

DELİRYUM TREMENS GENÇ HASTALARDA GÖRÜLÜR MÜ: BEŞ OLGUYU İÇEREN BİR DEĞERLENDİRME

Can Delirium Tremens Be Seen in Young Patients: An Assesment Including Five Cases

Gültürk Köroğlu¹, Hasan Mırsal², Ö. Ayhan Kalyoncu², Özkan Pektaş², Mansur Beyazyürek³

ÖZET

Alkol yoksunluğu deliriyumu (Delirium Tremens) hastaneye yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında %5 oranında görülen ve yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Kullanılan alkol miktarının azaltılması ya da kesilmesinin ardından birkaç saat içinde, çoğunlukla ilk 2-4 günde ortaya çıkar. Klinik tablo bilinç bulanıklığı, psikomotor aktivite artışı, otonomik aşırı uyarılmaya bağlı belirtiler (kan basıncında artış, terleme, çarpıntı vb.), değişik varsanılar, perseküsyon sanrıları, tremor ve epileptik nöbetlerle seyredebilir.

Alkol yoksunluğu deliriyumunun çoğunlukla 40-50 yaş aralığında, yoğun alkol tüketen hastalarda görüldüğü bildirilmektedir. Psikiyatrik yayınlarda çok sayıda ileri yaşlarda görülen delirium tremens olgu örnekleri yer almasına karşın, görece genç yaşlarda görülen delirium tremens hakkında çok az sayıda çalışma vardır. Amacımız, genç yaşlardaki delirium tremens olgularının özelliklerini ortaya koyarak bu alanda bilgi birikimini artırmaktır.

Bu olgu serisi Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Klinikleri Alkol Tedavi Birimi'nde 1999-2006 yılları arasında alkol bağımlılığı ve alkol yoksunluğu deliriyumu tanıları ile yatırılarak tedavi edilen 27-29 yaşları arasındaki 5 erkek hastadan oluşmaktadır. Hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranmış ve sosyodemografik özellikleri, alkol kullanma alışkanlıkları, laboratuvar değerleri, fiziksel hastalıkları, psikometrik testleri ve alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları incelenmiştir.

Sonuç olarak genç yaşlarda görülen delirium tremens olgularında alkole başladıktan kısa süre sonra yoğun miktarda alkol kullanımının olduğu (hızlı tolerans artışı) ve depresyon ek tanısının bağımlılığa eşlik ettiği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Delirium tremens, genç hastalar, sosyodemografik özellikler, ek tanı.

ABSTRACT

Alcohol withdrawal delirium (Delirium Tremens) is a complication, which could be seen %5 of patients hospitalized for alcohol dependence. It is a life threatening condition.. It could appear in several hours after reduction or dropping of alcohol. It mostly appears in the first 2-4 days of the treatment. The clinical symptoms are confusion, increase of psychomotor activation, autonomic signs (increase of blood pressure, sweating, palpitation, ect.), hallucinations, especially persecutory delusions, tremor and seizure.

Alcohol withdrawal delirium has been observed in patients with high consumption at 40-50 ages. In psychiatric publications, several delirium tremens cases with elderly patients can be seen, however there are fewer studies with younger patients. The aim of this study is implying the contents of delirium tremens cases in younger ages.

These cases consist of 5 male patients between 27-29 years old, who are inpatient between 1996-2006 on Foundation of Balıklı Rum Hospital, Anatolia Clinics Alcohol Treatment Center, with alcohol dependancy and alcohol withdrawal delirium diagnosis. The files of the patients are scanned retrospectively and sociodemographical data, alcohol use habits, laboratory rates, physical diseases, psychometric tests and comorbid psychiatric diseases are observed.

As a result, after alcohol intake immediate high consumption of alcohol and depression has been observed in younger people with delirium tremens diagnosis.

Key words: Delirium tremens, young patients, sociodemographical feature, comorbidity.

