependency, substance dependency, personality disorder, depression, anxiety, axis I, childhood abuse.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 9-18 **Journal of Dependence 2005; 6: 9-18**

[1] Uzm. Dr. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği

[2] Doç. Dr. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Cüneyt Evren, İcadiye Cad. Menteş Sok. Selçuk Apt. 1/17 Kuzguncuk, 34764 Üsküdar – İstanbul – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: cuneytevren@hotmail.com Telefon / Phone: +90 (212) 543 65 65

25 Ekim 2004'te alınmış, 1 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received October 25, 2004; accepted for publication March 1, 2005.

GİRİŞ

Hem epidemiyolojik hem de klinik çalışmalar, alkol/madde bağımlılığı (AMB) olan popülasyonlarda kişilik bozukluğu (KB) yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir (1). AMB olanlarda herhangi bir KB yaygınlığı tipik olarak %30 ila %75 arasında değişmektedir (2). Türkiye'de ise sadece tedaviye başvurmuş alkol bağımlılarını hedef alan araştırmalar, herhangi bir kişilik bozukluğu ektanı sıklığının %22 ile %72,5 arasında değiştiğini göstermektedir (3-7). Bu çalışmaların hepsinde en sık saptanan kişilik bozukluğu tanısı, %9 ile %37,5 arasında değişen oranlarda antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) olmuştur.

Çalışmalar sonucunda elde edilen veriler, KB'nun AMB'nın etyoloji ve seyri üzerinde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (1). Bazı çalışmaların sonuçları tedavi sürecinin KB olan AMB'da daha olumsuz bir seyre sahip olduğunu göstermiştir. Kosten ve arkadaşları (8) 2.5 yıllık takip çalışmalarının sonucunda, tedavi arayışındaki opiyat bağımlılarında KB olanların olmayanlara göre takipte daha fazla madde kullandığını ve psikiyatrik işlevlerinin daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. DeJong (9) yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında herhangi bir B kümesi KB'nun varlığının depreşmeyi (relaps) belirlediğini bildirmiştir. Cacciola ve arkadaşları (10) metadon tedavisi altındaki hastalarda KB olan olguların 7 ay boyunca tedavide daha az kaldığını ve B kümesinin genel kötü seyri belirlediğini bulmuşlardır. Thomas ve arkadaşları (11) AMB olan örneklemlerinde 1 yıllık takip sonucunda KB'nun depreşmeyi arttırdığını bildirmişlerdir.

Geniş bir epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarına göre alkol kullanım bozukluğu olanlarda ASKB yaygınlığı %14.5 iken, madde kullanım bozukluğu olanlarda bu oran %18'dir. Aynı çalışmada alkol veya esrar dışında madde kullanım bozukluğu grubunda ise ASKB oranı %25 ile %40 arasında bulunmuştur (12). Bu birliktelik bağımlılığın seyrini olumsuz etkilemektedir; her iki tanıyı alan kişilerin ilk alkol/madde entoksikasyonunu daha erken yaşta tecrübe ettikleri, bağımlılık seyirlerinin daha şiddetli ve süregen, sosyal sonuçlarının daha olumsuz ve yasa dışı madde kullanımlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kokkevi ve arkadaşları (13) tedavide kalmayı değerlendirdiklerinde, KB olan madde bağımlılarının tedaviyi yarım bırakma olasılıklarının KB olmayanlara göre 2 kat daha fazla olduğunu ve bunun temel olarak ASKB'dan kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Yaygınlık oranları seçilen örnekleme, araştırılan travmanın tipine ve travmayı değerlendirme yöntemine göre farklılık gösterse de, çalışmalar çocukluk çağında kötüye kullanılmanın (KK) AMB'larında sık olduğunu göstermektedir (14). Bağımlı örneklemlerde saptanan yüksek KB ek tanısında çocukluk çağı KK'nın etkisi olduğu bildirilmektedir (15). Ayrıca AMB olan örneklemlerde KB'nun I. eksen bozuklukların riskini arttırdığı da bulunmuştur (2). Türkiye'de AMB'da KB'nu araştıran çalışmalarda sadece alkol bağımlıları hedef alınmış, madde bağımlılarında eşlik eden KB'ları değerlendirilmemiştir. Bildiğimiz kadarıyla daha önce AMB'da KB ek tanısının çocukluk çağı kötüye kullanımı ile ilgisini araştıran çalışma da ülkemizde bulunmamaktadır. Bu çalışmada AMB'da eşlik eden KB'nın değerlendirilmesi, KB tanıları açısından alkol ve madde bağımlıları arasındaki farkı saptamak ve AMB'da saptanan KB'larının sosyodemografik özellikler, I. Eksen tanıları ve çocukluk çağı KK ve ihmali ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman 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 servise ardışık yatırılarak takip ve tedavi edilen, DSM-IV alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 66 ve madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 66 hasta alındı. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve dışlama ölçütlerini taşımayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Dışlama ölçütleri şunlardı: 18 yaşın altında, mental retardasyonu, iletişimi önemli ölçüde etkileyecek düzeyde görme, işitme ve bilişsel kaybı, psikotik bozukluğu, organik beyin hastalığı olma. Farklı maddelerin detoksifikasyon süreleri gözönünde bulundurularak görüşmeler tedavinin en az ikinci haftasından sonra, tarafımızdan deneklerin alkol/madde yoksunluk bulgularının düzeldiğine karar verildikten sonra yapıldı. İlk görüşmede hastalar

çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildi ve araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onayları alındı.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışma için özellikle hazırlanan sosyodemografik veri toplama formu dışında hastalara şu ölçekler uygulanmıştır:

SCID-I: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994 yılında majör DSM-IV eksen-I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (16). SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17).

SCID-II: DSM-III-R sınıflandırma sisteminde yeralan eksen II kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmıştır (18). SCID-II'nin Türkçe versiyonunun güvenirliği ülkemizde Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19). SCİD-II uygulanırken DSM IV'ün önerisine sadık kalınarak hastaların alkol/madde kullanım bozukluğu dikkate alınıp, KB'larındaki ölçütlerden alkol/madde kullanımı ile ilgili olanlar dışlanmıştır.

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi: Yargıç ve arkadaşları (20) tarafından geliştirilen ve 9 sorudan oluşan bu soru listesi, çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. Bu form ile çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve duygusal KK, ihmal edilme ve ensest yaşantıları sorgulanmaktadır. KK davranışının kim tarafından ve kaç yaşındayken yapıldığı, yapan kişinin o sırada kaç yaşında olduğu sorulmakta ve KK 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 (BDE): Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanıldı. Beck ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilmiş, Türkiye için uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise Hisli (22) tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Anksiyete belirtilerinin düzey ve şiddetini ölçmek için kullanıldı. Beck ve arkadaşları (23) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlama için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları (24) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel İşlem

Veriler SPSS 11.5 for Windows 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, üç gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için ise One-way Anova ve post hoc değerlendirmede Tukey testi uygulanmıştır. KB'nun ve eşik altı kişilik özelliklerinin bağımlı değişken olarak alındığı iki lojistik regresyon modeli uygulanmış ve belirleyiciler saptanmıştır. Tüm istatistiksel işlemlerde anlamlılık $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Alkol dışı madde bağımlısı hastaların 16'sı (%24.2) uçucu madde, 15'i (%22.7) esrar, 15'i (%22.7) opiyat, 11'i (%16.7) sedatif/hipnotik, 7'si (%10.6) kokain ve 2'si (%3) uyarıcı madde bağımlılığı tanısı almaktaydı.

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler ve Kişilik Bozukluğu

	Alkol (n=66)		Madde (n=66)				
	n	%	n	%	X^2	sd	p
Medeni durum					36.04	2	<0.001
Evli	38	57.6	16	24.2			
Boşanmış, dul	21	31.8	10	15.2			
Bekar	7	10.6	40	60.6			
Çalışma durumu					12.23	2	0.002
Çalışmıyor	20	30.3	40	60.6			
Çalışıyor	35	53.0	20	30.3			
Emekli, öğrenci	11	16.7	6	9.1			
Eğitim					8	2	0.018
İlkokul	23	34.8	37	56.1			
Lise	29	43.9	24	36.4			
Üniversite	14	21.2	5	7.6			
Kişilik bozukluğu*					3.96	2	0.14
Yok	33	50.0	23	34.8			
Eşik altı kişilik özellikleri	15	22.7	15	22.7			
Kişilik bozukluğu var	18	27.3	28	42.4			

*Sadece kişilik bozukluğu olan ve olmayanlar değerlendirildiğinde $X^2=3.96$, sd=1, p=0.047, İhtimaller oranı (Odds Ratio) (%95 güvenirlik aralığı) = 2.23 (1.01-4.95)

Tablo 2: Kişilik Bozukluğu Tipi ve Eşik Altı Kişilik Özellikleri

	Alkol		Madde				
	Özellik	Bozukluk	Özellik	Bozukluk	X^2	sd	p
A Kümesi							
Paranoid	0	0	2 (%3)	1 (%1.3)	3.07	2	0.22
Şizoid	0	0	0	0			
Şizotipal	0	0	0	1 (%1.3)	1.01	1	1
B Kümesi							
Antisosyal	4 (%6.1)	11 (%16.7)	8 (%12.1)	20 (%30.3)	5.9	2	0.054
Borderline	2 (%3)	3 (%4.5)	5 (%7.6)	5 (%7.6)	2	2	0.37
Narsisistik	1 (%1.5)	0	1 (%1.5)	0	0	1	1
Histrionik	0	0	0	0			
C Kümesi							
Kaçıngan	1 (%1.5)	2 (%3)	0	0	3.07	2	0.22
Obsesif-Kompulsif	5 (%7.6)	0	0	0	5.2	1	0.058
Pasif agresif	2 (%3)	0	0	0	2.03	1	0.5
Bağımlı	0	1 (%1.5)	1 (%1.5)	0	2	2	0.37
BTA	0	1 (%1.5)	0	1 (%1.5)	0	1	1

BTA: Başka Türlü Adlandırılamayan

Tablo 3: Kişilik Bozukluğunun Varlığına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (n=56)		Eşik Altı Kişilik Özellikleri (n=30)		Kişilik Bozukluğu Var (n=46)				
	n	%	n	%	n	%	x^2		P
Yaş (ort±ss)	(35.3±10.1)		(34.3±11.7)		(30.5±11.5)		F=2.93		0.057
Medeni durum							2.47	4	0.65
Evli	25	44.6	12	40.0	17	37.0			
Bekar	13	23.2	9	30.0	9	19.6			
Boşanmış, dul	18	32.1	9	30.0	20	43.5			
Çalışma durumu							1.33	4	0.86
Yok	23	43.4	13	46.4	24	53.3			
Var	23	43.4	12	42.9	15	33.3			
Emekli, öğrenci	7	13.2	3	10.7	6	13.3			
Eğitim							6.28	4	0.18
İlkokul	22	39.3	12	40.0	26	56.5			
Ortaokul Lise	22	39.3	14	46.7	17	37.0			
Üniversite	12	21.4	4	13.3	3	6.5			
Özkıyım girişimi	11	19.6	15	50.0	29	63.0	20.68	2	<0.001
Kendine fiziksel zarar verme	14	25.0	11	36.7	32	69.6	21.12	2	<0.001
Çoğul madde[m]	11	47.8	10	66.7	26	96.9	12.7	2	0.002
Madde kullanmaya başladığı yaş*[m]	(20.7±6.7)		(19.1±5.6)		(15.6±4.5)		F=5.4		0.007
Maddeyi kullanma süresi[m]	(5.7±3.7)		(6.2±5.7)		(8.0±4.0)		F=1.96		0.15
Alkol kullanmaya başladığı yaş[a]	(18.5±3.5)		(18.5±3.6)		(17.2±3.8)		F=0.93		0.4
Alkolü kullanma süresi[a]	(22.1±6.9)		(24.3±9.6)		(20.6±9.0)		F=0.89		0.42

*Kişilik bozukluğu var < kişilik bozukluğu yok, m = sadece madde bağımlıları değerlendirilmeye alınmıştır, a = sadece alkol bağımlıları değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 4: Kişilik Bozukluğunun Varlığına Göre I. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali

	Kişilik Bozukluğu Yok (n=56)		Eşik Altı Kişilik Özellikleri (n=30)		Kişilik Bozukluğu Var (n=46)				
	n	%	n	%	n	%	x^2	sd	P
I. eksen tanısı	31	55.4	26	86.7	38	82.6	13.45	2	0.001
Yaşam boyu major depresyon	13	23.2	12	40.0	25	54.3	10.48	2	0.005
Yaşam boyu TSSB	11	19.6	13	43.3	17	37.0	6.27	2	0.044
Fiziksel kötüye kullanım	10	17.9	14	46.7	29	63.0	22.15	2	0.000
Duygusal kötüye kullanım	6	10.7	13	43.3	24	52.2	21.8	2	0.000
İhmal	13	23.2	14	46.7	21	45.7	7.28	2	0.026
Cinsel kötüye kullanım	3	5.4	5	16.7	6	13.0	3.1	2	0.22
Ensest	0	0	2	6.7	3	6.5	1.4	2	0.15

Tablo 5: Kişilik Bozukluğunun Varlığına Göre Ölçeklerin Ortalamaları

	Kişilik Bozukluğu Yok (n=56)		Eşik altı kişilik özellikleri (n=30)		Kişilik Bozukluğu Var (n=46)			
	ort	ss	ort	ss	ort	ss	F	p
BDE*	13.4	9.6	21.3	9.9	19.5	11.5	7.13	0.001
BAE*	11.8	10.6	22.8	15.6	23.3	14.4	11.77	<0.001

BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri

*kişilik bozukluğu var, eşik altı kişilik özellikleri > kişilik bozukluğu yok

Tablo 6: Kişilik Bozukluğunun Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon

	B	S.E.	Wald	P (df=1)	Exp(B)	%95 güvenirlik aralığı
Özkıyım	-1.566	0.6	6.87	0.009	0.21	0.065-0.67
Zarar	-0.879	0.58	2.3	0.13	0.42	0.133-1.3
Fiziksel KK	-1.182	0.69	2.93	0.087	0.31	0.079-1.19
Duygusal KK	-2.015	0.87	5.4	0.02	0.13	0.024-0.73
İhmal	1.613	0.83	3.77	0.052	5.02	0.98-25.6
Major depresyon yaşam boyu	-1.280	0.58	4.9	0.027	0.28	0.09-0.86
TSSB yaşam boyu	-0.217	0.62	0.12	0.727	0.81	0.24-2.72
Sabit	3.309	0.83	15.79	<0.001	27.37	

Alkol bağımlılarının yaş ortalaması (40.7±-8.0) madde bağımlılarının yaş ortalamasından (26.1±6.9) yüksekti (t=11.22, p<0,001). Madde bağımlılarında ise bekar olma, çalışmama ve ilkokul düzeyinde eğitime sahip olma oranları alkol bağımlılarına göre yüksekti. Gruplar arasında KB açısından anlamlı fark saptanmazken, eşik altı kişilik özellikleri olan olgular değerlendirme dışı bırakıldığında KB'nun madde bağımlılarında alkol bağımlılarına göre daha yüksek oranda olduğu bulundu (Tablo 1). KB ve eşik altı kişilik özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir (Tablo 2).

Çalışmanın sonraki aşamasında alkol ve madde bağımlıları, KB olmayanlar (n=56), eşik altı kişilik özellikleri olanlar (n=30) ve KB olanlar (n=46) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Üç grup arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.057). İkili gruplar halinde değerlendirildiğinde ise KB olan grubun yaş ortalamasının (30.5±9.3) KB olmayan gruba (35.3±10.1) göre düşük olduğu bulundu (t=2.46, p=0.015). Medeni durum, eğitim ve çalışma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Özkıyım girişimi ve kendine fiziksel zarar verme oranları KB olanlarda diğer gruplara göre yüksekti. Sadece madde bağımlıları değerlendirildiğinde çoğul madde kullanma oranı KB olan ve eşik altı kişilik özelliği olan gruplarda, KB olmayan gruba göre yüksekti. Yine sadece madde bağımlıları değerlendirildiğinde madde kullanma süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu, ancak KB olan grupta madde kullanmaya başlama yaşı diğer gruplara göre daha düşüktü. Sadece alkol bağımlıları değerlendirildiğinde ise alkol kullanma süresi ve alkol kullanmaya başlama yaşı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 3).

KB olan ve eşik altı kişilik özelliği olanlarda yaşam boyu major depresyon ve yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alanların oranları KB olmayanlara göre yüksekti. Diğer I. Eksen tanıları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Sadece alkol bağımlıları değerlendirildiğinde şimdi major deperesyon tanısı alanların oranı KB olanlarda (n=8, %44.4) ve kişilik özelliği olanlarda (n=5, %33.3) KB olmayanlara göre (n=3, %9.1) yüksekti (x^2=8.8, p<0.012). Benzer şekilde yaşam boyu major depresyon tanısı alanların oranı KB olanlarda (n=11, %61.1) ve kişilik özelliği olanlarda (n=5, %33.3) KB olmayanlara göre (n=6, %18.2) yüksekti (x^2=9.66, p<0.008). Yaşam boyu TSSB tanısı alanların oranı da KB olanlarda (n=8, %44.4) ve eşik altı kişilik özelliği olanlarda (n=6, %40.0) KB olmayanlara göre (n=5, %15.2) yüksek bulundu (x^2=6.07, p<0.048). Sadece madde bağımlıları değerlendirildiğinde ise I. Eksen bozuklukları açısından 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Fiziksel ve duygusal KK ve ihmal oranları KB ve kişilik özelliği olan gruplarda KB olmayan gruba göre yüksekti. Cinsel KK ve ensest oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4).

BDÖ ve BAÖ ortalama puanları KB olanlar ve eşik altı kişilik özellikleri olanlarda KB olmayanlara göre yüksekti (Tablo 5). KB'nun bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon modelinde özkıyım girişim öyküsü, duygusal KK ve yaşam boyu major depresyon belirleyiciler olarak saptanmıştır (Tablo 6). Aynı model eşik altı kişilik özelliği için uygulandığında ise belirleyici saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Hem epidemiyolojik hem klinik çalışmalar, AMB'da KB prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (1,25). AMB'da KB oranı genel popülasyona göre yüksektir (26). Van Horn ve Frank'in (26) çalışmasında AMB'da %71.7 oranında KB bildirirken, bu oran Skodol ve arka-

daşlarının (27) çalışmasında %60, Verheul ve arkadaşlarının çalışmasında (2) ise %57 olarak saptanmıştır. Çalışmalarda saptanan KB oranlarındaki farklılıklar, tanı ölçütlerinin ve örneklemlerin (vaka sayısı, yatarak ya da ayaktan tedavi görme, cinsiyet) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda saptanan KB ektanı oranı daha önce yapılmış çalışma sonuçlarıyla uyumludur (2,28). Ayrıca alkol bağımlıları için saptadığımız KB oranı (%27.3) da ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla da uyum göstermektedir (3-7). Bu çalışmada önemli bir bulgu, eşik altı kişilik özellikleri değerlendirme dışı bırakıldığında KB oranının madde bağımlılarında (%42.4) alkol bağımlılarından daha fazla olduğudur. Madde bağımlılarında KB olma riskinin alkol bağımlılarına göre 2.2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark ASKB oranının madde bağımlılarında daha fazla olmasından kaynaklanıyor görünmektedir. Bu bulgular geniş epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (12).