¹ Uzm. Dr. Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, Anatolia Klinikleri

² Doç. Dr. Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, Anatolia Klinikleri

³ Prof. Dr. Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, Anatolia Klinikleri

GİRİŞ

Alkol yoksunluğu deliryumu (Delirium Tremens) hastaneye yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında %5 oranında görülen ve ölümle sonuçlanabilen acil bir psikiyatrik durumdur. Kullanılan alkol miktarının azaltılması ya da kesilmesinin ardından birkaç saat içinde, çoğunlukla ilk iki ya da dört günde ortaya çıkar. Klinik tablo bilinç bulanıklığı, psikomotor aktivite artışı, otonomik aşırı uyarılmaya bağlı belirtiler (kan basıncında artış, terleme, çarpıntı vb.) değişik varsanılar, perseküsyon sanrıları, tremor ve epileptik nöbetlerle seyredebilir. Delirium tremense yatkinlik oluşturuca etmenler arasında beslenme yetersizliği, ateş, dehidratasyon, elektrolit bozukluğu, pnömoni, karaciğer yetmezliği, gastrointestinal kanamalar, kırık ve subdural hematom sayılabilir (1,2).

Delirium tremens ilk kez 1700'lerin sonlarında tanımlanmasına karşın bu tabloya alkol çekilmesinin yol açtığı uzun süre anlaşılamamıştır. 1953'te Isbell ve çalışma arkadaşları 7-87 günlük periyotlarda günde yaklaşık 15-30 standart miktarda alkol tüketen 10 sağlıklı gönüllüde ani olarak içmeyi bırakma sonrasında gelişen delirium tremensi tanımlamışlardır. Çalışmacılar daha az miktarda içen dört kişide alkol yoksunluğu sırasında titreme, bulantı, terleme ve insomnia saptamışlardır. 48 saat veya üzerinde sürelerle günde 20 standart miktardan fazla içki tüketen altı kişide ise daha fazla sayıda ve daha şiddetli çekilme belirtileri görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu belirtiler tremor, halsizlik, kusma, ateş ve hipertansiyon olarak sıralanmıştır. Bu kişilerin dördünde varsanılar, ikisinde nöbet, üçünde ise belirgin delirium tablosu gelişmiştir. Bu sonuçlar alkol tüketim miktarı ve süresi ile çekilme belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkinin kanıtları olarak sunulmuştur (3).

Alkol yoksunluğu deliryumunun sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte alkol çekilmesi nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık %5'inde görüldüğü bildirilmiştir. Tedavi edilmeyen delirium tremens olgularında ölüm oranı %20 gibi oldukça yüksek oranlarda görülürken son yıllarda gelişen farmakolojik tedavilere bağlı olarak bu oran azalmıştır (4). Günümüzde ölüm oranı %2-5 arasında tahmin edilmekle birlikte bir çalışmada yaşı 55 ve üzerinde olan alkol bağımlılarında delirium tremense bağlı ölüm oranının %27'ye çıktığı bildirilmiştir (3, 5). İleri yaşta olmanın delirium tremens gelişmesi için risk oluşturuğu farklı çalışmalarda da yer almaktadır (6, 7).

Bu araştırmada kliniğimizde alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi edilmekteyken delirium tremens tablosu gelişen görece genç yaşta hastaların sosyodemografik özellikleri alkol kullanma alışkanlıkları, laboratuvar bulguları tartışılmıştır. Delirium tremens genellikle yatkinlaştırıcı etmenlerin bulunduğu ileri yaşta hastalarda görülmesine karşın, bu olgu serisi genç yaşta ve karaciğer enzim yüksekliği ya da yetmezliği dışında tıbbi durumu stabil olan hastalardan oluşmaktadır. Amacımız, görece genç yaşlarda görülen delirium tremens olgularının özelliklerini ortaya koymaktır.

Çalışmamızda Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Klinikleri Alkol Tedavi Birimi'ne 1999-2006 yılları arasında alkol bağımlılığı ve alkol yoksunluğu deliryumu tanılarını ile yatırılarak tedavi edilen 5 erkek hastanın dos-

yaları geriye dönük olarak taranmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar değerleri, fiziksel hastalıkları, psikometrik testleri ve alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları incelenmiştir.

Hastalara kliniğe yattıkları gün alkol kesiminden sonraki ilk saat içinde uygulanan Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği-CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) alkol çekilme belirtilerinin şiddetini ölçer. Ölçek Sullivan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir, alkol çekilme sendromunun şiddetini, fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacıyla kullanılmaktadır (8). Ölçek Kalyoncu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı yüksek bulunmuştur (9).

Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) alkol kullanımı bozukluklarının taranması ve hastaların yaşam boyu alkolle ilişkili tıbbi, sosyal ve adli sorunlarının değerlendirilmesi için kullanılan bir tarama testidir. MATT kesme noktası 5-9 arasında alındığında alkol bağımlılığı olanlarla olmayanları en iyi şekilde ayıran, içme sorununu, yardım arama davranışını ve alkolle ilişkili kayıpları sorgulayan 25 soru içerir. Selzer tarafından geliştirilen testin Türkçe geçerlilik çalışması Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (10, 11).

Hastalara psikiyatrik ek tanılar saptamak amacıyla çalışmacı tarafından DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanmış ve tüm hastalarda depresyon ek tanısının alkol bağımlılığına eşlik ettiği görülmüştür. Depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılmıştır. First ve arkadaşları tarafından geliştirilen SCID-I'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12, 13). HDDÖ Hamilton tarafından 1960'da geliştirilmiş ve Türkçe'ye Akdemir ve arkadaşları tarafından kazandırılmıştır (14, 15).

OLGULAR

Olgu 1: 27 yaşında, ortaokulu bitirmiş, aile işinde çalışan erkek hasta eşinden ayrı yaşıyordu ve çocuğu yoktu. Alkol kullanmaya 15 yaşında başlamıştı ve son 7 yılda her gün alkol alıyordu. Son 4 ayda sabahtan alkol almaya başlamıştı ve günde 1 büyük şişeden fazla rakı içiyordu. İlk 1 yıl önce, ikincisi 6 ay önce olmak üzere iki kez hastanede yatarak tedavi girişimi bulunan hastanın en uzun içmeme süresi 2 aydı. Sigara dışında başka madde kullanımı olmayan hasta günde 2 paket sigara tüketiyordu. Hastanın iki erkek kardeşi de alkol kullanıyordu.

Delirium tremens tablosu açıldıktan 1 hafta sonra yapılan psikiyatrik değerlendirmede Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 31 puan bulundu. Hastaya detoksifikasyon tedavisi başlandıktan 3 gün sonra delirium tremens tablosu ortaya çıktı, tedavi sonrası hastanın klinik belirtileri 7.günde geriledi.

Hastaneye yatırıldığında AST 117 U/L, ALT 40 U/L, GGT 2143 IU/L, MCV 96.7 K/uL, CIWA-Ar ölçek puanı 18, MATT puanı 24 bulundu.

Olgu 2: 26 yaşında, yüksek okul mezunu, işsiz ve bekar olan erkek hasta ailesiyle yaşıyordu. Alkol kullanmaya 16 yaşında başlamıştı ve 5 yıldır yoğun olarak kullanmaktaydı. Alkol içmeye öğlen saatlerinde

başlayan hasta günde yaklaşık 1 büyük şişe "rakı" içmekteydi. Daha önce 5 kez alkolü bırakmak amacıyla hastaneye yatarak tedavi girişimi olmuştu. En uzun içmeme süresi 28 gündü. Hastaneye yatırıldığında AST 68 U/L, ALT 35 U/L, GGT 311 U/L, MCV 95 K/uL ölçüldü. CIWAR-Ar ölçek puanı 20, MATT puanı 26 bulundu.