Bu çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi en sık saptanan kişilik bozukluğu ASKB olmuştur. AMB'larında ASKB oranlarını değerlendiren çalışmalar bu oranın %25 ila %50 arasında değiştiğini saptamışlardır (2,29-31). Bu çalışmalarda ASKB en sık saptanan yaşam boyu tanı olmuştur. AMB ve ASKB olan bireylerde yapılan çalışmalarda, alkol/madde kullanım sorunlarının daha şiddetli olduğu ve daha yüksek oranda ya da şiddette tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunlar yaşadıkları sıklıkla saptanmıştır (32). Genel olarak çalışmalara bakıldığında ASKB en sık tercih maddesi eroin olan hastalarda saptanmakta ve oran %23 ile %73 arasında değişmektedir (30-,33). Çalışmamızda da madde bağımlılarında ASKB oranı alkol bağımlılarına göre daha yüksek olma eğilimindeydi (p=0.054). İkinci sıklıkta saptanan KB borderline KB (BKB) olmuştur. BKB, AMB olan hastalarda sıklık açısından ikinci sırada yer almaktadır ve bu oran %10 ila %30 arasında değişmektedir (34,35). Özellikle kişilik problemi nedeniyle tedavi arayışında olanlarda olmak üzere, BKB'nun AMB ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (27).

KB olanlarda yaş ortalamasının KB olmayan gruba göre düşük olması bu grubun tedavi arayışına daha erken girdiklerini göstermektedir. AMB'daki KB'larının çocukluk çağından itibaren dikkati çeken düzeyde uyumu bozucu etkilerinin olduğu ve maddenin kullanımı sonucunda oluşmadığı görüşü ağırlık kazanmıştır (2). Alkol değil ama madde bağımlılarının ilk madde kullanma yaşı KB olanlarda daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde çalışmalarda ASKB olan bireylerin olmayanlara göre yasadışı madde kullanımına erken yaşlarda başladığı bildirilmektedir (36). Bir diğer önemli bulgu KB olanlarda çoğul madde kullanımının daha fazla olduğudur. Ayrıca çalışmamızda KB ve eşik altı kişilik özellikleri olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu da saptandı. AMB'da KB oranının yüksek olması bu olguların yatarak sağaltım görme sebeplerinden biri olabilir. AMB, KB'nun hastalara getirdiği yoğun anksiyete ve depresif belirtileri hastaların erken yaştan itibaren alkol ya da madde ile iyileştirme çabalarının bir sonucu olabilir. Alkol ve maddelerin, anksiyete ve depresyon belirtilerini iyileştirme çabası (self medikasyon) olarak kullanılması sıktır ve alkol/madde bağımlılığı da anksiyete ve depresyon belirtilerine yol açar. Alkol bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları zaman içinde, anksiyete bozukluğunun alkol bağımlılığına yol açması ya da tam tersi gibi karşılıklı nedensel ilişki gösterir (37).

Kokkevi ve ark. (36) madde kötüye kullananlarda I. ve II. eksen ek tanı birlikteliğinin %60'ın üzerinde olduğunu bulmuşlardır. Öner ve ark. (6) ise alkol bağımlılarında bu oranı %50 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada KB olanların %69'unda I. eksen tanısı bulunduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda bu oran %82.6 olarak saptanmıştır. Verheul ve arkadaşları (2) herhangi bir KB bulunmasının şimdiki mizaç bozukluğu olasılığını 2.5 kat, şimdiki anksiyete bozukluğu olasılığını ise 3.1 kat arttırdığını saptamışlardır. Diğer bir çalışmada Pettinati ve arkadaşları (25) I. eksen ve KB birlikteliğinin 1 yıllık takipte alkol/madde kullanımını belirlediğini bildirmişlerdir. KB I. eksen bozukluklarının doğal seyrini ve tedavi sürecini değiştirebilir, örneğin I. eksen bozukluklarının süregenliğini arttırabileceği bildirilmektedir (2). Çalışmamızda sadece yaşam boyu major depresyon ve TSSB tanılarının oranları KB olanlarda yüksek olarak saptanmıştır. Bu fark alkol bağımlılarından kaynaklanmaktadır. Sadece madde bağımlıları değerlendirildiğinde KB olan ve olmayalar arasında I. Eksen tanıları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

KB'nun varlığında süregen alkol kullanımına eğilimin arttığını bildiren çalışmaların yanında, KB'nun AMB'nın süregenleşmesini arttırdı-

ğına yönelik bulgu olmadığı ancak daha fazla genel bir bozulmaya yol açtığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (27,38). KB olan bağımlıların klinik görünümleri daha ağırdır (26). Bağımlılarda altta yatan kişilik özelliği doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkan strese ya da kontrol bozukluğuna bağlı saldırgan davranışla ilişkili olabileceğinden, bu kişiler alkolü stres azaltıcı veya davranışın kontrolü amaçlı yani ilaç niyetine kendi kendini tedavi amaçlı, kullanıyor olabilirler. Özellikle kendine fiziksel zarar verme davranışı süregen olanlarda olmak üzere, alkol/madde kullanımı ve kendine fiziksel zarar verme davranışlarının sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiştir (39,40). Gerek KB'nun varlığı gerekse alkol/madde kullanımı tek başlarına özkıyım için risk faktörleridir. Literatürde bu iki risk faktörünün birarada bulunması durumunda daha yüksek özkıyım riski beklenebileceği ileri sürülmektedir (38,41,42). Çalışmamızda bu bulgularla uyumlu olarak özkıyım ve kendine zarar verme oranları KB olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsünün eşik altı kişilik özelikleri olanlarda da yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmalara göre AMB'da çocukluk çağı KK'na genel popülasyona göre daha sık rastlanmakta ve yaygınlık oranı %30-%59 arasında bildirilmektedir (43). Diğer yandan çocukluk çağı KK, KB'ları, TSSB ve AMB için yatkınlığı arttıran etken olarak kabul edilmektedir (44,45). Çocukluk çağı KK'nın ASKB ve BKB için de predispozan faktör olduğu gözönünde bulundurulursa, hem AMB hem KB tanısı almış hastalarda KK oranının yüksek olması şaşırtıcı olmamalıdır (15,46). Bizim çalışmamızda da KB ve eşik altı kişilik özellikleri olan AMB'da çocuklukta fiziksel ve duygusal KK ve ihmal öyküsü oranı diğer bağımlılara göre daha yüksekti. Araştırmalara göre, alkol/madde kullanım bozukluğu genel olarak KK döneminde veya kısa bir süre sonra başlamaktadır, bu da hastaların KK ortamından kaçış ararlarken disosiyasyon, somatizasyon gibi yollardan daha fazla "kimyasal kaçış yolunu" tercih ettiklerini göstermektedir (47). Hem KB'ları, hem AMB için predispozan etken rolü oynayan çocukluk çağı KK, bağımlılık kliniklerinde hep gözönünde bulundurulmalı ve bu bozuklukların oluşturduğu fasit daireyi kırmak amacı ile özellikle genç yaş popülasyonlarla çalışıldığında koruyucu önlemler alınmalıdır.

Çalışma örneklemini erkek olguların oluşturması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. AMB olan erkek hastalarda ASKB yaygınlık oranı kadın hastalara göre iki kat daha fazladır (35,48). Diğer bir eksiklik ise sadece yatan hastaların çalışma kapsamına alınmış olmasıdır. Son olarak da kullanılan ölçeklerden BDE ve BAE kendi kendine değerlendirme ölçekleridir ve hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Bağımlıların ise yoksunluğun akut ve subakut evrelerinde daha yüksek oranda depresif ve anksiyete semptomları bildirdikleri, ayrıca bu semptomları olduğundan daha şiddetli olarak gösterme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Tüm bu sınırlılıklar çalışma sonuçlarının genel AMB'na yansıtılmasını engellemektedir.

Bağımlılarda komorbidite araştırılırken kişilik patolojisinin tüm spektrumu değerlendirilmelidir (49). Eken ve arkadaşlarının (7) alkol bağımlılarında yaptıkları çalışma sonucunda sadece bozukluk düzeyinde olanlara değil, eşik altı kişilik özellikleri taşıyanlara da dikkat edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Çalışmamızda eşik altı kişilik özelliği olanlar için belirleyici saptanmamış olsa da, özkıyım girişimi, yaşam boyu major depresyon ve TSSB, depresyon ve anksiyete puanları, fiziksel, duygusal KK ve ihmal gibi özellikler açısından eşik altı kişilik özelliği olanların KB olanlarla benzer şekilde yüksek oranlar göstermesi, kişiliğin sadece var ya da yok diye değil tüm boyutlarının değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Daha önece yapılan çalışmalarla uyumlu olarak AMB'da KB ve eşik altı kişilik özelliklerinin birlikte bulunma oranlarının yüksek olarak saptanması bu olguların tedavisi planlanırken hem KB'larının hem de kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerektirdiğini göstermektedir. AMB olan ASKB olan hastalar tedaviye daha şiddetli sorunlarla başvursalar ve takipte sorunları daha şiddetli olsa da, alkol/madde kullanımı da dahil bir çok alanda düzelme sağlanmaktadır (10,50). Bu nedenle yapılacak yeni çalışmalar KB ek tanısı olan AMB'ları için uygun tedavilerileri belirlemeye yönelik olmalıdır.

Çalışmanın sonuçları, başta ASKB olmak üzere KB'larının madde bağımlılığına alkol bağımlılığından daha yüksek oranda eşlik ettiği ve genel olarak bağımlılık süreci üzerinde, başlama yaşının düşük, çoğul madde kullanımı, özkıyım, kendine fiziksel zarar verme davranışlarının yüksek oranda, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddetli olması gibi etkileri olabile-

ceğini düşündürmektedir. AMB'nın sağaltımında KB ektanısı durumlarında çocukluk çağı KK ve ihmal mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve sağaltım bu yönde düzenlenmelidir. Daha geniş örneklem gruplarında ve uzun dönemli izleme çalışmaları yapılarak AMB eşlik eden psikiyatrik sorunların, seyir, sağaltım ve sonlanım üzerindeki etkilerinin ayrıntılı olarak araştırılması gerekli görülmektedir.

KAYNAKLAR

1- Verheul R Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psychiatry 2001;16:274-282.

2- Verheul R, Kranzler HR, Poling J et al. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers Acta Psychiatr Scand 2000;101:110-118.

3- 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.

4- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK ve ark. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. 3P Dergisi 1997;5:29-34.

5- İnce A, Doğruer Z, Türkçapar MH (2002) Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2002;5:82-91.

6- Öner H, Tamam L, Levent BA ve ark: Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:14-22.

7- Eken B, Evren EC, Saatçioğlu Ö ve ark. Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. Düşünen Adam 2003;16:71-79.

8- Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ. Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. J Subst Abuse Treat 1989;6:163-8.

9- DeJong CA, van den Brink W, Hartefeld FM et al. Personality disorder in alcoholics and drug addicts. Compr Psychiatry 1993;34:87-94.

10- Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI et al. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. J Nerv Ment Dis 1996;184:234-239.

11- Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. J Stud Alcohol 1999;60:271-277.

12- Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;21;264:2511-2518.

13- Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E et al. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. Addict Behav 1998;23:841-853.

14- Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev 2002;22:27-77.

15- Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. Addict Behav 1998;23: 855-868.

16- 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.

17- Çorapçıoğlu 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.

18- 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 Institude, Biometrics Research Department, 1989.

19- Sorias S, Saygılı R, Elbi H. "DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID II". Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990.

20- Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1994;2:338-347.

21- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.

22- Hisli N. Reability and validity of Beck Depression Inventory among university students. Journal of Turkish Psychology 1989;7:3-13
23- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-897.
24- Ulusoy M, Erkmen H, Şahin N. Turkish version of the Beck Anxiety İnventory: Psychometric properties; Journal of Cognitive Psychotherapy; 1998;12:163-172.
25- Pettinati HM, Pierce JD Jr, Belden PP et al. The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. Am J Addict 1999;8:136-147.
26- Van Horn DH, Frank AF. Substance-use situations and abstinence predictions in substance abusers with and without personality disorders. Am J Drug Alcohol Abuse 1998;24:395-404.
27- Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE: Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. Am J Psychiatry 1999;156:733-738.
28- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. Am J Psychiatry 1991;48:118-120.
29- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H et al. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry 1982;39:161-168.
30- Brooner RK, King VL, Kidorf M et al. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry 1997;54:71-80.
31- Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S et al. Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. J Nerv Ment Dis 1998;186:87-95.
32- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. J Nerv Ment Dis 1991;179:401-409.
33- Pelissier BM, O'Neil JA. Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. J Subst Abuse 2000;11:379-393.
34- Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clin Psychol Rev 2000;20:235-253.
35- Cacciola JS, Alterman AI, McKayJR et al. Psychiatric comorbidity in patients with substance use disorders: do not forget axis II disorders. Psychiatr Ann 2001;31:321-331.
36- Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E et al. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. Addict Behav 1998;23:841-853.
37- Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ. Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. Am J Psychiatry 1999;156:723-732.
38- Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry 1995;152:358-364.
39- Evans C, Lacey JH. Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women. A prevalence study. Br J Psychiatry 1992;161:643-647.
40- Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. Hosp Comm Psychiatry 1993;44:134-140.
41- Soloff PH, Lis JA, Kelly T et al. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1994;151:1316-1323.
42- Driessen M, Veltrup C, Weber J et al. Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. Addiction 1998;93:889-894.
43- 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.
44- 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.

45- Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 1999; 156: 1223-1229.

46- 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.

47- Roesler TA, Dafler CE. Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. J Subst Abuse Treat 1993;10:537-543.

48- Helzer JE, Przybeck TR. 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.

49- Driessen M, Veltrup C, Wetterling T et al. Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. Alcohol Clin Exp Res 1998;22:77-86.

50- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ et al. Treatment response of antisocial substance abusers. J Nerv Ment Dis 1995;183:166-171.

PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMINI BELİRLEMEDE YARDIMCI BİR ARAÇ: "İNTERNETTE BİLİŞSEL DURUM ÖLÇEĞİ"NİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

An Assistive Tool in Determining Problematic Internet Use: Validity and Reliability of the "Online Cognition Scale" in a Sample of University Students

Dr. Neslihan Keser Özcan[1], Dr. Sevim Buzlu[2]

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, 2002 yılında Davis tarafından geliştirilen, problemli internet kullanımını belirlemede yardımcı bir araç olan "İnternette Bilişsel Durum Ölçeği-İBDÖ (Online Cognition Scale-OCS)" nin üniversite öğrencileri örnekleminde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma; metodolojik araştırma yöntemine göre planlanmış ve çalışmaya katılmaya istekli, haftada en az 2 saat internet kullanan 148 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin %73'ü (n= 108) kadın, %27'si (n=40) erkek olup, grubun yaş ortalaması 21.01 (SS= 1.56) dir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak İBDÖ' nin yanı sıra, Bilgi Formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Sonuçlar: Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği sınamasında, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı toplam ölçek puanları için .90, sosyal destek alt grup puanları için .87, yalnızlık / depresyon alt grup puanları için .76, azalmış dürtü kontrolü alt grup puanları için .89 ve dikkat dağıtma alt grup puanları için .85 olup, $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. İBDÖ'nin iç tutarlık katsayısı α=.91' dir ve madde toplam güvenirlik katsayıları .17-.66 arasında değişmektedir. Her bir madde varyansının alt grup puan varyansıyla arasındaki ilişkide ise, değerler .40 ile .73 arasındadır. Benzer ölçeklerle gerçekleştirilen geçerlik sınamasında, İBDÖ ile depresyon ve yalnızlık arasında aynı yönde, algılanan sosyal destek ile ters yönde ilişki bulunmuş, belirlenen faktör yapısının ölçeğin orjinali ile iyi uyum gösterdiği görülmüştür.

Değerlendirme: İBDÖ' nin geçerlik ve güvenirlik düzeyi, problemli internet kullanımını belirlemede uygun bir yardımcı araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: İnternette Bilişsel Durum Ölçeği, problemli internet kullanımı, geçerlik ve güvenirlik.

ABSTRACT

Objective: This study attempts to examine the validity and reliability of the Online Cognition Scale-OCS, an assistive tool developed by Davis in 2002 for determining the problematic Internet use, in a sample of university students.

Method: The research was planned according to the methodological research method. 148 university students who used the Internet at least for 2 hours a week participated in the research on a voluntary basis. 73% per cent of students (n=108) were female, 27% (n=40) were male, the average age of the group was 21.01 (SD=1.563). In the research, in addition to the Online Cognition Scale-OCS, Demographical Information Form, UCLA Loneliness Scale, Beck Depression Scale and Multi-Dimensionally Perceived Social Support Scale were used as tools for collecting data.

Result: For the test-re-test reliability of the scale, the Pearson correlation ratio detected for the total scale points obtained from both applications was .90, the Pearson correlation ratio detected for the social comfort sub-groups obtained from the two applications was .87, .76 for the loneliness / depression group points, .89 for the diminished impulse control sub-group points and .85 for the distraction sub-group points ($p<0.001$). The co-efficient of internal consistency detected for the reliability of OCS was α=.91, the total item reliability co-efficients ranged between .17-.66 As for the values in the relation between the variant of each item and the sub-group variant, they ranged between .40 and .73. In the validity test actualized with similar scales, a positive correlation was found between OSC and depression as well as loneliness and a negative one was found with the perceived social support, it was observed that the structure of the determined factor was in good harmony with the original scale.

Discussion: The level of validity reliability of OCS indicates that it is an appropriate assistive tool in determining the problematic Internet use.

Key words: Online Cognition Scale, problematic internet use, reliability and validity.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 19-26 **Journal of Dependence 2005; 6: 19-26**

[1] Uzm. Dr. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu

[2] Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Neslihan Keser Özcan, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi İçi, Bakırköy – İstanbul – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: nes@istanbul.edu.tr Telefon / Phone: +90 (212) 660 11 25

27 Ekim 2004'te alınmış, 31 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received October 27, 2004; accepted for publication March 31, 2005.

GİRİŞ

İnternet kullanıcılarının sayısı tüm dünyada hızla artış gösterirken, kullananların demografik yapılarında da hızlı bir değişim görülmektedir. İnternet önceleri sadece iş amaçlı kullanılırken, günümüzde özel olarak teknolojiyle ilgilenmeyen kullanıcılar tarafından günlük yaşamdaki bazı işleri kolaylaştırmak ya da iş yaşamının yoğunluğundan kaçmak için kullanılabilmektedir. Dünya üzerinde yaklaşık 605 milyon insanın internet kullandığı bildirilmekte ve bu kişilerden bazıları " internet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır (1-3).