Sigara dışında madde kullanımı olmayan hasta 10 yıldır sigara içiyordu ve günde 2 paketten fazla sigara tüketiyordu. Ailesinde alkol kullanım bozukluğu öyküsü bulunmaktaydı.

Hastaneye alkollü olarak getirilen hastaya detoksifikasyon tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde hastada delirium tremens tablosu oluştu ve 7. gün belirtileri geriledi. Hastaya klinik izlem sırasında depresyon tanısı konularak antidepresan ilaç başlandı. Delirium tremens tablosundan 1 hafta sonra uygulanan HDDÖ 32 puan olarak saptandı.

Olgu 3: 28 yaşında, lise mezunu, TEKEK büfesi işleyen erkek hasta evli ve çocuksuzdu. On üç yaşında alkol kullanmaya başlamıştı, 2 yıldır her gün 1 büyük şişe "rakı" içiyordu. Sabah saatlerinden itibaren alkol almaya başladığını söyleyen hastanın daha önce kendi kendine alkol almayı bırakma girişimleri olmuştu ancak en uzun içmeme süresi 15 gündü. Geldiğinde AST 133 U/L, ALT 65 U/L, GGT 487 IU/L, MCV 102 K/uL ölçülen hastanın CIWAR-Ar ölçek puanı 16, MATT puanı 20 bulundu.

Günde 1 paket sigara dışında madde kullanımı olmayan hastanın amcaları da alkol kullanmaktaydı.

Hastaneye yatışının ikinci gününde delirium tremens tablosu oluşan hastanın belirtileri 7. günde düzelmeye başladı. Hasta delirium tablosundan çıktığında uygulanan HDDÖ puanı 28 bulundu.

Olgu 4: 28 yaşında, orta okulu bitirmiş, işsiz, bekar erkek hasta anne ve babası boşandığından beri babasıyla yaşıyordu. On sekiz yaşında alkol kullanmaya başlamıştı, 5 yıldır yoğun kullanıyordu ve öğlen saatlerinde içmeye başladığını, günde yaklaşık 1 büyük şişe "rakı" içtiğini söylemekteydi. Daha önce hiç tedavi girişimi bulunmayan hasta, yakınları tarafından hastaneye getirildiğinde delirium tablosundaydı. Delirium tremens tedavisi başlanan hasta 5. günde deliryumdan çıktı. Bir hafta sonra yapılan değerlendirmede HDDÖ puanı 26 bulundu.

Sigara dışında madde kullanmayan hastanın ailesinde alkol kullanım öyküsü yoktu.

Geldiğinde AST 102 U/L, ALT 59 U/L, GGT 2718 U/L, MCV 91 K/uL ölçüldü. CIWAR-Ar ölçek puanı 13, MATT puanı 18 bulundu.

Olgu 5: 29 yaşında erkek hasta, liseyi bitirmiş, ablasıyla birlikte sigorta işinde çalışıyordu. Bekar olan hasta 10 yıldır yalnız yaşıyordu. Dört yıldır alkol kullanıyordu ve 2 yıldır her gün içmekteydi. Son 2 ayda sabahdan içmeye başlamıştı. Günde 1 büyük şişe "rakı" veya 1 şişe "votka" içtiğini söyleyen hastanın daha önce tedavi girişimi bulunmuyordu. Hastaneye yatışının ikinci gününde delirium tremens tablosu oluşan hastanın klinik belirtileri 8. günde düzeldi.

Hastaneye yattığında AST 241 U/L, ALT 53 U/L, GGT 4685 U/L, MCV 99 K/uL bulundu. CIWAR-Ar ölçek puanı 14, MATT puanı 24 idi.

Sigara dışında madde kullanmayan hastanın ailesinde alkol bağımlılığı öyküsü yoktu. HDDÖ'nden 27 puan aldı.