Davis (2001)'e göre "sağlıklı internet kullanımı" düşünsel, davranışsal herhangi bir rahatsızlık duymaksızın, uygun bir zaman diliminde, istendik amaca ulaşmak için internet kullanmaktır (4). Bazı bireyler internet kullanımını gereksinim duydukları miktarla sınırlarken, bazılarının bu sınırlamayı yapamadığı, iş ve sosyal yaşamlarında aşırı kullanım nedeniyle sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Bireylere sorun yaşatan davranış örüntüsü, zarar verici olması ya da normalden belirgin sapma göstermesi nedeni ile "patolojik" ya da "problemli" olarak tanımlanmaya başlanmıştır (5). İlk kez Goldberg (1996) "internet bağımlılığı" terimini kullanmış, tartışmaya açmış ve DSM-IV teki alkol bağımlılığı tanı ölçütleri doğrultusunda, internet bağımlılığı için göstergeler geliştirmiştir (6). Goldberg'in hemen ardından bazı klinisyenler bu belirtileri taşıyan vakalar bildirmişlerdir. Young DSM-IV'ün "patolojik kumar oynama" tanı ölçütlerinden uyarladığı göstergeler doğrultusunda, klinik vakalar bildirmeye başlamış ve bu kişilerin tedavisi için "İnternet Bağımlılığı Merkezi"ni (Center for On-line Addiction) kurmuştur (7-9). Young'un bildirdiği vakaların ardından internet kullanımının gerçekten diğer madde ve olgu bağımlılıklarındaki gibi patolojik davranışlar mı oluşturduğu, yoksa aşırı internet kullanımının varolan psikolojik sorunların davranışsal bir göstergesi olup, kendini internet ile mi gösterdiği tartışmaları başlamıştır (10,11).

DSM-IV'te herhangi bir madde ya da uyarıcının patolojik kullanımı/ kötüye kullanımı, "bağımlılık (addiction)" olarak tanımlanmamaktadır. Örneğin "kumar bağımlılığı" yerine "patolojik kumar oynama" tercih edilmektedir. Egger (1996), Thomson (1996), Young (1996) gibi bazı araştırmacılar "internet bağımlılığı (internet addiction)" terimini kullanırken, Morahan-Martin, Schumacher (2000), Davis (2001), Scott (2002) "patolojik internet kullanımı (pathological internet use)", Davis, Flett, Besser (2002) "problemli internet kullanımı (problematic internet use)" Anderson (1998), Scherer (1997) ise, "internet bağlılığı (internet dependency)" terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Böylesi konfüzyonel durumlar psikolojiyle ilgili birçok konuda yaşanmıştır (5,12). Tanımlanması ve isimlendirilmesi konusunda ciddi tartışmaların yaşandığı bu durum için, bizim çalışmamızda "problemli internet kullanımı" tercih edilecektir.

Davis'e (2002) göre problemli internet kullanımı (PİK), uyumsuz düşünce ve patolojik davranışları içeren bir psikiyatrik durumdur (4). Morahan-Martin ve Schumacher'e (2000) göre patolojik internet kullanımı, internetin yoğun kullanılması, bu kullanımın kontrol altına alınamaması ve kişinin yaşamına ciddi zarar vermesi durumudur (13). Grohol (1999) internet bağımlılığını, bilişsel-davranışçı yaklaşımla açıklamış ve neye bağımlı olunduğundan çok, "bağımlı davranış" ve bu "davranışın tedavisi" üzerinde durmuştur. İnternet bağımlılığının da diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, aslında emosyonel durumu dengelemek ve stresle baş etmek için başvurulan bir yol olduğunu savunmuştur (14). Kandell (1998) internet bağımlılığını, bir psikolojik bağımlılık olarak tanımlamış ve özellikle gençleri bu bağımlılık açısından riskli grup olarak değerlendirmiştir. İnternetin aşırı kullanımının sağlık, ilişki ve zaman yönetimiyle ilgili sorunlara neden olabileceğini vurgulamıştır (15). Beard ve Wolf (2001) patolojik internet kullanımını; kişinin ev, iş, okul, sosyal ya da psikolojik yaşamında zorluk yaratan "aşırı kullanım" olarak tanımlamışlardır (16).

İnternet bağımlılığını, patolojik ya da problemli internet kullanımını tanılamada bir çok araştırmacı, kişilerin internette zaman harcama süresini önemli bir ölçüt olarak değerlendirirken, bazı araştırmacılar konuyla ilgili ölçekler geliştirmişlerdir (12) Brenner (1997) "İnternetle İlgili Bağımlı Davranış Envanteri (Internet Related Addictive Behavior Inventory)" adında 32 maddelik, doğru-yanlış olarak yanıtlanabilecek bir ölçek geliştirmiştir (9). Morahan-Martin ve Schumacher (2002) "İnternet Davranış ve Tutum Ölçeği (Internet Behavior and Attitude Scale)" adında 25 maddelik, kişilerin internet kullanım nedenlerini, internetle ilgili davranış ve tutumlarını değerlendiren likert tipi bir ölçek geliştirmişlerdir (12,13). Ardından Davis (2002), problemli internet kullanımına yönelik bilişsel-davranışçı bir model sunmuş ve PİK'nı sadece bir davranış bağımlılığı olarak değil, yaşam üzerine olumsuz sonuçları olan, biliş ve davranışlarla belirli bir durum olarak nitelemiş ve bu yaklaşım doğrultusunda, internetle ilgili bi-

lişsel durumu değerlendiren 36 maddelik, likert tipi "İnternette Bilişsel Durum Ölçeği (Online Cognition Scale)" adında bir ölçek geliştirmiştir (12). En son olarak da Caplan (2002), Davis'in bilişsel-davranışçı yaklaşımı doğrultusunda "Genelleşmiş Problemli İnternet Kullanım Ölçeği (Generalized Problematic Internet Use Scale)" isimli 29 maddeden oluşan likert tipi bir ölçeği literatüre kazandırmıştır (5). Türkiye'de problemli internet kullanımının değerlendirilmesinde objektif bir araç olarak kullanılabilecek herhangi bir ölçek bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, problemli internet kullanımını belirlemede yardımcı bir araç olarak Davis tarafından geliştirilen İnternette Bilişsel Durum Ölçeği'nin Türkiye'de bir grup üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma, İBDÖ'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla metodolojik araştırma yöntemine göre yürütülmüştür.

Örneklem: Araştırma örneklemi, İstanbul Üniversitesi'nin çeşitli fakülte ve yüksekokullarında eğitim görmekte olan katmanlı rastgele örneklem yöntemi ile belirlenen 148 öğrenciden oluşmuştur. Çalışmaya katılmak için lisans öğrencisi olmak, haftada en az 2 saat internet kullanıyor olmak ve çalışmaya katılmaya istekli olmak yeterli görülmüştür. Çalışmada 220 veri formu uygulanmış ancak bunların 148 tanesi geçerli sayılmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye Çevrilmesi: Ölçeğin İngilizce orijinalinden Türkçe'ye çevrilmesi her iki dili de iyi bilen alanında uzman yedi kişilik bir grupla yürütülmüştür. İlk olarak 5 kişi ölçeği İngilizce'den Türkçe'ye çevirmiş, diğer uzmanlar ölçeğin tekrar İngilizce'ye çevirisini yapmışlardır. Orijinal İngilizce ile çeviri İngilizce karşılaştırılmış ve her iki grubun önerileri doğrultusunda ölçeğe Türkçe son hali verilmiştir.

Veri Toplama Araçları: Çalışmada geçerlik ve güvenirlik özellikleri araştırılacak olan İBDÖ'nin yanı sıra, öğrencilerin demografik ve internet kullanımıyla ilgili özelliklerinin sorgulandığı Bilgi Formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

I- BİLGİ FORMU:

Bu formda, öğrencilerin demografik özellikleri ve internet kullanımlarıyla ilgili (kaç yıldır internet kullandığı, internete nereden bağlandığı, günün hangi saatlerinde internet kullandığı, internette hangi aktiviteleri gerçekleştirdiği) sorular yer almaktadır.

II- İNTERNETTE BİLİŞSEL DURUM ÖLÇEĞİ (ONLİNE COGNİTİON SCALE):

İBDÖ, Davis (2002) tarafından, problemli internet kullanımını değerlendirmek üzere geliştirilen, problemli internet kullanımını dört alt boyutta değerlendiren, yedili likert tipi ("Kesinlikle Katılmıyorum"dan -"Kesinlikle Katılıyorum"a doğru değişen), 36 maddelik bir ölçektir. İBDÖ, internetle ilişkili düşünceleri değerlendirmektedir.

Ölçeğin değerlendirmesi, toplam puanı ve alt grup puanları hesaplanarak yapılmaktadır. Ölçeğin puan hesaplamasında "kesinlikle katılmıyorum"dan-"kesinlikle katılıyorum" a doğru değişen ifadelerin puanları 1'den 7' ye doğru sıralanmakta, sadece 12. madde ters çevrilerek puanlanmaktadır. (Örneğin 1 puan= 7 puan, 2 puan=6 puan). Puanın yüksek olması "problemli kullanım" olarak değerlendirilmektedir. Davis'in İBDÖ için gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenirlik çalışmasında;

- Ölçeğin güvenirlik katsayısı $\alpha = .93$ olarak bulunmuştur.
- Açıklayıcı faktör analizine göre 4 alt boyut belirlenmiştir.
- Test-tekrar test güvenirliliği $r = .87$ olarak bulunmuştur.
- Hem klinik hem de organizasyonel örneklemlerde geçerliği test edilmiştir.
- Problemli internet kullanımıyla ilişkisi olduğu düşünülen değişkenlerle (internet kullanım saati, internet kullanımıyla ilişki olarak yaşanan iş / akademik sorunlar, yalnızlık, dürtüsellik, depresyon, işleri erteleme ve yapılması gereken işlerden kaçma vb..) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (12).

Ölçeğin Alt Boyutları

Yalnızlık-Depresyon: Problemli internet kullanımıyla ilgili olarak değersizlik ve yalnızlıkla ilgili depresif düşünceleri içerir.

Azalmış Dürtü Kontrolü: İnternet kullanımıyla ilgili azalmış dürtü kontrolü, internet kullanımının azaltılmak istenmesine rağmen azaltı-

lamaması ve sürekli internetle ilgili şeyler düşünülmesini içerir. Azalmış dürtü kontrolü, risk alma ve tehlikeli davranışlarda bulunma ile ilintilidir. İnternet üzerindeki riskli ve tehlikeli davranışlar; internette kumar oynama, seks, başkalarına virüs gönderme, çocuk pornografisi, mp-3 dosyası paylaşma, başkalarının bilgi ağları üzerinden ajanlık yapma ya da zarar verme gibi eylemlerdir. İstatistiksel değerlendirmelerde (hem Davis'in hem de bizim çalışmamızda) bu alt grubun değeri problemli internet kullanımını tanımlamada en yüksek değer olarak belirlenmiştir.

Sosyal Destek: Alt boyutlar arasında en anlaşılmaz ve karmaşık olan sosyal destek boyutudur. Pek çok araştırmacı yalnız bireylerin sosyal destek aramak amacıyla ya da sosyal ret edilmeye karşı aşırı duyarlı bireylerin, sosyal ret yaşamamak amacıyla internet kullandığından bahsetmektedir. Yani sosyal destek alt boyutu, patolojik değil adaptif bir durumu tanımlamaktadır. Ancak internet kullanımının gerçek yaşam ilişkilerinin önüne geçtiği ve burada yaşanan ilişkilere çok güvenildiği durumlar patolojik süreç içerisinde tanımlanabilmektedir (12).

Dikkat Dağıtma: Yapılması gereken bir aktiviteden kaçmak/kaçınmak amacıyla internet kullanımını içerir. Bazı görevlerden, stres veren yaşantılardan ve zihni sürekli meşgul eden düşüncelerden uzaklaşmak için internet kullanımının tercih edilmesidir. Okul ya da işyerinde, işlerin ertelenmesi amacıyla internet kullanımına dikkat çekilmektedir (12).

Ölçeğin kullanılabilmesi için araştırmacı tarafından gerekli izin alınarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

III- UCLA- YALNIZLIK ÖLÇEĞİ:

UCLA-Yalnızlık Ölçeği, deneklerin yalnızlık durumlarını değerlendirmek üzere Russel, Peplau ve Fergison (1978) tarafından geliştirilen, ülkemizde Demir (1998) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan sosyal ilişkilerle ilgili duygu ve düşüncelerin ne sıklıkta yaşandığını dörtlü likert tip ölçek üzerinden değerlendiren, 10'u ters 10'u düz kodlanmış toplam 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Puanı yüksek olan bireyler "yalnız" olarak tanımlanmaktadır. Demir tarafından ölçeğin, 72 denek üzerinde, beş hafta ara ile uygulanan test- tekrar test puanları arasındaki ilişki katsayısı .94, ölçeğin güvenirlik katsayısı ise .96 olarak belirlenmiştir (21). UCLA Yalnızlık Ölçeği kesme puanı bizim çalışmamız için "44", güvenirlik katsayısı ise .84'tür (ölçeğin ortalama puanı 32.64 (SD=10.13)). 44 ve üzerinde puan alan vakalar "yalnız" olarak değerlendirilmişlerdir.

IV- BECK DEPRESYON ENVANTERİ :

Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri değerlendirmek üzere Beck tarafından (1961) geliştirilen bir ölçektir. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3), dört seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler, depresyonun belirtilerine yönelik olup herhangi bir etyolojik kuramı yansıtmamaktadır. Türkçe uyarlaması Hisli ve Erten (1984) tarafından yapılan ölçeğin, poliklinik hastaları üzerinde geçerliği 1986 yılında, üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik ve güvenirliği 1989 yılında Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin kesim puanı Türkiye'deki üniversite öğrencileri için 17 olarak belirlenmiştir. Alınacak puanlara göre yorum aşağıda belirtilen şekilde yapılmaktadır.

0-17 puan : Depresyon yok
18-29 puan: Orta Düzeyde Depresyon
30 -63 puan :Ciddi Düzeyde Depresyon

Ölçeğin güvenirlik katsayısı Hisli tarafından α=.80 olarak bulunmuştur (22). Bizim çalışmamızda örneklemin %8.1'i (12 kişi) ciddi, %12.9'u (19 kişi) orta düzeyde depresyon belirtileri bildirirken, %79'u (117 kişi) depresif belirtiler ifade etmemişlerdir.

V- ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ – ÇBASDÖ:

Deneklerin sosyal destek durumlarını belirlemek üzere Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, Eker ve Arkar (1995) tarafından normal ve hasta gruplar üzerinde geçerlik ve güvenirliği yapılan, her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu (aile 3, 4, 8, 11, arkadaş 6, 7, 9, 12, özel insan 1, 2, 5, 10) içeren, toplam 12 maddeden oluşan, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında, her bir alt grubun puanlarının toplamı esas alınmaktadır. Elde edilen pu-

anın yüksek olması sosyal desteğin yüksek olduğunun göstergesidir. Eker ve arkadaşlarının ölçek için bildirdikleri güvenirlik katsayısı .85'tir (23,24). Bizim çalışmamızda ölçeğin güvenirlik katsayısı .92 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımı, Pearson momentler çarpımı, Spearman korelasyon ve çoklu regresyon analizi tekniği kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %73'ü (n= 108) kadın, %27'si (n=40) erkektir. Grubun yaş ortalaması 21.01 (SD=1.56) yıldır. Öğrencilerin %35.8'i (n=53) sosyal bilimlerde, %27.7' si (n=41) fen bilimlerinde, %24.3'ü (n=36) sağlık bilimlerinde, %12.2'si (n=18) teknik bilimlerde öğrenim görmektedir.

Öğrencilerin ortalama internet kullanım süresi 3.17 yıl (SD=1.51) iken, %49.4'ü internete evden bağlandıklarını, en fazla (%72.1) haftada 2-5 saat internet kullandıklarını, %44'ü en sık saat 16.00-22.00 arası internet kullandıklarını ve %52.24'ü internette en çok genel bilgi aradıklarını, %43.97'si eğitimle ilgili araştırma yaptıklarını ve yine en sık olarak %46.62'si e-posta kullandıklarını bildirmişlerdir.

GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

Test-Tekrar Test Güvenirliği: Çalışmadaki tüm anket ve ölçekler toplam 220 öğrenciye uygulanmıştır. Dört hafta sonra aynı öğrencilere (birinci uygulamada öğrencilerin isimlerini yazmaları istenmiş, bunun ikinci kez ulaşılabilirliği kolaylaştırması amacıyla olduğu, başka bir amaçla kullanılmayacağı konusunda garanti verilerek, isteyenlerin rumuz kullanabilecekleri belirtilmiştir) sadece İBDÖ'nin tekrar uygulaması yapılmıştır. İkinci uygulama esnasında bazı öğrencilere ulaşılamamış, bazı anketler de eksikliklerden ve yanlış doldurmalardan dolayı geçersiz sayılmıştır. En son toplam 148 vakaya ait veriler analiz edilmiştir. İki uygulamadan elde edilen, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı toplam ölçek puanları için .90, sosyal destek alt grup puanları için .87, yalnızlık / depresyon alt grup puanları için .76, azalmış dürtü kontrolü alt grup puanları için .89 ve dikkat dağıtma alt grup puanları için .85 'dir ($p<0.001$).

İBDÖ'nin test-tekrar test uygulaması arasında uyum aranmış, İBDÖ'nin test-tekrar test uygulamasındaki yanıtlar arasında aynı yönde güçlü ilişki saptanmıştır (Spearman Corelation) (Her bir madde için $p< 0.001$).

İç Tutarlık: Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ile belirlenmiş olup, 36 madde ve toplam puanla yapılan analizde, ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Ölçeğe ait alt grupların iç tutarlık katsayıları ve ölçeğin orijinalinin iç tutarlılık katsayısı tablo-I'de gösterilmiştir.

Madde Toplam Puan Güvenirliği: İBDÖ'nin her bir maddesinin varyansıyla toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi saptayan madde toplam puan güvenirliği katsayıları .17 ile .66 arasında değişmektedir. Her bir maddenin varyansının alt grup puan varyansıyla arasındaki ilişkide ise bu değerler .40 ile .73 arasındadır. İBDÖ'nin her bir maddesinin ait olduğu alt gruba ve toplam puana katkısı ile her bir alt grubun toplam puana katkıları istatistiksel olarak yeterli düzeyde bulunmuştur (Spearman- Corelation).

Tablo 1: İnternette Bilişsel Durum Ölçeği ve Alt Grupları Toplam Alpha Değerleri ve Ölçeğin Orijinalinin Alpha Değerleri

İBDÖ ve Alt grupları	Özcan'ın Çalışması (n=148) α	Davis'in Çalışması (n=211) α
Sosyal Destek	0,84	0.87
Yalnızlık/ Depresyon	0,60	0.77
Azalmış Dürtü Kontrolü	0,79	0.84
Dikkat Dağıtma	0,73	0.81
TOPLAM İBDÖ	0,91	0.93

GEÇERLİK ÇALIŞMALARI

Benzer Ölçek Geçerliği: İBDÖ'nin benzer ölçek geçerliği için; İBDÖ'nin alt grupları dikkate alınarak, İnternet kullanım saati, Beck Depresyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ilişkilerine bakılmıştır. İBDÖ ve alt boyutlarının bu ölçeklerle ilişkisi tablo 2'de gösterilmiştir. İBDÖ ve tüm alt boyutları; internet kullanım saati, Beck Depresyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ile aynı yönde ilişkide iken, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ters yönde ilişkide bulunmuştur.