TARTIŞMA

Olgu serisinde yer alan hastaların yaş ortalaması 27.60 ± 1.14 bulunmuştur. Alkole başlama yaşları ortalama 17.40 ± 4.62 'dir. Alkol yoksunluğu deliriumunun genç hastalardan çok yaşlı alkol bağımlılarında görüldüğünü ortaya koyan çok sayıda araştırma vardır. Alkol yoksunluğu deliriumu görülen hastaların çoğunlukla 40-50 yaşlarında olduğunun bildirilmesine karşın 9 yaşındaki bir Kızılderili çocukta alkol yoksunluğu deliriumu görüldüğünü bildiren bir olgu sunumu bulunmaktadır (16). Alkol yoksunluğu deliriumunda ölümcül belirtilerin ise daha çok 45 yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir (2, 5, 17)

Hastalarımızın ortalama alkol kullanma süresi 10.4 ± 4.03 yıl olmak üzere en uzun süre 15 en kısa süre ise 4 yıldır. Hastalar yoğun olarak alkol kullandıkları süreyi ise ortalama 5.0 ± 1.87 , en kısa 2, en uzun 7 yıl olarak söylemişlerdir. Hastaların tedaviye başlamadan önce günde ortalama 1 büyük rakı=16 standart içki (1 standart içki= 33 cl bira, 1 bardak şarap, 1 kadeh rakı, 1 kadeh votka) içtikleri yakınlarından öğrenilmiştir. Bu veriler alkol yoksunluk deliriumunun gelişmesi için 5-15 yıl, çoğunlukla da 10 yıl gibi uzun süre yoğun miktarda alkol kullanımının gerekli olduğu ve beş yıldan daha kısa süre alkol kullananlarda nadiren ortaya çıktığı literatür bilgisiyle çalışmaktadır.

Buna neden olarak,

-Çalışmada yer alan tüm hastalarda kalıtsal yüküllüğün bulunması,

-Alkole başlama yaşının çok erken olması,

-Tüketilen günlük alkol miktarının fazla ve tercih edilen içkinin "sert içki" diye tanımlanan rakı olması gösterilebilir.

Günlük alkol tüketim miktarının yüksek olmasının delirium şiddetini artırdığı daha önceki çalışmalarla da gösterilmiştir (18, 19). Uzun süreli yoğun alkol tüketiminin bir tutuşma düzeneğinin gelişmesine neden olduğu ve böylece bağımlılığın ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (20, 21). Bizim hastalarımız için yoğun olarak alkol içilen sürenin ortalama 5.0 ± 1.87 yıl gibi görece kısa olmasına karşın 3/5'inin sabah, 2/5'inin öğlen içmeye başladıkları öğrenilmiştir. Hastalardan 1'i 6 aydan daha kısa, 2'si 1 aydan daha kısa alkol içmedikleri bir dönemin bulunduğunu bildirirken 2'sinin alkol içmedikleri bir dönem yoktur.

Çalışmamızda yer alan beş hastadan üçünün birinci derece yakınlarında alkol bağımlılığı öyküsü bulunmaktadır. Alkol bağımlılığında kalıtsal etkenlerin bağımlılığa yatkınlık oluşturduğu bu konuda elde edilen bilimsel veriler ışığında kabul edilmektedir. Alkol bağımlılarının birinci dereceden akrabalarında alkol gelişme riskinin normal toplumdan 3-4 kat fazla olduğu ortaya konmuştur (22). Bu konuda ülkemizde yürütülen araştırmalarda alkol kullananların ailelerinde %62.5-95.8 oranları arasında en az bir kişinin alkol kullandığı saptanmıştır (23, 24, 25).

Kalıtsal etkenlerin santral sinir sisteminin alkole duyarlılığını etkileyebileceği ya da etanolün

emilme hızı ve metabolize olma hızı üzerinde etkili olabileceği ileri sürülmektedir (26, 27, 28).

Olgu serisinde yer alan hastaların tümünün karaciğer enzimleri normalden yüksek değerlerde saptanmıştır. Karaciğer enzim değerleri AST için ortalama 118.60 ± 71.93 , ALT için 64.0 ± 39.76 , GGT için 2068.80 ± 1793.28 , MCV için 96.74 ± 4.14 ölçülmüştür. Alkol bağımlılığında aşırı alkol kullanımını gösteren biyokimyasal belirleyiciler arasından sıklıkla kullanılan testler gama glutamil transferaz (GGT), alanin amino transferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), ortalama eritrosit hacmi (MCV) sayılabilir (29, 30, 31, 32). Tüketilen alkol miktarı ile laboratuvar belirteçleri arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (33, 34). Alkol tüketimini yorumlamak için en yaygın kullanılan biyolojik belirleyici GGT'dir. GGT değerleri erkeklerde, gün içinde erken içmeye başlayanlarda ve şiddetli yoksunluk yaşayanlarda belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (35, 36). Bizim hastalarımızın özellikleri de bu verilerle uyumludur. Deliryum tremens gelişiminde karaciğer yetmezliği ya da enzim yüksekliği yatkinlaştırıcı etmenler arasında ilk sıralarda yer almakta ve deliryum tremense sıklıkla fiziksel bir hastalık eşlik etmektedir (37).

Çalışmamızda alkol çekilme belirtilerinin şiddetini ölçen CIWA-Ar ortalama puanı 16.20 ± 2.86 bulunmuştur. İnce ve arkadaşlarının bir çalışmasında, erken yaşta başlayan alkol bağımlılığında CIWA-Ar değeri geç başlangıçlı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve bu durum erken başlangıçlılarda alkol çekilme belirtilerinin daha şiddetli olması ya da alkol kullanılan toplam sürenin uzun olmasıyla ilişkilendirilmiştir (38).

Hastaların Michigan Alkol Tarama Testi (MATT) ortalama puanı 22.40 ± 3.29 bulunmuştur. Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımını saptamada yüksek duyarlılık (%87.7) ve orta derecede özgüllük (%68.1) gösterdiği bildirilmiştir (29, 39). MATT şiddeti ile alkol kullanımına bağlı hastalıkların yaygınlığı ve alkol yoksunluğu deliriyumu arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (40, 41). Hatta MATT'nin alkol bağımlılığında GGT serum düzeyinden daha duyarlı bir test olduğunu bildiren bir çalışma psikiyatrik yazında yer almaktadır (42).

Dikkat çeken bir veri olarak hastalarımızın hiç birinde sigara dışında başka madde kullanım öyküsü yoktur. Araştırmada yer alan hastaların alkol bağımlılığının şiddetli olması nedeniyle diğer maddeleri kullanmaya gereksinim duymadıkları savı öne sürülebilir.

Sonuç olarak genç yaşlarda görülen deliryum tremens olgularında alkole başladığından kısa süre sonra yoğun miktarda alkol kullanımının olduğu (hızlı tolerans artışı) ve depresyon ek tanısının bağımlılığa eşlik ettiği görülmüştür. Alkol bağımlılarında diğer psikiyatrik hastalıkların %20-50 oranlarında sık görüldüğü, en sık olarak duygudurum bozukluklarına rastlandığı bildirilmektedir (43, 44, 45, 46). Bağımlıların depresyon, anksiyete ve sosyal fobi gibi hastalıklarla başa çıkmak için alkole başvurdukları (self medikasyon), ancak alkol kullanımıyla birlikte belirtilerin daha da şiddetlendiği ve kullanılan alkol miktarının gittikçe arttığı bilinmektedir (47). Özellikle erken başlangıçlı alkol bağımlılığında psikiyatrik ek tanılarının daha yüksek oranda görüldüğünü bildiren yayınlar bulunmaktadır (48, 49, 50). İnce