Faktör Analizi: İBDÖ'nin orijinalinde belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek üzere tüm veriler, isteği üzerine ölçeğin geliştiricisi olan Davis'e gönderilmiştir. Davis doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) uygulayarak bulduğu sonuçları araştırmacıya geri göndermiştir. Buna göre İBDÖ'nin faktör yapısı

Tablo 2 : İnternette Bilişsel Durum Ölçeği ve Diğer Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapmaları ve Birbirleriyle İlişkileri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1- İnt kull. saati									
2- Beck Depresyon	0,014								
3- UCLA Yalnızlık	0,011	0,505***							
4- ÇBASDÖ	-0,071	- 0,358***	- 0,562***						
5- İBDÖ-Yalnızlık	0,151	0,192*	0,192*	- 0,199*					
6- İBDÖ-Az Dü Kon	0,164*	0,277**	0,283**	-0,406***	0,602***				
7- İBDÖ-Dikk Dağ	0,192*	0,407***	0,311***	0,296***	0,485***	0,557***			
8- İBDÖ-Sos Destek	0,064	0,249**	0,270**	-0,362***	0,576***	0,650***	0,480***		
9- İBDÖ	0,167*	0,336***	0,326***	-0,413***	0,734***	0,865***	0,742***	0,874***	
M		12,43	32,64	72,30	9,86	21,50	17,80	28,84	78,00
SD		9,29	10,13	12,11	4,17	9,07	7,32	11,76	27,32

n= 148 *** p < 0.001 ** 0.001< p < 0.01 * 0.01< p < 0,05

bakımından orjinaliyle çok iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir (x^2=0.416, GFI=0.999, CFI=1.0, RMSEA-=0.006).

TARTIŞMA

Demografik Verilerin ve İnternet Kullanımıyla İlgili Özelliklerin Tartışılması :

Örneklemin %73'ü kadın, %27'si erkeklerden oluşmaktadır. Anket çalışmasına katılım konusunda kız öğrencilerin daha istekli olmasının ve anket formlarının doldurulmasında daha titiz davranmalarının bu sayısal fazlalığa neden olduğu düşünülmektedir. Petrie ve Gunn (1998) çalışmalarındaki kadın oranı fazlalığını, kadınların bu tür anket çalışmalarına katılımda daha fazla gönüllü olmalarıyla açıklamışlardır (25).

Öğrencilerin ortalama internet kullanım süresi 3.17 (SD=1.51) yıldır. Morahan-Martin ve Schumacher (2000) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ortalama internet kullanım süresini 20.72 (SD=2.35) ay, Ebersole (2000) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmasında en fazla internet kullanım süresini %32 oranı ile 1-2 yıl olarak bulmuştur (13,26). Bu oranlar bizim örneklem grubumuzun ortalama internet kullanım süresinden daha azdır. Ancak son yıllarda internet kullanım oranının çok hızlı artış göstermesinin bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmüştür.

Öğrenciler en fazla haftada 2-5 saat internette vakit geçirdiklerini bildirmişlerdir. Morahan-Martin ve Schumacher (2000) problemli internet kullanıcıları için ortalama internet kullanım saatini haftalık 8.48 (SD=6.99), sağlıklı kullanıcılar için ise 2.47 (SD=2.47) saat /hafta olarak bildirmişlerdir (13). Scherer ve Bost (1997) öğrencilerle yaptıkları çalışmada ortalama internet kullanım süresini haftada 8.1 saat, Brenner (1997) 19 saat /hafta olarak rapor etmiştir (9). Young, problemli internet kullanıcıları arasındaki ortalama internet kullanımını haftada 38.5 saat, sağlıklı kullanıcılar arasındaki internet kullanımını ise ortalama 4.9 saat /hafta olarak bildirmiştir (9). Çalışmamızda ortalama internet kullanım saati olarak en fazla bildirilen 2-5 saat/hafta, diğer pek çok çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonucu yorumlarken kişilerin bilgisayarı ve interneti eğitimleri ya da işleri gereği zorunlu kullanımları göz ardı edilmemeli; farklı örneklemlerden elde edilen ortalama internet kullanım saatlerini genellemekten kaçınılmalıdır.

Öğrencilerin internette en sık gerçekleştirdikleri etkinlikler arasında genel bilgi arama, eğitimle ilgili araştırma yapma ve e-posta kullanımı ilk üç sırada gelmektedir. Perry, Perry ve Curlin (1998) üniversite öğrencileri arasında e-posta kullanımının yaygınlığına dikkat çekerken (27), Nie ve Erbring (2000) genel popülasyonda yaptıkları bir araştırmada kullanıcıların internette geçirdikleri zamanların %90'ını e-posta kullanımına, %77'sini genel bilgi araştırmaya ayırdıklarını bulmuşlardır (28). Kraut ve arkadaşları (1998) evlerde, Anderson (1999) ve Scherer (1997) kampüslerde en sık gerçekleştirilen internet etkinliklerin e-posta kullanımı ve genel bilgi araştırma olduğunu vurgulamışlardır (17). Araştırmanın yapıldığı grubun özellikleri ve gereksinimleri, gerçekleştirilen etkinlik için belirleyici olmaktadır. Bizim çalışmamızdaki örneklemin üniversite öğrencileri olması onların eğitimle ilgili araştırma yapmalarını öncelikli kılmaktadır. E-posta kullanımı gibi sosyal içerikli etkinliklerin kullanımı da pek çok araştırmada olduğu gibi bizim araştırmamızda da yüksek oranlarda bulunmuştur.

İBDÖ ile İlgili Bulguların Tartışılması:

İBDÖ ve tüm alt gruplarının, internet kullanım saati ile aynı yönde ilişkide olduğu bulunmuştur. Morahan-Martin ve Schumacher (2000) , Nie ve Erbring (2000), Young (1996) problemli kullanıcıların sağlıklı kullanıcılardan daha fazla internette vakit geçirdiklerine değinmişlerdir (13,28,29).

İBDÖ ve tüm alt gruplarının, Beck Depresyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ile ilişkisi aynı yönde iken, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ilişkisi ters yönde bulunmuştur. Young ve Rogers (1998), Petrie ve Gunn (1998), Davis (2002), La Rose, Eastin ve Gregg (2001), Kraut,-Kiesler, Boneva ve ark. (2002) problemli internet kullanımı ile depresyon arasında aynı yönde ilişkiye dikkat çekerken (12,17, 25,30,31) Hamburger ve Ben Artzi (2000), Morahan-Martin ve Schumacher (2000) yalnızlıkla arasındaki aynı yöndeki ilişkiyi vurgulamaktadır (13,32). Diğer yandan Katz ve Aspden ile La Rose internet kullanımı ile yalnızlık arasında ters yönde bir ilişkiye değinmektedirler (17). Bromberg (1996), Mickelson (1997), Parks, Floyd (1996), Silvermen (1998), Winzelberg (1997) internetin bireyin sosyal destek algısını olumlu yönde etkilediğini, Kraut, Kiesler, Boneva ve ark. (1998) ve Jones (1997) internetin sosyal ilişkileri ve sosyal destek algısını azalttığını ileri sürmüşlerdir (33). Swickert ve arkadaşları (2002) ise, internet kullanımı ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve kişilik faktörlerinin önemli olduğuna değinmişlerdir (33).

SONUÇ

Yapılan geçerlik ve güvenirlik analizi sonuçlarına göre; İBDÖ'nin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirlik verilerinin, araştırmalarda kullanılabilecek yeterlilikte olduğu görülmekte ve ölçeğin, Türk toplumunda geçerlik ve güvenirliğinin farklı örneklemlerde incelenmesi önerilmektedir

TEŞEKKÜR

Çalışmada ölçeğin çeviri işlemleri ve diğer aşamalarında yardımlarını aldığım aşağıda ismi bildirilen kişilere teşekkür ederim.

- Prof. Dr. Çaylan Pektekin (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Y.O.)
- Doç.Dr. Nesrin Aştı (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Y.O)
- Yrd. Doç Dr. Nevin Eracar (M.Ü. Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü)
- Yrd. Doç Dr. Pınar Ünsal (İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü)
- Yrd.Doç Dr. Hülya Bilgin (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Y.O)
- Araş.Gör. Zeliha Tülek (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Y.O)
- Araş.Gör. Gül Çörüş (İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü)
- Nilgün Sarı (Mütercim Tercüman)
- Sevinç Ener (Mütercim Tercüman)

KAYNAKLAR

1- Baran AG, Burcu E. İnternet kullanımı sosyal ilişkilerimizi nasıl etkiliyor? Sanal sosyal ilişkiler, Sosyal Bilimler ve İnternet Sempozyumu, Ankara, 18 Nisan 2000.

2- Greenfield D.N. Psychological characteristic of compulsive internet use: A preliminary analysis, 2000 http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.html 14.02.2003.

3- Cyberatlas Reports,2003 http://www.cyberatlas.com) 29.08.2003.

4- Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. Comput Human Behav 2001;17 :187-195.

5- Caplan S.E. Problematic internet use and psychological well-being: development of a theory-based cognitive- behavioral measurement instrument. Comput Human Behav 2002; 18: 553-575.

6- Souza K,Barbara L. Internet addiction disorder, interpersonal computing and technology. An Electronic Journal for the 21 th Century 1998; 6(1-2).

7- O'Reilly M. Internet addiction : a new disorder enters the medical lexicon. CMAJ 1996;154: 1882-1883.

8- O'Reilly M. İnternet addicts can get online help. CMAJ 2000;163:199.

9- Griffiths M. Internet addiction. Psychologist, 1999; 12:246-251.

10- Young K. What makes the internet addictive: potential explanations for pathological internet use. 100. Annual Conference of The American Psychological Association, Chicago, 15 August ,1997.

11- Gönül AS. Patolojik internet kullanımı. Yeni Symposium 2002; 40:105-110.

12- Davis RA, Flett GL, Besser A. Validation of a new scale for measuring problematic internet use; implications for pre-employment screening. Cyberpsychol Behav 2002;15:331-347.

13- Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological internet use among college students. Comput Human Behav 2000;16: 13-295

14- Wang W. Internet dependency and psychosocial maturity among college students. Int J Human-Computer Studies 2001;55: 919-938.

15- Chou C, Hsiao MC. Internet addiction, usage, gratification and pleasure experience: the Taiwan college students' case. Computers&Education 2000;35: 65-80.

16- Beard K W, Wolf E M. Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction.Cyberpsychol Behav 2001;4:377-383.

17- Kraut R., Kiesler S, Boneva B, Cummings J, Helgeson V, Crawford A. Internet paradox revisited. J Soc Issues 2002;58: 49-74.

18- Young K, Rodgers R. The relationship between depression and internet addiction. Cyberpsychol Behav 1998;1(1):25-28.

19- Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck P.E., Khosla UM., McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. J Affect Disord 2000;57 : 267-272.

20- Greenfield D. The nature of internet addiction : psychological factors in compulsive internet use. Presentation at the meeting of American Psychological Association, Boston, Massachussets, 20 August 1999.

21- Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7: 14-18.

22- Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7: 3-14.

23- Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10: 45-55.

24- Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg 2001; 2: 17-25.

25- Petrie H, Gunn D. Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. The British Psychological Society London Conference, 15 December, 1998.

26- Ebersole S. uses and gratifications of the web among students, Journal of Computer-Mediated Communication, retrieved January, 2000;6(1) http://www.ascusc.org/ jcmc/vol6/ issue1/ebersole.html. 18.08.2003.

27- Perry T T., Perry LA., Hosack-Curlin K. Internet use by university students : an interdisiplinary study on three capuses. Internet Res, 1996;8:136-141.

28- Nie HN, Erbring L. Internet and Society. Standford Institute for The quantitative study of society (SIQSS), 2000. http://www.stanford.edu/group/siqss/Press Release/ Preliminary_Report.pdf 10.09.2003.

29- Young K. Internet Addiction; the emergence of new clinical disorder. Cyberpsychol Behav 1996;1: 237-244.

30- Young K, Rodgers R. Internet addiction: personality traits associated with its development. 69 th Annual meeting of the Eastern Psychological Association, Philadelphia, April, 1998.

31- La Rose R, Eastin MS, Gregg J. Reformulating the internet paradox: social cognitive explations of internet use and depression. Journal of Online Behavior 2001; 1(2) http:// www.behavior.net/JOB/v1n1/paradox.html 20.11.2002.

32- Hamburger YA, Ben-Artzi E. Loneliness and internet use. Comput Human Behav 2003;19: 71-80.

33- Swickert RJ, Hittner JB, Harris JL. Relationship among internet use, personality and social support . Comput Human Behav 2002;18: 437-451.

OBEZİTE TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN HASTALARDA MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Prevalence of Substance Use and Related Factors in Patients Seeking Treatment for Obesity

Dr. İrem Yaluğ[1], Dr. Mine Özmen[2], Dr. Ali Evren Tufan[3], Dr. Volkan Yumuk[4]

ÖZET

Amaç: Tedavi için başvuran obez hastalarda sıklıkla ilişkili psikopatoloji saptanmaktadır. Bu çalışma bir üniversite kliniğinde tedavi gören obez popülasyonda madde kullanım yaygınlığı ve yordayıcılarını açığa kavuşturmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Endokrinoloji Polikliniğinde obezite tedavisi için izlenen 169 hasta kesitsel olarak yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilmiştir (SCID I ve II). Vücut Kitle Endeksi (Body Mass Index, BMI) >25.0 olan hastalar obez olarak tanımlanmış ve BMI 25.0-29.9 arası olanlar evre I, geri kalanlar da evre II olarak ayrılmıştır. Veriler deskriptif istatistikler, binomial regresyon analizi ve ki kare testi ile analiz edilmiştir. P<0,05 düzeyinde farklılık istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuçlar: Sigara ve alkol kullanım oranları BMI evre I grubunda sırasıyla %30 ve %10 ve evre II'de de %35.8 ve %17.5 olarak saptanmıştır. Gruplar arası fark anlamlı düzeye ulaşmamakla beraber erkek hastalarda madde kullanımı anlamlı ölçüde fazla olarak bulunmuştur.

Değerlendirme: Bulgularımız obez hastalarda, özellikle ciddi ölçüde kilolu olanlar (EvreII) ve erkeklerde yüksek madde kullanım yaygınlığı olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, obez hastalarda tıbbi değerlendirmenin yanı sıra madde kullanımını da değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Obezite, dopamin, nikotin, alkol, vücut kitle endeksi.

ABSTRACT

Objective: Obese individuals who self present for treatment are commonly found to have associated psychopathology. This study is designed to clarify the prevalence and predictors of substance use in an obese population undergoing treatment in a university hospital.

Method: This is a cross sectional study which evaluated 169 patients being followed for treatment of obesity in Istanbul University Cerrahpasa Medical Faculty, Department of Endocrinology, for comorbid psychopathology, by means of structured interviews (SCID I and II). Patients with Body Mass Index (BMI) >25.0 are defined as obese and those with BMI between 25.0-29.9 are divided as stage I, the remainder being stage II. Data were analysed with descriptive statistics, binomial regression analysis and chi square test. A difference at the level of P<0.05 was accepted as statistically significant.

Results: The ratios of smoking and alcohol use in BMI Stage I and II groups were 30 % and 10% and 35.8 % and 17.5 % respectively. It did not differ significantly in between groups but was significanlty higher in male patients.

Discussion: Our findings clearly indicate that there is a high prevalence of substance use in obese patients, especially for those severely overweight and males. These findings underlie the importance of evaluation for substance use in addition to the medical examination in obese patients.

Key words: obesity, dopamine, nicotine, alcohol, body mass index.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 27-32 **Journal of Dependence 2005; 6: 27-32**

[1] Yrd. Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı

[2] Prof. Dr. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

[3] Uzm. Dr. Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

[4] Doç. Dr. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. İrem Yaluğ, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Sopalı, İzmit – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: dryalug@yahoo.com Telefon / Phone: +90 (262) 305 80 13

15 Ocak 2005'te alınmış, 31 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received January 15, 2005; accepted for publication March 31, 2005.

GİRİŞ

Obezitenin dünyadaki yaygınlığı yaklaşık %7 olarak kabul edilmektedir (1) ve hem batı ülkeleri hem de Türkiye gibi hızlı gelişen Asya ülkelerde artma eğilimindedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi, eklem hastalıkları, bazı kanserler, safra taşları ve jinekolojik düzensizlikleri de içeren pek çok bozukluk obezite ile ilişkili olduğundan; bu durum hem psikiyatri hem de genel tıp açısından önemli bir halk sağlığı problemini oluşturmaktadır (2).

Batı toplumlarında kişilerin %90'ı yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullanmakta ve alkol kullananların %30'u da madde kullanımıyla ilişkili olarak geçici yaşam sorunları yaşamaktadır. Alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığının erkeklerde yaklaşık %10, kadınlarda ise %3-5 arasında olduğu ve her iki cinsiyette de alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığının bu oranlardan %5-10 daha fazla olduğu düşünülmektedir (3). Nikotin bağımlılığının ise yaşam boyu yaygınlığı %20'dir ve en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Ek psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde sigara içiminin oranı %50 iken, nikotin dışı maddeleri kötüye kullanan bireylerde bu oran %80'e çıkmaktadır (4). Vücut kitle endeksi (Body Mass Index, BMI), alkol kullanımı ve sigara içimi ile mortalite arasında bir ilişki bulunduğu bilinmektedir (5). Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı psikiyatrik bozuklukları tetikleyebilir, şiddetlendirebilir ya da kullanılan ilaçların metabolizmasını etkileyebilir. Obez hastaların madde kullanımı yönünden de değerlendirilmesi tedavi stratejileri açısından önemli olabilir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalar Dopamin reseptörü D2'nin (DRD2) özellikle Taq I A minör alelinin (A1) alkolizmle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu alel aynı zamanda kokain, nikotin ve opioid bağımlılığı gibi diğer madde kullanım bozuklukları, patolojik kumar oynama ve obezitede de rol oynamaktadır. Madde kötüye kullanımı olan hastaların, dopaminerjik sistemlerindeki eksiklikleri gidermek için, davranışsal ödüllendirme ve pekiştirmede önemli olduğu düşünülen mezolimbik devrelerini uyarmaya çalıştıkları düşünülmektedir. A1 aleli dopaminerjik sistemi etkisiz hale getirdiğinden, beyin dopamin seviyelerini artıran madde kötüye kullanımını pekiştirmektedir (6, 7). Dolayısıyla obez bireylerde madde kullanım riski normal populasyondan daha fazla olabilir.

Bu çalışmanın amacı bir üniversite tedavi kliniğine başvuran obez bireylerde madde kullanım yaygınlığını ve yaygınlığı etkileyen faktörleri belirlemektir. BMI ile sigara, alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımının artacağı ve bu ilişkinin erkek hastalarda daha belirgin olacağı öngörülmüştür.

YÖNTEM

Bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine obezite tedavisi için başvuran ve kendilerine çalışma ile ilgili bilgi verildikten sonra aydınlanmış onam formunu doldurarak, çalışmaya katılmayı kabul eden 169 hasta çalışmaya alınmıştır. Tedaviye başvuran bireylerin çalışmaya katılmayı kabul etmeleri dışında herhangi bir dışlama ölçütü kullanılmamıştır. Çalışma hastanenin etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Hastalardan biri öz değerlendirme formundaki verilerin yetersizliği yüzünden daha sonra çalışmadan çıkarılmıştır. Hastaların tümünden bir sosyodemografik form doldurmaları istenmiştir. Bu formdaki hasta ile ilgili değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı ve sayısı, eğitim seviyesi, iş, aile tipi (çekirdek/ geniş veya diğer), yaşadığı yer (şehir/ köy ve kasaba), yaşadığı yerdeki durumu (yerli/ göç), gelir düzeyi, madde kullanımı (süresi, miktarı, sıklığı ve bırakma süresi), stresör varlığı, obezite varlığına içgörü, obezite başlangıç yaşı, tedaviye başvuru nedeni veya nedenleri, obezite başlangıcı ile tedaviye başvuru arasında geçen zamanı içermektedir. Hastanın ailesi ile ilgili veriler ise, anne ve baba eğitim ve işi, annede, babada, eşte veya çocuklarda obezite varlığıdır. Psikiyatrik öykü, geçmiş psikiyatrik bozukluğun varlığını içermektedir. Hastalarla psikiyatrik görüşme yapılarak, psikopatolojiyi saptamak için DSM-IV Eksen I ve II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I ve II) (8) uygulanmıştır. Depresyon tanısı düşünülen hastalara depresyonun ciddiyetini değerlendirmek için 17 itemli Hamilton Depresyon Ölçeği verilmiştir (9)

BMI, boy ve kilo ölçümlerine göre hesaplanmıştır.

Bu çalışmada obezite BMI >25.0 olarak tanımlanmış ve hastalar vücut kitle endeksine göre Evre I ve II olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Asya popülasyonlarına uygun olarak evre I hasta grubu BMI 25.0-29.9 (yüksek ek tanı riski) ve evre II BMI≥30.0 (çok yüksek ek tanı riski) olarak tanımlanmıştır (10)

İstatistik değerlendirmeler SPSS 11.0 paket programı ile yapılmıştır. Veri analizinde deskriptif istatistikler, ki kare testi, korelasyon analizi ve binomial lojistik regresyon uygulanmıştır. Düzeltmeler için Fisher testi kullanılmıştır. $P < 0.05$

düzeyinde farklılık istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 44.4 (SD 12.7) yıl, ortalama obezite başlangıç yaşı 29.2 (SD 9.4) yıl olarak bulunmuştur. Tedavi başvurusuna kadar geçen süre ise 15 (SD 9.5) yıldır. Hastaların ortalama vücut kitle endeksi 37.1 (SD 9.5) yıl dır. Hasta başına düşen ortalama çocuk sayısı 1.9'dur (SD 1.3). Vakaların %17.8'i BMI evre I, %82.2' si ise BMI evre II grubunda olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Obezite Tedavisine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Bilgileri

Cinsiyet	23.1 % erkek 76.9 % kadın
Medeni Durum	16.2 % bekar 71.3 % evli 4.8% boşanmış/ ayrı 7.8 % dul
Çocuk	79,6 % var 21,4 % yok
Eğitim	2,4 % Eğitimsiz 4,2 % Sadece okuma yazma biliyor 28 % İlkokul 9,5 % Orta okul 25,6 % Lise 30,4 % Üniversite
Meslek	3,6 % işsiz 40,7 % ev kadını 4,8 % öğrenci 17,4 % emekli 4,8 % işçi 1,8 % zanaatkar 4,8 % memur 22,2 % diğer
Aile Tipi	80,2 % çekirdek 18,0 % geniş 1,8 % diğer
Yaşadığı Yer	4,8 % köy/kasaba 95,2 % şehir
Yaşadığı Yerdeki Durum	77,2% yerli 22,8% göç
Sosyoekonomik Düzey	68,3 % orta 19,8 % düşük 12 % yüksek
Madde Kullanımı	34,7 % sigara kullanımı 16,2 % alkol kullanımı

Psikiyatrik görüşme sonucunda vakaların % 42.3'ünün psikiyatrik bozukluğu olduğu saptanmıştır. Hipokondriazis, konversiyon bozukluğu, distimi, bipolar I ve II bozuklukları sadece BMI evre II grubundaki hastalarda saptanmıştır. BMI evre I grubundaki hastaların öykülerinde saptanan postpartum depresyon dışında tüm psikiyatrik bozukluklar BMI evre II grubunda daha sık olma eğilimindedir. Hastaların öykülerine göre eksen I DSM-IV tanıları tablo 2'de gösterilmiştir. BMI evre I ve II gruplarının öykülerinde toplam anksiyete bozukluğu oranı sırasıyla % 11.4 ve % 13.2'dir.

Tablo 2: Obez Hastaların Psikiyatrik Öyküleri

Psikiyatrik Öykü	BMI Evre I (n)	BMI Evre II (n)	Toplam (n)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3.3% (1)	2.1% (3)	2.4 % (4)
Panik Bozukluğu	3.3% (1)	5 % (7)	4.8 % (8)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	6.6% (2)	2.9 % (4)	3.6 % (6)
Bipolar I		0.7% (1)	0.6 % (1)
Bipolar II		0.7% (1)	0.6 % (1)
Majör Depresif Bozukluk	16.7% (5)	23.9% (33)	22.8 % (38)
Distimi		5% (7)	4.2 % (7)
Postpartum Depresyon	3.3% (1)		0.6 % (1)
Hipokondriazis		0.7% (1)	0.6 % (1)
Konversiyon Bozukluğu		0.7% (1)	0.6 % (1)

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmeye (SCID) göre BMI evre I ve II gruplarında psikopatoloji yaygınlığı sırasıyla % 33.3 ve % 44.2'dir ve gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. Kadın hastalarda psikopatoloji yaygınlığı anlamlı ölçüde daha fazla saptanmıştır (p=0.046). Majör depresif bozukluk ve/veya distimi tanısı BMI evre I grubunda %26.66 ve BMI evre II grubunda %40.58 olmak üzere, toplam % 33.1 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı BMI evre I grubundaki hastalarda %13.4, BMI evre II grubunda ise % 13.04 olarak saptanmıştır. Hipokondriazis, konversiyon bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları sadece BMI evre II grubundaki hastalarda saptanmıştır. BMI evre I ve II gruplarında nikotin bağımlılığı oranları sırasıyla % 33.3 ve % 36.2 olarak saptanmıştır. Her iki grupta da alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı tanısı için gerekli ölçütleri karşılayan hasta saptanamamıştır. Sigara ve alkol dışında başka bir psikoaktif maddenin kullanıldığı belirtilmemiştir.

Tablo 3: Obez Hastaların Eksen I Tanıları

Tanı	BMI Evre I (n)	BMI Evre II (n)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu		4.35% (6)
Panic Bozukluğu	6.7% (2)	3.62% (5)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	6.7% (2)	2.17% (3)
Hypokondriazis		1.45% (2)
Konversiyon Bozukluğu		1.45% (2)
Uzamış Yas	3.33% (1)	
Bipolar I	3.33% (1)	1.45% (2)
Bipolar II	3.33% (1)	0.78% (1)
Majör Depresif Bozukluk	23.33% (7)	20.29% (28)
Distimi	3.33% (1)	20.29% (28)
Nikotin bağımlılığı	33.3% (10)	% 36.2 (50)

Kişilik bozukluklarının yaygınlığı cinsiyetler arasında anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur (p=-0.016). Sosyodemografik veriler içerisinde sadece babada obezite varlığının eksen II tanısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (p=0.010).

Tablo 4: Obez Hastaların Eksen II Tanıları

Eksen II tanısı	BMI Evre I (n)	BMI Evre II (n)	Toplam (n)
Paranoid		0.7 % (1)	0.6 % (1)
Histrionik	3.3% (1)	7% (10)	6.6 % (11)
Narsisistik		0.7 % (1)	0.6 % (1)
Borderline	13.3 % (4)	16.8 % (24)	16.8 % (28)
Antisosyal		0.7 % (1)	0.6 % (1)
Çekingen		4.2 % (6)	3.6 % (6)
Obsesis Kompulsif		4.9 % (7)	4.2 % (7)
Pasif-agresif		0.7 % (1)	0.6 % (1)

Hastalarda ortalama sigara kullanımı 0.9 paket/gün (SD 0.6) olarak saptanmıştır. Ortalama sigara kullanım süresi 19.4 (SD 12.1) yıl olarak saptanmıştır. Sigarayı bırakmış olan hastaların bırakma süreleri 2.3 (SD 4.8) yıl olarak bulunmuştur. Alkol kullanım süresi ve miktarı örneklemin küçüklüğü yüzünden hesaplanmamıştır. Alkol kullanım sıklığı ayda 1.4 (SD 1.9) kadeh olarak bulunmuştur. Sigara ve alkol kullanımı ile obezite başlangıç yaşı, BMI, obeziteye içgörü, psikopatoloji varlığı, BMI evresi, major depresif bozukluk ve distimi varlığı, kişilik bozukluğu varlığı, stresör varlığı, cinsiyet, çocuk varlığı, alkol kullanımı, anne, baba, eş ve çocuklarda obezite arasındaki ilişki ki kare testi ile değerlendirilmiştir. BMI evre I ve II gruplarında sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla % 33.3 ve % 10 ve % 36.2 ve %17.5 olarak saptanmıştır.

Tablo 5- Ki kare testi sonuçları (P<0.05 düzeyinde farklılık istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir)

Obezite başlangıç yaşı ve sigara kullanımı	p= 0.275
Obezite başlangıç yaşı ve alkol kullanımı	p=0.579
BMI ve sigara kullanımı	p=0.183
BMI ve alkol kullanımı	p=0.21
Obeziteye içgörü ve alkol kullanımı	p=0.678
Obeziteye içgörü ve alkol kullanımı	p=1.000
Psikopatoloji varlığı ve sigara kullanımı	p=0.189
Psikopatoloji varlığı ve alkol kullanımı	p=0.088
BMI evresi ve sigara kullanımı	p=0.673
BMI evresi ve alkol kullanımı	p=0.417
Major Depresif Bozukluk ve Distimi varlığı ve sigara kullanımı	p=0.061
Majör Depresif Bozukluk ve Distimi varlığı ve alkol kullanımı	p=0.19
Kişilik Bozukluğu ve sigara kullanımı	p=0.105
Kişilik Bozukluğu ve alkol kullanımı	p=0.159
Stresör varlığı ve sigara kullanımı	p=0.731
Stresör varlığı ve alkol kullanımı	p=0.384
Cinsiyet ve sigara kullanımı	p=0.000*
Cinsiyet ve alkol kullanımı	p=0.000*
Çocuk varlığı ve sigara kullanımı	p=0.69
Çocuk varlığı ve alkol kullanımı	p=0.603
Sigara ve Alkol kullanımı	p=0.000*
Alkol ve sigara kullanımı	p=0.000*
Babada obezite varlığı ve sigara kullanımı	p=0.608
Babada obezite varlığı ve alkol kullanımı	p=1.000
Annede obezite varlığı ve sigara kullanımı	p=0.004*
Annede obezite varlığı ve alkol kullanımı	p=0.278
Eşte obezite varlığı ve sigara kullanımı	p=0.215
Eşte obezite varlığı ve alkol kullanımı	p=0.292
Çocuklarda obezite varlığı ve sigara kullanımı	p=1.000
Çocuklarda obezite varlığı ve alkol kullanımı	p=0.301

*Veriler arası ilişki istatiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçta Major depresif bozukluk ve distimi varlığı ve çocuk varlığı ile sigara kullanımı ilişkili bulunmuş ancak bu ilişki istatistik olarak anlamlı seviyeye ulaşmamıştır (p=0.06 ve p=0.07). Erkek hastaların % 58.9'u sigara %48.7'si alkol, kadın hastaların ise %27.3'ü sigara ve % 6.25'i alkol kullanmaktadır ve cinsiyetler arası fark anlamlı bulunmuştur (p=0.00). Sigara ile alkol kullanımı (p=0.00) ve annede obezite ilişkili olarak bulunmuştur (p=0.04). Korelasyon analizinde alkol ile sadece sigaranın anlamlı ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır (p=0.01 seviyesinde korelasyon katsayısı 0.363). Regresyon analizinde ise ele alınan değişkenlerden sadece alkol ve sigara birbirleri ile ilişkili bulunmuştur (p=0.01 OR 0.67, %95 CI-=0.29-1.05).

TARTIŞMA

Herhangi bir sağlık sorununun tedavisi için başvuran hastaların %20-35'inin alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğu, bu nedenle tedavi için başvuran bütün hastaların bu yönden incelenmesinin gerektiği düşünülmektedir (3). Çalışmamızda da alkol kullanım oranları benzer bulunmuştur. Sigara kullanım oranının tıbbi hastalığı olan popülasyonlarda belirtilene göre düşük çıkması ise örneklemimizde kadın hastaların çokluğuna ve toplumumuzda madde kullanımının daha çok erkeklerde görülmesine bağlı olabilir. Nitekim hem alkol hem de sigara kullanımı bakımından her iki cinsiyetten hastalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Nikotinin öfkeyi, açlık hissini ve yemek yemeyi azalttığı, mizacı dengelediği ve metabolizma hızını artırdığı bilinmektedir (4). Çalışmamızda erkek hastalar daha çok sigara içmesine rağmen kadın hastalara göre BMI'leri fazla olarak bulunmuştur (40.2, SD 11.2 ve 36.1, SD 8.8). Bu durum sigara ile BMI arası ilişkinin cinsiyet ile etkilendiğini gösterebilir (11) veya toplumumuzda erkeklerin aşırı kilo nedeniyle daha az damgalanmasına, dolayısıyla tedaviye daha ağır durumlarda başvurmalarına bağlı olabilir.

Yapılan bir çalışmada DRD2 geninin dördüncü haplotipinin obezite riskini artırdığı gösterilmiş, (12) diğer bir çalışmada ise DRD2 A1 aleli obez bireylerin % 45.2'sinde saptanmıştır (13). Bu oran alkol, nikotin ve diğer madde bağımlılığı gösteren hastalarla benzerdir. Ayrıca DRD2 A1 alelinin karbonhidrat alım isteği ile anlamlı ölçüde beraber bulunduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir çalışmada ise (14) OB geni ve DRD2 A1 alelinin polimorfizmlerinin obezite ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu kanısına varılmıştır. Bu iki gen özellikle genç, kadın hastalarda BMI varyansının %20'sini açıklamaktadır.

Şimdiye kadar yapılan bir çalışmada alkolik, bulimik ve obez kadın hastaların kişilik özellikleri benzer bulunmuştur (15). Yazarlar obezitenin bir dürtüsellik sendromu olarak tanımlanabileceğini belirtmişlerdir. Dürtüselliğin dopaminerjik bir bileşeni olduğu düşünülmektedir. Bu kişilik özelliği DRD2 A1 aleli olan hastalarda prefrontal sistem ve ilişkili dopamin reseptörlerinden zengin kortikal ve subkortikal yapılarda metabolizma azalmasıyla ilişkili olabilir (10, 16).

İkiz çalışmalarında alkolizm geliştirme yatkınlığını genler ve çevresel faktörlerin yaklaşık olarak eşit oranda etkilediği gösterilmiştir. Çevresel faktörler henüz tam olarak tanımlanmasa da stresin bunlardan biri olabileceği düşünülmektedir. Stres DRD2 A1 aleli olan ve olmayan bireyleri farklı olarak etkileyebilir ve bu fark hem obezite hem de madde kötüye kullanımının oluşumunda önemli olabilir (7). Obez bireylerin de günlük hayatlarının çeşitli alanlarında stres ve dışlanma ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (2). Bu durum da hastalarda madde kullanımına zemin hazırlayabilir.

Çalışmamız, obez hastalarda madde kullanımının değerlendirilmesi yönünden bir ilktir ve ana bulgusu özellikle erkek obez hastaların madde kullanımı yönünden de değerlendirilmesinin gerektiğidir. Alkol ve sigara kullanımı birbiri ile ilişkili bulunmuştur. BMI evre I ve II grublarında sigara ve alkol kullanım oranları, sırasıyla % 30 ve % 10 ve % 35.8 ve %17.5 olarak saptanmıştır. Gruplar arası fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır ancak erkek hastalarda madde kullanımı anlamlı ölçüde fazla olarak bulunmuştur. Bulgularımız obez hastalarda, özellikle ciddi ölçüde kilolu olanlar ve erkeklerde yüksek madde kullanım yaygınlığı olduğunu açıkça göstermektedir. Bu bulgular, obez hastalarda tıbbi değerlendirmenin yanı sıra madde kullanımını da değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan bu durumun nedenleri hakkında çıkarsama yapılamamıştır. Bu çalışma obez hastalarda genel psikopatolojinin değerlendirilmesi için yapıldığından madde kullanımının ayrıntılı olarak sorgulanamaması ve tüketilen alkol (etanol) içeriğinin hesaplanmaması bir eksikliktir. Ayrıca çalışmada alkol ve madde kullanımı ilgili ölçek kullanılmaması da çalışmanın gücünü zayıflatmaktadır. Obez hastalarda madde kullanımın özellikleri ve yordayıcılarının gelecekte yapılacak, ileriye dönük, daha ayrıntılı çalışmalarla değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1- Lee L, Shapiro CM. Psychological manifestations of obesity. J Psychosom Res 2003; 55: 477-479

2- Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). 7. Baskı, Philedelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2000 :1787-1797

3- Shuckit MA. Alcohol related disorders. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 953-970

4- Hughes JR. Nicotine related disorders. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2000: 1033-1038

5- Chyou P-H, Burchfiel CM, Yano K, Sharp DS, Rodriguez BL, Curb JD, Nomura AMY. Obesity, alcohol consumption, smoking, and mortality. Ann Epidemiol, 1997; 7: 311-317

6- Noble EP. Phenotypic expression of the D2 dopamine receptor: a reinforcement or reward gene. Biol Psychiatry 1997; 42 (Suppl): 295S

7- Noble EP. Addiction and its reward process through polymorphisms of the D2 Dopamine receptor gene: a review. Eur Psychiatry; 2000; 15: 79-89

8- Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi; 1999; 12: 233-236

9- Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4: 251-259

10- Caterson ID, Broom J. Obesitenin tanımı ,değerlendirilmesiveepidemiyolojisi.Obesite resimli cep kılavuzu. M. Kahramanoğlu (Çev) İstanbul, Ant Yayınevi, 2003; 19-20.