ve arkadaşları da bizim bulgularımızla koşut olarak bu grup içerisinde en sık olarak majör depresyonun görüldüğünü saptamışlardır (38). Hastalarımızın alkole başlamadan önce depresyonlarının olup olmadığını saptama şansımız olmamasına karşın bize göre, genç hastaların erken yaşta alkole başlamasının ve kısa sürede deliryum tremens gelişmesinin nedeni, altta yatan duygudurum ya da anksiyete bozuklukları olabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Bayraktar E, Bağdiken İ. Alkol kullanımının yol açtığı mental bozukluklar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1996;1:157-184.
- 2- Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. The role of somatic disorders and physical injury in development and course of alcohol withdrawal delirium. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1999; 23:209-213.
- 3- Hersh D, Kranzler HR, Meyer RE. Persistent delirium following cessation of heavy alcohol consumption: Diagnostic and treatment implications. Am J Psychiatry, 1997; 154: 846-851.
- 4- Trzepacz P. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Delirium, Mc Intyre JS, Charles SC (Editors). Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, 1. Edition, Arlington, Virginia: American Psychiatric Press, 2006; 65-101.
- 5- Feuerlein W, Reiser E. Parameters affecting the course and results of delirium tremens treatment. Acta Psychiatr Scand 1986; 329:120-123.
- 6- Essardas D, Santolaria FJ, Gonzalez RE. Alcohol withdrawal syndrome and seizures. Alcohol Alcohol, 1994; 29:323-328.
- 7- Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Archives of Internal Medicine 2004;164:1405-1412.
- 8- Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC. Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: Clinical implications of using a standardized withdrawal scale. J Clin Psychopharmacol 1991; 11:291-295.
- 9- Kalyoncu ÖA, Mırsal H, Pektaş Ö ve ark. The efficacy of venlafaxine on depressive symptoms of patients diagnosed with both alcohol use disorder and major depressive disorder. Bağımlılık Dergisi 2007; 8: 59-65.
- 10- Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 1971; 127:1653-1658.
- 11- Coşkunol H, Bağdiken İ, Soriaş S ve ark. Michigan alkolizm tarama testinin geçerliliği. Ege Tıp Dergisi, 1995; 1-2:15-18.
- 12- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
- 13- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-236.
- 14- Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr, 1960; 23:56-62.