11- Noble Ep, Fitch RJ, Ritchie T ve ark. The D2 dopamine receptor gene: obesity, smoking and mood. Obesity Assessment. St. Jeor ST (Ed). New York, Chapman and Hall; 1997: 522-533

12- Comings DE, Flanagan SD, Dietz G, ve ark. The dopamine D2 receptor (DRD2) as a major gene in obesity and height. Biochem Med Metab Biol 1993; 50: 176-185

13- Noble EP, Noble RE, Ritchie T ve ark. D2 dopamine receptor gene and obesity. Int J Eating Disord 1994; 15: 205-217

14- Comings DE, Gade R, Macmurray JP ve ark. Genetic variants of the human obesity (OB) gene: association with body mass index in young women, psychiatric symptoms, and interaction with the dopamine D2 receptor (DRD2) gene. Mol Psychiatry 1996; 1: 325,335

15- Palme G, Palme J. Personality characteristics of females seeking treatment for obesity, bulimia nervosa and alcoholic disorders. Pers Individ Dif 1999 , 26: 255-263

16- Yasuno F, Suhara T, Suda Y, ve ark. Relation among dopamine D2 receptor binding, obesity abd personality in normal human subjects. Neurosci Lett 2001; 300: 59-61

ALKOL BAĞIMLISI HASTALARDA GÖZLEM ALTINDA DİSULFİRAM TEDAVİSİ

Supervised Disulfiram Treatment in Patients with Alcohol Dependence

Dr. L. İlhan Yargıç[1], Dr. Habib Soleimanvandi[2]

ÖZET

Amaç: Alkol bağımlılığında disulfiram tedavisinin en önemli zorluğu hastaların kendi başlarına bırakıldıklarında ilacı almayı bir süre sonra terk etmeleridir. Bu çalışmada gözlem altında disulfiram verilen hastaların tedaviye uyumları ve içmeme sürelerinin gözlemlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Alkol bağımlısı 38 hastaya bir yakınının gözlemi altında 500 mg/gün disulfiram almaları önerildi. Tedaviye uyum ve içmeme süreleri izlendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 27 hasta disulfiram kullanmayı kabul ettikten sonra tedaviye devam etmiştir. Bu hastaların, disulfiram başlandıktan sonra takibe devam ortalaması 109 gündü (min: 20 gün, max: 1 yıl). Onbir hasta disulfiram kullanırken alkol almayı denediğini bildirdi. Bir hastada disulfiram alırken tekrarlayıcı bir şekilde alkol aldığı için disulfiram kesildi. Beş hastada gelişen organik beyin sendromu ve 2 hastada gelişen kas güçsüzlüğü disulfirama bağlanarak tedavi sonlandırıldı. Yan etki nedeniyle disulfiram tedavisi sonlandırılan hastaların üçünde tablo düzeldikten sonra disulfiram, daha düşük dozda (250 mg/gün) yeniden başlandı. Dokuz hasta disulfiramı önerildiği şekilde ve düzenli olarak kullandı. Bu hastalarda ortalama 6 ay içmeme sağlandı (min: 2 ay, max: 12 ay).

Sonuç: Bu bulgular süpervizyon altında disulfiram kullanımının uygun alkol bağımlısı hastaları için tedavi seçenekleri arasında yer alması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Disulfiram, alkol bağımlılığı, bağımlılık tedavisi.

ABSTRACT

Objective: Main difficulty during disulfiram therapy in alcohol dependence is that the patients quit taking their medication after a while if they are taking it on their own. This study aims to observe the treatment compliance and length of abstinence in patients taking disulfiram under supervision.

Method: This study presents the treatment follow-up of 38 alcohol dependent patients who were recommended to take disulfiram 500 mg/day under the supervision of a significant other. Their compliance and abstinence durations were observed.

Results: 27 patients continued the treatment after they accepted supervised disulfiram therapy. The mean duration of follow up of these patients was 109 days (min: 20 days, max: 1 year). 11 patients reported that they tried taking alcohol while they were on disulfiram. Disulfiram was discontinued in one patient because of repeated alcohol use while taking this medication. Medication was discontinued because of organic brain syndrome in 5 patients and because of muscle weakness in 2 patients. In 3 of the patients who stopped taking disulfiram due to adverse effects, this medication was restarted at a lower dose (250 mg/day) after the adverse symptoms subsided. 9 patients took disulfiram regularly as recommended. A mean of 6 months (min: 2 months, max: 1 year) of abstinence was provided in these patients.

Conclusion: These findings suggest that supervised disulfiram therapy should be in the treatment menu in the treatment of alcohol dependence for suitable patients.

Key words: Disulfiram, alcohol dependence, addiction treatment.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 33-37 **Journal of Dependence 2005; 6: 33-37**

[1] Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

[2] Uzm. Dr. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Doç. Dr. İlhan Yargıç, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Çapa, 34390 – İstanbul – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: iyargic@hotmail.com Telefon / Phone: +90 (212) 523 65 25

1 Kasım 2004'te alınmış, 1 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received November 1, 2004; accepted for publication March 1, 2005.

GİRİŞ

Alkol bağımlılığının detoksifikasyon aşamasından sonraki tedavisi standart değildir. Alkol bağımlılığı tedavisinin temelini psikososyal tedaviler oluşturur. Bu tedavi çerçevesinin içinde ilaçlardan da yararlanılır. Bu amaçla kullanılan ilaçlardan biri de asetaldehit dehidrogenaz enzimini inhibe ederek işlev gören disulfiramdır. Düzenli disulfiram kullanan bir hasta alkol aldığı taktirde 15-20 dakika içinde kusmaya başlar ve yüzü kızarır. Bu reaksiyonu yaşayacağı konusunda baştan uyarılan hasta, arzu duymasına rağmen alkol almaz. Disulfiram tedavisi, uzun süre alkolden uzak kalmayı başaramayan ve dürtüsel biçimde alkol kullanan hastalarda, psikososyal tedavilerin alkole geri dönme tehdidi olmadan yapılmasına yardımcı olur.

Disulfiram tedavisinin en önemli zorluğu hastaların kendi başlarına bırakıldıklarında ilacı almayı bir süre sonra terk etmeleridir. Alkol bağımlılığında disulfiram kullanımıyla ilgili kontrollü çalışma son derece azdır. Mevcut çalışmalar, kullanımıyla ilgili herhangi bir düzenleme yapılmadan disulfiram önerilmesinin hastanın prognozu üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını göstermektedir (1). Kendi başlarına ilacı kullanmaları önerildiğinde hastaların çoğu kısa süre sonra tedaviyi bırakmaktadır. Ancak gözlem ya da hastaları motive edecek yaptırımlar etkinliği belirgin derecede artırmaktadır (2-7). Bu nedenle disulfiramın gönüllü hastalara tedavi personeli ya da hayatında önemli yeri olan bir kişi tarafından verilmesi vurgulanmaktadır (5). Birçok yayında disulfiramın gözlem altında verilmesinin gözlem olmadan verilmesine göre hasta uyumunu ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirdiği bildirilmektedir (3, 8-10). Bu çalışmada, üniversite kliniğimizde gözlem altında disulfiram kullanımını ile ilgili deneyimler ve sonuçları sunulmaktır.

YÖNTEM VE ÖRNEKLEM

Ocak 2001-Ocak 2004 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Programına başvuran ve alkol bağımlılığı tanısı konan hastalardan 38'ine gözlem altında günde bir tablet 500 mg. disulfiram almaları önerildi.

Gözlem Altında Disulfiram Kullanımı

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Programı 2001 yılı Ocak ayında başlatıldı ve bağımlı hastalar sistemli bir biçimde izlenmeye başlandı. Bu programın kurulmasından önce disulfiram, alkol bağımlılığı olan hastalarda diğer herhangi bir ilaç gibi gözlem yapılmadan kullanılmıştır. Bağımlılık programımızda gözlem altında disulfiram kullanımı, kapsamlı bir bağımlılık tedavisinin parçası olarak planlanmıştır. Bu tedavinin başlanacağı hastaların şimdiki ve geçmiş tıbbi durumları değerlendirilerek başlangıç biyokimya değerleri saptandı ve kontrendikasyonlar dışlandı. Alkolden uzak kalmaya istekli olmayan, kontrollere gelmeyen, tıbbi olarak stabil olmayan, intihara eğilimli, ağır psikotik olan ya da belirgin bilişsel işlev bozukluğu olan hastalara bu tedavi önerilmedi. Disulfiram kullanması önerilen her hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Hastalar disulfiram kullanımının amacı, fizyolojik ve psikolojik etki mekanizması, yararları, kapsamlı bir tedavi programının parçası olması gerektiği, yan etkileri, kontrendikasyonları, dozajı, kullanım şekli, kaçınılması gereken yiyecek ve kozmetik maddeler, disulfiram-etanol reaksiyonu yaşandığında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirildi. Ayrıca hastanın yakınları ve özellikle disulfiramı denetleyecek olan kişi ya da kişiler de benzer şekilde bilgilendirildi. Bunların bir özeti hastaya yazdırılarak bu yazıyı yanında bulundurması istendi. İzlem sırasında bu kişilerle de yineleyen görüşmelerde bilgi alındı ve tedavi planının düzgün gitmesi için pekiştirme yapıldı. Hastaların disulfirama en az 6 ay, tercihen bir yıl devam etmeleri istendi. Gerekli durumlarda bu süre uzatıldı. Hastalar Adsız Alkolikler (AA) gruplarına katılmaya teşvik edildi. Disulfiramı kendisine verebilecek daha uygun bir yakını bulunmayan hastalara ilacın AA'daki rehberi ya da başka bir AA üyesi tarafından verilmesi istendi. AA üyelerinden bu uygulamada destek alındı.

Disulfiram tabletin, hastanın etrafında ona en yakın ve hastanın önem verdiği kişi tarafından ezilip meyve suyunun içine karıştırılarak günde bir kez hastaya verilmesi ve hastanın o kişinin önünde ilacı içmesi istendi. Bu şekilde hastanın ilacı almayı unutması engellendi ve dilinin altında saklamadığından emin olunması sağlandı. Bunu yaparken yakınlarının hastaya emir verici şekilde değil destekler bir tarzda yaklaşması istendi. Hasta disulfiramı almayı reddettiğinde sorumlu kişi tarafından ısrar edilmedi ama bu durumda uygulanması planlanan önlem gerçekleştirildi. Örneğin hastaya yakınları tarafından verilen ekonomik desteğin sonlandırılması ya da bazı ayrıcalıkların kaldırılması gibi.

Disulfirama devam edildiği sürece 6 ayda bir karaciğer enzimleri tekrarlandı. Test sonuçları hastayla birlikte değerlendirilerek sağlık durumundaki nesnel gelişimi hastanın da izlemesi sağlandı.

BULGULAR

Bir hasta disulfiram kullanmayı reddetti, diğerleri kabul etti. Disulfiram kullanmayı kabul eden 37 hastanın 11'i kadındı. Yaş ortalamaları 36.7 (min:18, max:57) yıl idi. 20'si evli, 13'ü bekar, 4'ü ayrılmıştı. Onüçü ilkokul, 3'ü ortaokul, 8'i lise, 13'ü üniversite mezunuydu.

Ek psikiyatrik tanılar 13'ünde majör depresif bozukluk, 7'sinde anksiyete bozukluğu, 4'ünde iki uçlu duygudurum bozukluğu, 6'sında başka bir madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, 6'sında kişilik bozukluğu, 2'sinde şizofreni, 1'inde dissosiyatif bozukluktu. Altı hasta ek psikiyatrik tanı almıyordu. İki hastada diabet mellitus, 1 hastada hepatit, 1 hastada geçirilmiş MI, 3 hastada hipertansiyon, 1 hastada kanser, 4 hastada epilepsi öyküsü vardı.

Yirmialtı hasta alkol bağımlılığı nedeniyle ilk kez tedavi görüyordu. Düzenli ve yoğun alkol kullanımı başladıktan sonra geçmişte yakaladıkları en uzun içmeme süresinin ortalaması 215 gündü (min: 0 gün max: 6.5 yıl). İki hastada ek ilaç kullanımı yoktu. Onyedi hasta SSRI, 8 hasta mirtazepin, 2 hasta atipik antipsikotik, 11 hasta tipik antipsikotik, 3 hasta lityum, 8 hasta antiepileptik kullanıyordu.

On hasta disulfiramın önerildiği görüşmeden sonra takibe gelmedi. Geri kalan 27 hastanın disulfiram başlandıktan sonra takibe devam ortalaması 109 gündü (min: 20 gün, max: 12 ay). Onbir hasta disulfiram kullanırken alkol almayı denediğini bildirdi.

Bir hastada disulfiram alırken tekrarlayıcı bir şekilde alkol aldığı için disulfiram kesildi. Beş hastada gelişen organik beyin sendromu ve 2 hastada gelişen kas güçsüzlüğü disulfirama bağlanarak tedavi sonlandırıldı. Yan etki nedeniyle disulfiram tedavisi sonlandırılan hastaların 3'ünde tablo düzeldikten sonra disulfiram, daha düşük dozda (250 mg/gün) yeniden başlandı.

Dokuz hasta disulfiramı önerildiği şekilde ve düzenli olarak kullandı. Bu hastalarda ortalama 6 ay içmeme sağlandı (min: 2 ay, max: 12 ay).

TARTIŞMA

Alkol bağımlığında nükslerin sık olduğu ve uzun süreli içmemenin seyrek olduğu bilinmektedir. Bu hasta populasyonunda 6 aylık ortalama içmeme anlamlı bir süredir. Chick ve ark. (5) disulfiram kullanan hastaların %58'inde en az 6 ay tam içmeme sağladığını, kontrol grubu olarak C vitamini alanlarda ise bu oranın %29.5 olduğunu bildirdiler. Sereny (3) 6 aylık başarı oranını %40'ın üstünde bildirdi.

Çalışmamızdaki içmeme oranları diğer çalışmalardan daha düşüktür. Diğer çalışmalarda disulfiram, yoğun psikososyal tedavilerle birlikte verilmektedir. Bizim sonuçlarımızın yetersizliği kliniğimizde verilen ek psikolojik tedavilerin kısıtlılığına bağlanabilir. Disulfiram kullanımı tek başına alkol bağımlılığı tedavisinde yetersizdir. Diğer biyopsikososyal tedavilerle birlikte uygulanmalıdır.

Alkol bağımlılığı olan bazı hastalarda alkol kullanımına bağlı karaciğer problemleri ve başka genel tıbbi sorunların görülmesi sıktır. Disulfiramın bu hastalara verilmesi tıbbi problemlere yol açabilir. Ancak bu hastalar alkol bağımlılığı için yapılan diğer tedavilere dirençliyse, disulfiram kullanımı riske edilebilir. Çünkü bazı hastalar bütün çabalara rağmen

alkol kullanımını durduramaz ve biyopsikososyal problemleri gittikçe artar.

Adsız alkolikler gruplarına katılan hastalarda ve yaşı daha ileri olan hastalarda başarı oranları daha yüksekti. Bunlar her tür bağımlılık tedavisi için geçerli öngörücülerdir (11, 12). Daha önce disulfiram kullanımı başarıyı öngören bir faktör değildi. Klinisyen bir hastaya gözlem altında disulfiram başlamaya karar verirken daha önce bu hastaya disulfiram reçete edilmiş olmasını dikkate alması gerekmez.

Disulfiram kullanımına başlamadan önce hastaya alkol ile birlikte disulfiram verilip disulfiram-etanol reaksiyonu yaşamasını sağlama (challenge test) artık terkedilmiştir. Bazı hastalar disulfiram-etanol reaksiyonu yaşamazlar. Bu durumda disulfiram kullanma şansı baştan kaybedilmiş olur. Ayrıca küçük bir olasılıkla da olsa hastaya ciddi bir zarar verebilecek durumun hekim eliyle yaşatılması etik değildir. Hastaların önemli bir kısmı disulfiram kullanırken alkol almayı denemektedir. Bunlar daha sonra alkolden uzak kalmayı sürdürebilmektedir. Ancak tekrarlayan alkol kullanımında disulfiram kullanımının sonlandırılması uygundur.

Kontrol olmadan disulfiram verildiğinde hastaların pek azı ilacı almaya devam etmektedir (13). Kontrol altında disulfiram kullanımı, tek başına psikososyal tedavilerle alkolden uzak kalamayanlar için yararlı bir kaynak oluşturmaktadır. Kontrol altında disulfiram kullanımının optimal süresi açık değildir. Biz hastalara 6 ay devam etmelerini önermekteyiz. Disulfiram alan hastanın bu dönemde alkol alma olasılığı olamayacağı için her an içmemeye yeniden karar vermenin psikolojik yükünden kurtulacaklar ve psikososyal tedavilere daha iyi konsantre olabileceklerdir.

Bu çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları vardır. Öncelikle bu bir tanımlama çalışmasıdır, kontrol grubu içermemektedir. Buradaki etkinin doğrudan disulfiram kullanımından mı kaynaklandığı, yoksa sosyal düzenlemeye mi bağlı olduğu kesin değildir. Türk toplumunda disulfiram kullanımının etkinliğini araştıracak kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Alkol bağımlılığının tek ve standart bir tedavisi yoktur. Bütün tedavi seçeneklerinden o hasta için uygun olan birkaç tanesi seçilerek uygulanır. Süpervizyon altında disulfiram kullanımı uygun alkol bağımlısı hastalarda içmeme süresini uzatabilir. Bu uygulama, alkol bağımlılığının tedavi seçenekleri arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1- Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. JAMA 1986; 256:1449-1455.

2- Azrin NH, Sisson RW, Meyers R, et al. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. J Behav Ther Exp Psychiatry 1982; 13:105-112.

3- Sereny G, Sharma V, Holt J, et al. Mandatory supervised antabuse therapy in an outpatient alcoholism program: a pilot study. Alcohol Clin Exp Res 1986; 10:290-292.

4- Hughes JC, Cook CC. The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies. Addiction 1997; 92:381-395.

5- Chick J, Gough K, Falkowski W, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. Br J Psychiatry 1992; 161:84-89.

6- Azrin NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. Behav Res Ther 1976; 14: 339-348.

7- Gerrein JR, Rosenberg CM, Manohar V. Disulfiram maintenance in outpatient treatment of alcoholism. Arch Gen Psych 1973; 28: 798- 802.

8- O'Farrell TJ, Bayog RD. Antabuse contracts for married alcoholics and their spouses: a method to maintain antabuse ingestion and decrease conflict about drinking. J Subst Abuse Treat 1986; 3: 1-8.

9- Brewer C. Controlled trials of Antabuse in alcoholism: the importance of supervision and adequate dosage. Acta Psychiatr Scand Suppl 1992; 369: 51-58.

10- Brewer C, Smith J. Probation linked supervised disulfiram in the treatment of habitual drunken offenders: results of a pilot study. BMJ 1983; 287: 1282-1283.
11- Banys P. The clinical use of disulfiram (Antabuse): a review. J Psychoactive Drugs 1988; 20: 243-261.
12- Lundwall L, Baekeland F. Disulfiram treatment of alcoholism: a review. J Nerv Ment Dis 1971; 153: 381-394.
13- Brewer C. Patterns of compliance and evasion in treatment programmes which include supervised disulfiram. Alcohol Alcohol 1986; 21: 385-388.

ALKOL BAĞIMLILARINDA KARACİĞER HASARININ BELİRLENMESİNDE DOPPLER ULTRASONOGRAFİNİN YERİ

Role of Doppler Ultrasonography in Predicting Liver Damage in Alcololic Patients

Dr. Sumru Coşar[1], Dr. Behçet Coşar[2]

ÖZET

Alkol bağımlılığı bağımlılıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Alkol bağımlıları ile yapılan karaciğer kan akımı çalışmaları farklı sonuçlar göstermektedir. Bazı yazarlara göre etanol alımını takiben karaciğer kan akımında artma olurken, bazıları bu sonucu desteklememektedirler. Alkol entoksikasyonunun hemodinamik etkileri ve portal hipertansiyonun etiyopatogenezi tam olarak anlaşılamamıştır.

Etanol alımı portal ve hepatik kan akımında artmaya neden olmaktadır. Ancak artmış portal ve hepatik kan akımı ile portal hipertansiyon arasında bir ilişki kurulamamaktadır. Bu ilişkinin yokluğu portal ve hepatik kan akımındaki artışın yanısıra hepatik dirençteki artış gibi diğer faktörlerin de portal basınçtaki artıştan sorumlu olabileceklerini düşündürmektedir.

Etanol ve metrabolitlerinin hepatik oksijen tüketimini arttırdığı ve böylece karaciğer kan akımında artmaya neden olduğu ileri sürülmektedir. Benzer şekilde kronik alkol tüketimi de karaciğer hastalığı olmayan kronik alkolik hastalardaki hepatik arter vazodilatasyonundan sorumlu olabilir.

Ancak Doppler ultrasonografi gibi non-invaziv ve güvenilir bir metod ile siroz, portal hipertansiyon ya da alkolik hepatit gibi alkol bağımlılığı olan hastalarda gelişmesi beklenen patolojiler gelişmeden önce, belirgin karaciğer hasarı bulguları da olmaksızın portal Dopplerin non-spesifik ancak hekimi uyarıcı öncü bulgular elde edilmesini sağladığı gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, portal Doppler ultrasonografi, hemodinamik değişiklikler.

ABSTRACT

Alcoholism or 'Alcohol Dependency' as the name proposed by World Health Organisation (WHO) and American Psychiatric Association (APA) is the most common type of disorder related to substance abuse. Liver blood flow studies in alcoholic patients revealed varied data. Some authors defined increase in blood flow following ethanol intake while some others disagree. The etiopathogenesis of portal hypertension and hemodynamic effects of alcohol intoxication in alcoholic patients have not yet been clearly understood.

The overall hemodynamic effect of the ethanol intake on splanchnic hemodynamics is an increase in portal and hepatic blood flow. However, a correlation between increased portal and hepatic blood flow, and portal hypertension could not be detected. This absence of correlation may suggests that besides increase in portal and hepatic blood flow, other mechanisms such as hepatic resistance are implicated in increased portal pressure.

It is suggested that ethanol and its metabolites increase hepatic oxygen consumption, causing an increase in liver blood flow. Similarly, chronic alcohol consumption may be responsible from vasodilatation of hepatic artery in chronic alcohol dependent patients with no liver disease.

In alcohol dependent patients possible pathologies expected to develop like cirrhosis, portal hypertension, or alcoholic hepatitis can be evaluated by ultrasound examination. However it is believed that some preliminary hemodynamic changes occur in alcohol dependent patients before these pathologies develop. Doppler Sonography is a non-invasive and reliable diagnostic tool in detecting hemodynamic changes.

Key words: Alcohol dependency, portal Doppler ultrasonography, hemodynamic changes.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 38-46 **Journal of Dependence 2005; 6: 38-46**

[1] Uzm. Dr. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

[2] Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Sumru Coşar, 38. Cadde, 5/15 Mehmet Çakır Apt. 06520 Çukurambar – Ankara – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: zsumrucosar@yahoo.com Telefon / Phone: +90 (312) 285 18 58

1 Şubat 2005'te alınmış, 22 Mart 2005'te kabul edilmiştir. / Received February 1, 2005; accepted for publication March 22, 2005.

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenidir. Alkolizm yada Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin önerdiği adı ile "Alkol Bağımlılığı" "içenin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede fazla ve tekrarlayıcı biçimde alkollü içki içme, alkol alma isteğini ve olayını kontrol edememe ve durduramama ile belirli bir bozukluk" olarak tanımlamaktadır (1).

Alkol bağımlılığı, madde kullanım bozukluklarının en sık görülenidir. Hem sosyal hem medikal komplikasyonlar nedeniyle birçok araştırmaya konu olan bir hastalıktır. Bugüne kadar yapılan tüm çalışmalara rağmen etiyolojisi, patogenezi, tedavi ve komplikasyonları henüz belirsizliğini korumaktadır (1,2).

Kronik alkol kullanımının karaciğer hasarına neden olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Alkolün yol açtığı karaciğer hasarı üç ana grupta toplanabilir: karaciğer yağlanması, alkolik hepatit ve siroz. Bu bozukluklar alkolün yol açtığı karaciğer hastalığının değişmez ilerleyici evreleri olarak düşünülürken, bugünkü çalışmalardan çıkan sonuçlara göre hiçbir öncül hepatit belirtisi olmadan da siroz gelişebilmektedir. Karaciğer yağlanması ve 'alkolik hepatit' alkol kesilmesi ile geri dönüşümlü olup, prognozları iyi olduğu halde aynı durum siroz için geçerli değildir. 'Alkolik siroz', 'alkolik karaciğer hastalığının' son ve geri dönüşsüz şekli olup, yavaş ve çoğunlukla da sinsi şekilde gelişir (1-3).

Klinik ve epidemiyolojik olarak alkol alımının düzey ve süresiyle karaciğerde siroz gelişimi arasında kesin bir ilişki vardır. Alkole bağlı karaciğer hastalığına yakalanma kişiden kişiye değişmektedir. Yoğun içicilerin %90 kadarında 'karaciğer yağlanması' belirtileri izlenirken, %10–35 civarında 'alkolik hepatit' ve %6 – 10 kadarında da 'siroz' gelişir (2, 3).

I. Alkol Bağımlılığında Laboratuar Testleri :

Alkol bağımlılığında karaciğer hasarının saptanmasında, biyokimyasal ve hematolojik laboratuar testlerinin yaralılığına bakılacak olursa; ağır içiciliğin tek duyarlı laboratuar bulgusu, gama – glutamil transpeptidaz (GGT) düzeyinin (> 30 ünite) yükselmesidir. GGT düzeyi yüksek olan bireylerin en azından %70'i sürekli alkol kullanan ağır içicilerdir (1).

Ağır alkol kullanımı sonucu gelişen bazı B (6, 12) vitamini eksiklikleri, karaciğer hastalığı , alkolün eritroblast gelişimi üzerindeki doğrudan toksik etkileri ve barsaktan folat emiliminin bozulmasına bağlı olarak eritrositlerin ortalama korpüsküler volümü (mean corpuscular volume) normalin üst sınırlarını aşabilir (makrositoz). Ortalama korpuskuler volüm (MCV) ağır alkol kullanımını ayırt etmekte kullanılabilmekle birlikte eritrositlerin yarı ömrü uzun olduğu için yoksunluğu izlemede iyi bir yöntem değildir (4).

Uzun süre yoğun miktarda alkol kullanımı sonucu karaciğer hasarı gelişmiş ise karaciğer fonksiyon testleri bu durumu ortaya koyabilir. Serum glutamik oksalasetik transaminaz (SGOT), alkalen fosfataz, gama – glutamil transpeptidaz (GGT) ve bilirubin düzeyleri belirlenmelidir. Aşırı içicilik nedeniyle glukoneogenezis oranındaki azalma sonucu kan lipidlerinin (örn; trigliseritler ve lipoprotein kolesterol) düzeyleri yükselir. Kan lipidlerinin yüksek oluşu ise yağlı karaciğer tablosunun gelişimine katkıda bulunur. Serum kreatinin düzeylerinin ölçümü, alkolün böbrekler üzerindeki hasarını belirlemek için oldukça yararlıdır. B ve C tipi hepatit için serolojik testler yapılmalıdır. Bu incelemeler alkol bağımlılarında çoğu kez görülen madde kullanımı sonucu gelişen hepatit tanısının gözden kaçırılmasını önler (4).

Trombositlerde maturasyon duraklaması trombosit ömründe azalma ve trombositopeniye yol açar. Trombosit sayısı 30,000 – 50,-000 civarlarında olup, hem megakaryositlere alkolün direkt toksik etkisi hem de trombositlerin dalakta yakalanmalarının artması neden olarak görünmektedir. Alkol bağımlısı hastalarda ayıklık süresinde birkaç gün içinde düzelen trombositopeni görülür (1).

II. Alkol Bağımlılığında Gri-skala Ultrasonografi:

Erkeklerde günde 80 gram, kadınlarda 20 gr'dan fazla sürekli etanol tüketimi karaciğer yağlanması riskini arttırmaktadır. 180 gr'dan fazlası 10-20 yıl süresince kullanıldığında ka-

raciğer hasarı çok daha şiddetlenmektedir. 20 yıldan fazla günde 210 gram etanol tüketiminde siroz gelişme ihtimali %50, 30 yıl sonrasında ise %80 olmaktadır (2).

Yüksek miktarlarda alkol alımının en bariz fiziksel etkisi karaciğerin yağlı infiltrasyonudur. Karaciğer yağlanması edinsel, geri dönüşümlü, hepatositlerin içerisinde trigliserit birikimi sonucu meydana gelen bir metabolizma bozukluğudur. Bu durum artmış hepatik lipogenezden kaynaklanır. Karaciğer yağlanması klinikte, hepatomegaliyi izleyen minimal karaciğer işlev bozukluğu ve nadiren hafif oranda sarılık olarak kendini gösterir. Başlangıçta fibröz dokuda artış az ya da hiç yok iken, yavaş yavaş hafif sklerotik değişiklikler başlar. Bu fibröz reaksiyonlar başlayana kadar yağlanma, eğer daha fazla alkol alınımından kaçınılırsa geriye dönebilir (1).

Yağlı karaciğerde tek klinik bulgu gamaglutamil transpeptidaz (GGT) düzeylerinde artma olabilir. GGT nadiren normalin üç mislinden daha yüksektir. Karaciğer fonksiyon testleri yüksek olan hastalar alkol tüketimini kesmelidirler. Yoksunluk dönemini takiben GGT, üç ay içinde normal düzeylere geri döner. Kalıcı yükseklik pek sık görülmediğinden, 6 aydan daha uzun süren durumlarda viral hepatit, ilaç reaksiyonları, Wilson hastalığı, hemokromatozis, karaciğer tümörü ve ya absesi gibi diğer etiyolojik faktörler aranmalıdır (5, 6).

Normal karaciğer ultrasonografide homojen ekojenitede olup, ince ekojenik çizgiler içerir. Normal renal korteksle karşılaştırıldığında minimal hiperekojen ya da izoekoik olarak izlenir. Dalakla karşılaştırıldığında ise daha hipoekoiktir (5, 7). Sonografik olarak yağlı infiltrasyon karaciğerde kendini ekojenite artışı olarak gösterir. Karaciğerde steatozun şiddetini değerlendirmek için gradeleme sistemi geliştirilmiştir (3).

Grade I (hafif): Hepatik ekojenitede diffüz minimal artış, diyafram ve intrahepatik vasküler yapı konturlarının normal görüntülenmesi.

Grade II (orta): Orta derecede diffüz ekojenite artışı, diyafram ve intrahepatik vasküler yapı konturlarının hafif silikleşmesi.

Grade III (şiddetli): Ekojenitede belirgin artış, hepatik vasküler yapıların diyaframın konturlarının ve hatta karaciğerin sağ lobunun iyi görüntülenememesi

Hepatomegali, karaciğer hastalığı olan alkol bağımlılarının % 80 'inde mevcut olan sık bir bulgudur. Bu değişiklik histolojik olarak karaciğer hasarının izlenmediği kronik alkol uygulanan hayvanlarda da saptanmıştır. Morfometrik ve histolojik çalışmalar, karaciğer büyümesinin hepatosit sayısındaki artıştan değil de, boyut artışından kaynaklandığını göstermiştir (5, 6). Bir çalışmada ise alkolle beslenmiş ratlarda karaciğer ağırlığındaki artışın total su volümündeki artışa bağlı olduğu gösterilmiştir. Kronik alkol alınımına bağlı hepatosit genişlemesinin sinüzoidal ve interstisyel ekstrasellüler aralıkta kompresyona neden olabileceği ileri sürülmektedir. Bu da intrahepatik basınçta artış ile birlikte alkol bağımlılarında portal hipertansiyonun sebebi olabilir (7-9). Diğer yandan kronik alkol alınımının sinüzoidal endotelial hücrelerde fenestra boyutlarını dilate ederek değişikliğe sebep olduğunu göstermektedir. Bu fenomen yağlı karaciğer oluşumunda da önemli rol oynamaktadır (10).

Akut 'alkolik hepatit' klinik öykü ve kan testi parametreleriyle kolaylıkla tanı konabilen bir hastalıktır. Bununla birlikte atipik klinik tablosu olan ya da daha hafif 'alkolik hepatiti' olan hastalarda tanı koymak problem olabilir. Bu hastalarda koagülasyon bozukluğundan dolayı çok azında karaciğer biyopsisi yapmak mümkün olmaktadır. Dolayısıyla non-invazif bir yöntem olarak US bu durumun tanısında potansiyel klinik değere sahiptir. Ancak yine de 'alkolik hepatit' tanısında spesifik sonografik kriterler henüz tanımlanabilmiş değildir (11).

III. Alkol Bağımlılığında Hemodinamik Değişiklikler ve Doppler Ultrasonografi:

'Alkolik siroz' klinikte kendini portal hipertansiyon bulgularıyla gösterir. Portal hipertansiyonun görüntülenmesi endoskopik yolla özefageal varislerin saptanmasına bağ-

lıdır. Ancak bu yöntem portal sirkülasyonun değerlendirilmesine imkan tanımamaktadır. Bununla birlikte portal basınç, rutin kullanıma izin veremeyecek kadar invazif ve zor olan hepatik ven kateterizasyonu ile ölçülebilmektedir (12).

İnsana ait biyolojik parametrelerin ölçümünde ideal yöntem; güvenli, ağrısız ve hasta tarafından kolay kabullenilebilir olmalıdır. Hepatik hemodinaminin değerlendirilmesinde kullanılan çoğu teknik sık kullanıma izin veremeyecek kadar invaziftir. Dupleks Doppler ultrasonografi portal akımı değerlendirmek için non-invazif bir metod olarak önerilmiştir (12).

Doppler US ile elde edilen hemodinamik parametreler kalitatif, kısmi kantitatif ve kantitatif olarak sınıflandırılabilir. Kalitatif veri; kan akımının varlığını, yönünü ve özelliklerinin değerlendirilmesini içerir. Kısmi kantitatif ölçümlerde pulsatilite ve rezistansa bağlı olarak ölçülen vasküler impedans ile akım bozuklarının tespiti incelenir. Kantitatif veri; maksimum ve ortalama akım hızlarının hesaplanmasını ve daha geniş çaplı vasküler yapılarda akım volümünün hesaplanmasını içerir. Doppler ultrasonografi yardımıyla kan akımı hakkında elde edilen kalitatif bilginin doğruluğu ve güvenilirliği yadsınamaz. Akımın kantitatif değerlendirmesi olan hız ve oran, her nekadar geçmişte bu ölçümlerin doğruluğu konusunda tartışmalar olduysa da, günümüzde portal ven düzeyinde rutine taşınmış durumdadır (13).

Karaciğer hem portal venden hem de hepatik arterden gelen kan akımıyla beslenir. Her nekadar portal ven intestinal sistemden ve dalaktan gelen tam oksijenize olmamış (%80) venöz kanı taşısa da, akım fazlalığından dolayı hepatositlerin ihtiyacı olan oksijenin %50'sini karşılamaktadır (14).

Sirotik olan veya olmayan alkol bağımlılarında alkol entoksikasyonunun ya da yoksunluğunun hemodinamik etkileri henüz net olarak anlaşılabilmiş değildir. Etanolün hemodinamik etkilerinde portal ve hepatik kan akımındaki artışla portal basınç artışı arasında korelasyon saptanamamıştır. Bu korelasyon yokluğu portal basınç artımında kan akımı artışının önemli bir rol oynamadığı anlamına gelmemelidir. Çünkü hepatik dirençteki değişiklikler gibi diğer mekanizmalar da olayda söz konusudur (15).

Hastaların portal sirkülasyonunun değerlendirilmesinden portal ven kan akımı, mezenterik ve hepatik arteriyel direncin etkilendiği karaciğer hastalığına bağlı olarak değişiklik gösteren hepatik ve süperior mezenterik arterlerin incelenmesi kastedilmektedir (16-18).

Karaciğer hastalığı olanlarda ve normal popülasyonda portal, hepatik ve splanknik arteriyel Doppler parametreleri belirgin farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte, bu parametreler arasındaki ilişkiyi açıklayacak ve karaciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlayacak veriler çok azdır (19-21).

Portal sirkülasyonun kalitatif değerlendirilmesinde kan akımının varlığı, yönü ve özellikleri yer almaktadır. Portal ven içerisinde kan akımı varlığının tespitinde Doppler US'nin sensitivitesi bilgisayarlı tomografi ile eşittir. Portal venöz sistemde akım yönü tespiti hepatik hemodinamik değerlendirme için temel bir öneme sahiptir (22, 23).

Hepatik arter sirkülasyonu kontrolü diğer arteriyel yataklardan farklılık göstermektedir. Çoğu deneysel çalışma portal kan akımı arttığında hepatik arter kan akımının düştüğünü ve bunun tersinin de doğru olduğunu göstermektedir. Bu fenomen hepatik arteriyel tampon cevap olarak tanımlanmıştır (14, 23-25).

Yemek yenilmesini takiben portal kan akımındaki artışa hepatik arter direncindeki artış eşlik etmektedir ve sirotik hastalarda hepatik arter direnç artışında postprandial bir duyarsızlık mevcuttur. Bu bulgular hepatik arter tampon cevabı teorisinin insanlarda da geçerli olduğunu ve sirotik hastalarda bu fenomenin bozuk olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde , portal kan akımındaki düşüşe cevap olarak hepatik arter vasküler rezistansı da düşecek ve sirotik hastalarda yine hepatik arter vasküler cevapsızlığı görülecektir (26, 27).

Kalitatif bulgulardan biri, sirotik hastalarda hepatofugal akım varlığıdır. Portal akımda ters dönüş genellikle portal ven çapında belirgin düşüş ile birliktelik gösterir. Hepatofugal

akım gösteren sirotik hastalarda kanama insidansında belirgin azalma tespit edilmiştir. Ayrıca hepatofugal akım varlığı portokaval veya mezokaval cerrahi şant gereksinimini dolayısıyla cerrahi tedavinin planlanmasını gösteren önemli bir bulgudur (28). Portal akımdaki ters dönüşü kompanse etmek amacıyla arteriyel dallardaki artmış kan ters dönmüş akım olarak görülebilir. İntrahepatik akımın ters dönmesi sonucu oluşan arteriyoportal şantlar sinyalin türbülan ve hızlı hale gelmesiyle tanınabilir. Bu bulgu sirotik hastalarda olabileceği gibi asıl karaciğer kanseri için tipiktir. Bu hemodinamik değişikliklerin varlığında bir tümöral oluşumu atlamamak amacıyla parankimin çok dikkatli incelenmesi gerekir (29).