- 15- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HADD)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
- 16- Sherwin D, Mead B. Delirium tremens in a nine-year old child. *Am J Psychiatry*, 1975; 132:1210-1212.
- 17- Taylor JR, Combs-Orme T, Taylor DA. Alcohol and mortality . Diagnostic considerations. *J Stud Alcohol*. 1983; 44:17-25.
- 18- Brower KJ, Mudd S, Blow FC, et al. Severity and Treatment of Alcohol Withdrawal in Elderly Versus Younger Patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994; 18:196-201.
- 19- Schuckit MA, Tipp JE, Reich T, Et al. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. *Addiction*, 1995; 90:1335-1347.
- 20- Booth BM, Blow FC. The kindling hypothesis: further evidence from a U.S. national study of alcoholic men. *Alcohol Alcohol*. 1993; 28:593-598.
- 21- Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. Assesment of the role kindling in the pathogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999; 23:204-208.
- 22- Merikangas KR. The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychol Medicine*, 1990; 20: 11-22.
- 23- Turan M, Çilli AS, Aşkın R ve ark. Alkol kullanım bozukluklarının yaygınlığı Pilot Çalışma. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 1997; Antalya.
- 24- Turan M, Çilli AS, Aşkın R ve ark. Cage testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 1999; 2:217-221.
- 25- Özel MA, Güleç C. Kronik alkolizm epidemiyolojisi üzerine bir çalışma. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1987; İstanbul.
- 26- Schuckit MA, Biological markers in alcoholism. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 1986; 10:191-199.
- 27- Coşkunol H, Altıntoprak E, Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1999; 2: 222-229.
- 28- Spanagel R, Rosenwasser AM, Schumann G, et al. Alcohol consumption and body's biological clock. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29:1550-1557.
- 29- Gül S, Akvardar Y, Taş G, Tuncel P. Alkol kullanım bozukluklarında tarama testleri ve laboratuvar belirteçlerinin tanısallık etkinliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:3-12.
- 30- Mırsal H, Pektaş Ö, Kalyoncu A, Beyazyürek M. Alkol bağımlılarında karaciğer fonksiyon testleri ile sosyodemografik-klinik özellikler arasındaki ilişkiler. *Bağımlılık Dergisi*, 2002; 3:27-30.
- 31- Reynaud M, Schellenberg F, Loiseux-Meunier MN, et al. Objective Diagnosis of Alcohol Abuse: Compared Values of Carbohydrate-Deficient Transferin (CDT), γ -Glutamyl Transferase (GGT), and Mean Corpuscular Volume (MCV). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000; 24:1414-1419.
- 32- Reynaud M, Schwan R, Loiseux-Meunier MN, et al. Patient admitted to emergency services for drunkenness: Moderate alcohol users of harmful drinkers? *Am J Psychiatry* 2001; 158:96-99.
- 33- Raymond FA, Lieber C, Tabakoff B. Carbohydrate-Deficient Transferin and m-Glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: Results from a multisite study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002; 26:1215-1222.
- 34- Gomez A, Conde A, Aguiar JA, et al. Diagnostic usefulness of carbohydrate-deficient transferrin for detecting alcohol-related problems in hospitalized patients. *Alcohol Alcohol*, 2001; 36: 267-270.
- 35- Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö. Alkol kullanımının biyokimyasal belirleyicileri ve klinik uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 2002; 3:165-172.
- 36- Eşel E Alkol bağımlılığına yatkınlığın biyolojik belirleyicileri. *Türk Psikiyatri Derg*, 2003; 14:60-71.
- 37- Breuer JP, Neumann T, Heinz A, et al. The alcoholic patient in the daily routine. *Wien Klin. Wochenschr*. 2003; 115:618-633.
- 38- İnce A, Doğruer Z, Türkçapar MH. Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 2002; 5:82-91.
- 39- Teitelbaum LMullen B. The validity of the MASTin psychiatric settings: a meta analytic integration. *J Study Alcohol*, 2000; 61: 254-261.
- 40- Lee JH, Jang MK, Lee JA. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J of Gastroenterology and Hepatology*, 2005; 20: 1833-1837.
- 41- Storgaard H, Nielsen SD, Gluud Christian. The validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *Alcohol and Alcoholism*, 1994; 29:493-502.
- 42- Bell H, Steensland H. Serum Activity of Gamma-glutamyltranspeptidase (GGT) in Relation to Estimated Alcohol Consumption and Questionnaires in Alcohol Dependence Syndrome. *Addiction*, 1987; 82 :1021-1026.
- 43- Kaplan HI, Sadock BJ. *Alcohol Related Disorder. Synopsis of Psychiatry*, Kaplan and Sadock (Ed) Baltimore, Maryland, 1998; 391-407.
- 44- Nurnberg HG, Rifkin A, Dobby S. A systematic assesment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorder in alcoholic outpatient. *Comprehensive Psychiatry*, 1993; 34: 447-454.
- 45- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici Ş ve ark. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 1997; 5:29-34.
- 46- Öner H, Tamam L, Levent BA. Alkol bağımlılığı olan hastalarda eksen I ve eksen II eşanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2002; 1:14-22.
- 47- Çakmak D, Evren C. Alkol bağımlılığının oluş nedenleri (Etioloji), Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, 1. Baskı, İstanbul: Özgül Matbaacılık, 2006: 50-52.
- 48- Varma VK, Basu D, Malhatra A, et al. Correlates of early and late onset alcohol dependence. *Addict Behav*, 1994; 19: 609-619.
- 49- Watson CG, Hancock M, Gearhart LP, et al. Comparison of the symptoms associated with early and late onset alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis*, 1997; 185:507-509.
- 50- Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, et al. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 80:105-116.