Portal hipertansiyon tanısında kollateral yatakların saptanması bir diğer kalitatif bulgudur. Bunlardan sadece bir kısmı konvansiyonel US ve / veya Doppler ile saptanabilir (paraumbilikal venler ve splenorenal kollateraller). Paraumbilikal ven dışında diğer kollateral yataklarda akım hızı ölçmek mümkün değildir çünkü paraumbilikal venler belirgin olarak geniştir ve cilde yakın seyrederek umbilikal bölgeye doğru düz bir hat halinde uzanırlar. Paraumbilikal vasküler yatak hepatik parankimi geçen tek ya da daha fazla irregüler damarlar şeklinde görülür. Yüksek hızlı venöz akım varlığı, venöz akımın çok daha yavaş olduğu periferal portal dallardan bu yatakların ayrılmasını mümkün kılar. Renkli Doppler bu yatakların tanınmasını kolaylaştırır (30).

Alt splenik kutup seviyesinde, splenorenal kollateraller, yüksek hızlı ve türbülan Doppler sinyalinin izlendiği tortiyöze vasküler yapılar olarak tanınırlar. Bunların varlığı sıklıkla splenik vende akımın ters dönüşüyle birliktelik gösterir. Diğer kollateral damarlar gastrik fundus seviyesinde, pankreatik bölgede, perikolesistik alanda tespit edilebilir. Her ne kadar bu vasküler yapılar direkt olarak görüntülenemese de portal sirkülasyondaki hemodinamik değişiklikleri gösterdiği için Doppler US yararlı bilgiler elde edilmesini sağlar. Örneğin; portal akımda belirgin bir düşüş ve splenik vende akımın ters dönüşü splenorenal kollateraller açısından şüphe çekici olmalıdır. Bunun yanında superior mezenterik vende akımın ters dönmesi mezenterik ven ve sistemik sirkülasyon arasında bir anastomoz varlığı açısından şüphe çekici olmalıdır (31).

Akım değişikliklerinin değerlendirilmesinde; hız profilinin analizi, maksimum, minimum ve ortalama frekans spektrumları arasındaki ilişkinin hesaplanması gibi bir takım semikantitatif ölçümlere başvurulur. Arteriyel akım özelliklerini tanımlamada bir çok indeks düşünülmüştür. Bunların içerisinde en sık kullanılanlar pulsatilite indeksi (PI) ve rezistivite indeksi (RI) dir (Rezistivite indeksi (RI): pik sistolik hız – end-diyastolik hız/ pik sistolik hız; pulsatilite indeksi (PI): pik sistolik hız – end-diyastolik hız /ortalama hız) (3).

Sirotik hastaları normal popülasyondan ayırt etmek için kantitatif ölçümlerin önemini gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Normal popülasyona oranla sirotik hastalarda portal ven hızında ve akımında belirgin düşüşle birlikte hepatik arter RI'nde belirgin artış bildirilmiştir (18, 32, 33).

Hepatik arter RI, sirotik hastalarda birbirine ters iki mekanizmadan etkilenmektedir. Bir yandan siroza bağlı hepatik lobüllerin distorsiyonu ve vasküler alanların daralması hepatik arter RI'ini arttırırken, diğer yandan azalmış portal karaciğer perfüzyonuna cevap olarak total kan akımını sağlamak amacıyla tampon bir mekanizmayla hepatik arter direncinde azalma meydana gelir. Bu da alkolik sirozlu hastalarda portal hipertansiyon şiddetini göstermede hepatik arter RI'nin neden tanısal değerinin olmadığını açıklamaktadır. Aynı şekilde tampon arteriyel cevap mekanizmasına rağmen hepatofugal akım gösteren hastalarda hepatik arter akımında belirgin düşüş izlenmez çünkü bu hastalarda izlenen daha şiddetli portal hipertansiyon hepatik arteriyel dirençte artışa neden olmaktadır (21, 34).

Sirozun ileri evrelerinde artmış portal venöz akıma bağlı mezenterik arteriyel akımda da artış tanımlanmıştır. Dolayısıyla bu dönemde süperior mezenterik arter (SMA) RI'nde düşüş beklenmektedir. Bununla birlikte çoğu çalışmada SMA RI'i ile portal hipertansiyon şiddeti arasında korelasyon izlenmemiştir. Aynı şekilde sirotik hastlarda da splenik kan

akımındaki artışa rağmen splenik arter RI'nde de düşüş izlenmemektedir (35)

Sonuç olarak 'alkolik sirozlu' hastalarda karaciğer yetmezliği ve şiddeti ile sadece portal ven kan akımı ve hızı arasında belirgin korelasyon izlenmekle birlikte hepatik arter ya da superior mezenterik arter RI'leri arasında korelasyon tesbit edilememektedir. Dolayısıyla portal hipertansiyon tanısında klinik kullanımda bu parametreler yaygın olarak kullanılmamaktadır. Portal hipertansiyonun şiddetini tanımlamada kantitatif ölçümlerin değeri üzerine çok az sayıda çalışma yapılmıştır (21).

Alkol bağımlılarında karaciğer kan akımı çalışmaları sonucunda farklı veriler elde edilmiştir. Etanol uygulanımını takiben karaciğer kan akımında artış tariflenirken (15), bazı çalışmalarda bunun tam tersi de iddia edilmiştir (36).

Etanolün hemodinamik etkileri karmaşıktır. Alkol bağımlılarında erken yoksunluk döneminde portal ve hepatik kan akımında artış saptanmıştır. Bu artıştan adenozinin yapımı ve salınımı sorumlu tutulabilir (6). Bunun yanında hepatik kan akımındaki artış etanole bağlı sistemik hipotansiyonun otoregülasyonu sonucu da meydana geliyor olabilir (24). Ayrıca etanol ve metabolitlerinin hepatik oksijen tüketimini arttırmak yoluyla karaciğere gelen kan akımını da arttırması söz konusudur (37, 38). Aynı şekilde karaciğer hastalığı olmayan kronik alkol bağımlılarında hepatik arter vazodilatasyonu bulgusundan da kronik etanol kullanımı sorumlu tutulabilir (39).

Portal ve arteryel kan akımlarını ayrı ayrı tanımlayabilen radyoaktif mikrosferlerin kullanıldığı çalışmalar, alkol kullanımına bağlı karaciğer kan akımında oluşan artışın portal vene ve esas olarak da ince ve kalın barsaklardaki mezenterik akımın artışına bağlı olduğunu göstermektedir (40) .

Etanolün splanknik kan akımını artırmasında muhtemel hormonal mekanizmaların da sorumlu olduğu düşünülmüştür. Etanolün sirkülatuar glukagon seviyelerini artırdığı daha önceden bilinmektedir. Aynı şekilde glukagonun splanknik kan akımını da arttırdığı daha önceden tanımlanmıştır. Ek olarak karaciğerde etanole bağlı oksijen tüketiminin artmasını açıklayacak şekilde glukagon kalorijenik bir hormondur (41). Aynı şekilde etanol varlığında glukoz infüzyonu sirkülatuar glukagon seviyelerini düşürürken, etanolün portal kan akımı üzerindeki etkilerini değiştirmediği izlenmiştir. Bununla birlikte pankreastan glukagon salınımını azaltacak düzeyde somatostatin uygulanımının etanolün portal kan akımı üzerindeki etkisini değiştirmediği bildirilmektedir. Sonuç olarak karaciğer kan akımına etanol etkisinin glukagonla korele olduğu düşünülmemektedir (40, 41).

Adenozinin güçlü bir vazodilatör madde olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. Etanol metabolitlerinden asetatın vazodilatör etkisi adenozin üzerinden olmaktadır. Asetat, ATP'den adenozin monofosfat (5' - AMP) oluşumu ile asetil CoA'ya metabolize olur. Hayvan deneylerinde etanol uygulanımını takiben hepatik AMP düzeylerinde belirgin artış tanımlanmıştır (42). Adenozinin diğer periferal dokulara oranla splanknik vasküler sistemde daha fazla olmasının nedeni asetat metabolizmasıdır. Bu durum splanknik bölgede belirgin artmış kan akımı bulgusunu açıklamaktadır (41).

Adenozinle ilgili bir diğer mekanizma da karaciğerin periasiner bölgesinde alkolün rölatif hipoksi oluşturmasına cevap olarak adenozin yapımının artmasıdır (43).

Etanolün adenozin üzerinden portal kan akımını artırmasının daha spesifik kanıtı 8-fenilteofilin kullanımıyla ortaya çıkmaktadır. Adenozin reseptörlerinin spesifik inhibitörü olan 8-fenilteofilin infüzyonunu takiben portal kan akımında bazal kan akımı değerleri etkilenmeden, etanole bağlı etkilerin bloke olduğu gözlenmiştir (44).

Normal sağlıklı popülasyonla, kronik alkol bağımlılarının alkol kesilmesini takiben karşılaştırıldığı bir çalışmada; hepatik arterin ve superior mezenterik arterin RI ve PI ölçümleri açısından alkol bağımlıları ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak portal ven çapı ve alanı alkol bağımlılarında daha büyük bulunmuştur. Ayrıca portal ven hızı, hepatik arter ve superior mezenterik arter pik-sistolik ve end-diyastolik hızları, alkol bağımlılarında kontrol

grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yani karaciğer kan akımı artmıştır. Bu bulgular daha önceki çalışmalarla uyumludur (45, 46).

SONUÇ

Alkol bağımlılığının değişik derecelerde karaciğer hasarına neden olduğu bilinmektedir. Bu hasarın saptanmasında biyokimyasal, hematolojik ve radyolojik olarak bazı parametrelerden rutin kullanımda yararlanılmaktadır. Hemodinamik değişikliklerin saptanması ise ancak invazif yöntemlerle mümkün olabilmektedir. Portal Doppler ultrasonografi, karaciğer hasarının ve hemodinamik değişikliklerin saptanmasında non-invaziv, güvenilir ve hasta tarafından kolay tolere edilebilir bir yöntem olarak kullanılabilir. Hatta ' alkolik siroz', 'portal hipertansiyon' ya da 'alkolik hepatit' gibi alkol bağımlılığı olan hastalarda gelişmesi muhtemel patolojiler gelişmeden önce de, fizik muayene ya da laboratuar testleri ile saptanabilen belirgin karaciğer hasarı bulguları da olmaksızın, portal Doppler nonspesifik, ancak hekimi uyarıcı öncü bulgular elde edilmesini sağlayabilmektedir. Ancak tanısal doğruluğun saptanması açısından ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1- Gökden O, Saygılı R. Alkol kullanım bozukluklarında tıbbi komplikasyonlar. Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi. Çelikkol A (ed). İzmir, Ege Sürekli Yayınları, Yaz 1996.

2- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service: Medical consequences. Seventh Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. 107 – 161, 1990.

3- Zakim D, Boyer TD, Montgomery C. Alcoholic liver disease. Zakim D, Boyer TD (eds): Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 2. Baskı. Philadelphia, WB Saunders Co. 821 869, 1990.

4- Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse. A clinical Guide to Diagnosis and Treatment. 4th edition. Plenum Publishing Co, New York,1993.

5- Israel Y, Khanna JM, Orrego H ve ark. Studies on metabolic tolerence to alcohol, hepatomegaly and alcoholic liver disease. Drug Alcohol Depend 1979; 4:109 – 113.

6- Viddins EI, Britton RS, Medline A ve ark. Sinusoidal caliber in alcoholic and non alcoholic liver disease. Diagnostic and pathogenic implications. Hepatology 1985; 5:408 412.

7- Orrego H, Blendis LM, Crossley IR ve ark. Correlation of intrahepatic pressure with collagen in the Disse space and hepatomegaly in humans and in the rat. Gastroeneterology 1981; 80:546 - 549.

8- Mastai R, Huet PM, Brault A ve ark. The rat liver microcirculation in alcohol – induced hepatomegaly. Hepatology 1989; 10: 941-943.

9- Israel Y, Orrego H, Colman J ve ark. Alcohol – induced hepatomegaly: pathogenesis and role in the production of portal hypertension. Fat Proc 1982; 41:2472 - 2477.

10- Fraser R, Bowler LM, Day WA . Damage of rat liver sinusoidal endothelium by ethanol. Pathology 1980; 12: 37 – 41.

11- Sumino Y, Kravetz D, Janel GC ve ark. Ultrasonographic diagnosis of acute alcoholic hepatitis "psudoparallel channel sign" of ıntrahepatic artery dilatation. Gastroenterology 1993; 105:1477 – 1482.

12- Iwao T, Toyanaga A, Oho K ve ark. Value of Doppler ultrasound parameters of portal vein and hepatik artery in the diagnosis of cirrhosis and portal hypertension. The American college of Gastroenterology 1997;92: 1012-1017.

13- S Barbara L J. The value of Doppler US in the study of hepatic hemodynamics. J Hepatol 1990; 10:353 - 358.

14- Lautt WW. Mechanism and role of intrinsic regulation of hepatic arterial blood flow.: hepatic arterial buffer responce. Am J Physiol 1985; 249:G549 – G552.

15- Silva G, Fluxa F, Breski G ve ark. Splancnic and systemic hemodynamics in early abstinence and after ethanol administration in non-cirrhotic alcoholic patients. J Hepatol 1994; 20:494 - 498.

16- Lomas DJ, Britton PD, Summerton CB ve ark. Duplex Doppler measurements of the portal vein in portal hypertension. Clin Radiol 1993; 48:311 - 316.

17- Sabba C, Ferraioli G, Genecin P ve ark. Evaluation of postprandial hiperemia in superion mesenteric artery and portal vein in healthy and cirhotic humans: an operator – blind echo Doppler study. Hepatology 1991; 13:714 - 717.

18- Sacerdoti D, Merkel C, Bolognеisi M ve ark. Hepatic arterial resistance in cirrhosis with and without portal vein thrombosis: relationships with portal hemodynamics. Gastroenterology 1995; 108:1152 – 1156.

19- Merkel C, Bolognessi M, Bellon S ve ark. Prognostic usefulness of hepatic vein cataterisation in patients with cirrhosisi and esophagial varices. Gastroenterology 1992; 102:973 – 977.

20- Vorobioff J, Groszmann RJ, Picabea E ve ark. Prognostic value of hepatic venous pressure gradient measurements in alcoholic cirrhosis: a ten year prospective study. Gastroenterology 1996; 111:701 - 704.

21- Taourel P, Blanc P, Dauzat M ve ark. Doppler study of mesenteric, hepatic and portal circulation in alcoholic cirrhosis: relationship between quantitative doppler measurements and the severity of portal hypertension and hepatic failure. Hepatology 1998; 28: 932 – 936.

22- Bolondi L, Gaiani S, Barbara L. Liver and potral Hypertension. Clinical Applications of Doppler Ultrasound. Kenneth JW Taylor, Peter N Burns, Peter N T Wells (Eds), Second Edition. Lippincot – Raven, Philadelphia, New York, Chapter 7, 133 – 154, 1995.

23- Miller VE, Berland LL. Pulsed Doppler duplex sonography and CT of portal vein thrombosis. AJR 1985; 145:73 – 76.

24- Lautt WW, Greeway CV. Conceptual rewiev of the hepatic vascular bed. Hepatology 1987; 7:952 – 955.

25- Kawasaki T, Carmichael FJ, Saldivia V ve ark. Relationship between portal venous and hepatic arterial blood flows: spectrum of responce. Am J Physiol 1990; 259:1010 – 1013.

26- Lafortune M, Dauzat M, Pomier – Layrargues G ve ark. Hepatic artery: effect of a meal in healthy persons and transplant recipients. Radiology 1993; 187:391 - 395.

27- Iwao T, Toyonaga A, Shigemori H ve ark. Hepatic arterial hemodynamic responsiveness to altered portal blood flow in healthy and cirrhotic livers. Radiology 1996; 200:793 - 797.

28- Gaiani S, Bolondi L, Li Bassi S ve ark. Prevalence of spontaneous hepatofugal flow in liver cirrhosis. Clinical and endoscopic correlation in 228 patients. Gastroenterology 1991; 100:160 – 165.

29- Nakayama T, Hiyama Y, Omnishi K ve ark. Arterioportal shunts on dynamic computed tomography. AJR 1983; 140:953 - 955.

30- Mostbeck GH, Wittich GR, Herold C ve ark. Hemodynamic significance of the paraumbilical vein in portal hypertension: assessment with duplex US. Radiology 1989; 170:339 – 341.

31- Gaiani S, Bolondi L, Li Bassi S ve ark. Prevalence of spontaneous hepatofugal flow in liver cirrhosis. Clinical and endoscopic correlation in 228 patients. Gastroenterology 191; 100:160 – 164.

32- Joynt LK, Platt JF, Rubin JM ve ark. Hepatic artery resistance before and after standart meal in subjects with diseased and helathy livers. Radiology 1995; 196:489 – 493.

33- Zironi G, Gaiani S, Fenyves D ve ark. Value of measurement of mean portal flow velocity by Doppler flowmetry in the diagnosis of portal hypertension. J Hepatol 1992; 16:298 – 301.

34- Platt JF, Rubin JM, Ellis JH. Hepatic artery changes in portal vein thrombosis. Radiology 1995; 196:95 - 100.

35- Bolognesi M, Saccerdoti D, Merkel C ve ark. Splenic Doppler impedance indices: influence of diffrenet portal hemodynamic conditions. Hepatology 1996; 23:1035 – 1039.

36- Itturriaga H, Ugarte G, Israel Y. Hepatic vein oxygenation, liver blood flow and the rate of ethanol methabolism in recently abstinent alcoholic patients. Eur J Clin Invest 1980; 10: 211 – 215.

37- Luca A, Garcia – Pagan JG, Bosch J ve ark. Effects of ethanol consumption on hepatic hemodynamics in patients with alcoholic cirrhosis. Gastroenterology 1997;112:1284 - 1288.

38- Israel Y, Orrego H,. Hypermethabolic state, hepatocyte expansion and liver blood flow: an interaction trail in alcoholic liver injury. Ann N Y Acad SCI 1987; 492:303 - 307.

39- Colli A, Cocciolo M, Mumoli N ve ark. Hepatic artery resistance in alcoholic liver disease. Hepatology 1988; 28:1182 - 1185.

40- Bredtfeldt JE, Rıley EM, GroszmannRJ. Compansatory mechanisms in response to an elevated hepatic oxygen consumption in chronically ethanol fat rats. AM J Physiol 1985; 245:507-511.

41- Orrego H. Carmichael FJ, Israel Y. New insights on the mechanism of the alcohol – induced increase in portal blood flow. Can J Physiol Pharmacol 1988; 66:1 – 9.

42- Lindros KO, Kıvıkataja RL, Soukas A. Elevation by ethan ol and its metabolytes of liver adenosine monophosphate. Alcohol 1986; 3:63 – 67.

43- Arnold ST, Cysyk RL. Adenosine export from the liver: oxygen dependency. Am J Physiol 1986; 251:34 – 39.

44- Lautt WW, Legare DJ. The use of 8 – phenylteophyline as a competative antagonist of adenosine and an inhibitor of the intrinsic regulatory mechanism of the hepatic artery. Can J Physiol Pharmacol 1985; 63: 717 – 722.

45- Coşar S, Oktar SO, Cosar B, et al. Doppler and gray-scale ultrasound evaluation of morphological and hemoydnamic changes in liver vasculature in alcoholic patients. European J Radiol (in press).

46- Coşar S, Cosar B, Özdemir H, Arıkan Z. Alkol bağımlılarında biyokimyasal parametreler ve Doppler ultrasonografi; karaciğer hasarının saptanmasında yeterlilikleri. Türkiyede Psikiyatri 2005; 7: 15 – 24.