

ALKOL BAĞIMLILIĞI VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Alcohol Dependence and Mood Disorders

Nurgül Özpoyraz¹, Lut Tamam², Gonca Karakuş³

ÖZET

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları toplumda yaygın görülen, sosyal ve kişisel maliyeti yüksek hastalıklardır. Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda her iki bozukluğun birbirleriyle ilişkili oldukları ve yaşam boyu birlikte görülebildikleri üzerine bilgiler edinilmiştir. Ancak aradaki ilişkinin anlamı henüz ve hala netleşmemiştir. Çünkü aradaki ilişki karmaşıktır. Şimdi ve geçmişin değerlendirilmesinde sorunlar çıkmaktadır. Bu birlikte bulunuş klinik görünümü ve halk sağlığı anlamında önem taşımakta ve ek tanıli durumlarla ilgili bilgiler önemli hale gelmektedir. Tanısal karmaşa tanı ölçütleri ve ölçme tekniklerinin sorunlarından, kesilme ve zehirlenme dönemlerinin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Tedavi yaklaşımı açısından bakıldığında ise tanısal karmaşadan uzaklaşarak, hangisinin birincil ya da ikincil olduğundan çok, nasıl yardım edileceği değerlendirilmelidir. Önemli olan, her iki bozukluğun birlikte bulunduğu durumlarda, hastanın tüm özellikleri ile birlikte ele alınması ve her ikisine yönelik yaklaşımda bulunulmasıdır. Eşleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı ile her iki durumu da bir dengeye ulaştırmak amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, alkol kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, tedavi, komorbidite.

ABSTRACT

Alcohol dependence and mood disorders are two highly prevalent mental disorders with a great cost to people and community. The epidemiological and clinical studies highlight the association and higher lifetime comorbidity between these two disorders. However, the nature of this complicated relationship has not yet been understood. The most common problem arises in the assessment of current and past history related with these disorders. This comorbidity has a high significance for public health and clinical course of the patients making the diagnosis an important part of the treatment. The diagnostic confusion mostly base on the problems in diagnostic criteria, assessment techniques and complicated withdrawal and intoxication periods. In the treatment approaches, the most important point is to evaluate and treat patient looking through whole picture instead of focusing on which disorder is the primary disorder. The patients with dual diagnosis should be approached and treated for both disorders in the same time period. A synchronized treatment approach should be aimed to achieve and maintain the stability of the patients.

Key words: Alcohol dependence, alcohol use disorders, mood disorders, comorbidity, treatment.

¹ Prof. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

³ Uzm. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı tanı, tedavi ve yönetiminde en önemli sorunlardan biri ektanılardır. Çünkü alkol bağımlılığı başka bir ruhsal bozuklukla birlikte bulunduğu özel ve önemli sorunlara yol açar. Her iki bozukluğu ayrı ayrı tek başlarına ele almak, tek boyutlu kavramlar olarak değerlendirmek sorunun çözümünü zorlaştırır. Bu yaklaşımda, her iki bozukluk birbirlerini beslemesiyle klinik tablo oldukça karmaşık bir hale gelir, değerlendirme, tanı ve tedavi süreci bozulur.

Tarihsel olarak alkol bağımlılığı ve mani arasındaki ilişki Kraepelin zamanından beri bilinmektedir. Kraepelin manik depresif hastaların dörtte birinin alkol bağımlısı olduklarından söz etmiştir. Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalara göre alkol bağımlılığı ile birlikte ruhsal bozukluk görülme riski normal popülasyona göre daha fazladır. Bunlar arasında en sık görüleni duygudurum bozukluklarıdır. Ardından anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu gelmektedir (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999). Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, duygudurum bozukluklarında alkol bağımlılığının görülme sıklığının normal popülasyondan daha fazla olduğu bildirilmektedir (Brown ve ark, 2001; Sallaum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının aynı anda, bir arada bulunması "ikili tanı (dual diagnosis)" kavramı olarak ele alınmaktadır. Ancak bu birliktelik, basit şekilde bir arada bulunma durumu değildir. İki ayrı bozukluğun bir arada bulunması her iki bozukluk için tanı, klinik gidiş, şiddet, süregenlik, işlevsellik kaybı ve tedavi süreci açısından önemlidir. Birbirlerini etkileyerek gidiş ve sonlanımlarında değişkenliğe yol açarlar. Çekilen acıyı, işlev bozukluğunu ve hastalık maliyetini arttırmalar (Sallaum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki çok yönlüdür, değişik yüzleri ve görünüşleri vardır. Alkol bağımlılığı, duygudurum bozuklukları belirtilerini başlatabilir, alevlendirebilir, şiddetlendirebilir, maskeleyebilir ya da taklit edebilir. Belirtilerin tipi, süresi ve ağırlığı; alkol kullanımının şiddeti, süresi ve süregenliği ile ilişkilidir. Duygudurum bozukluğu ise alkol kullanımını arttırabilir, alkol kullanım bozukluk belirtilerini taklit edebilir, alkol bağımlılığı tedavisine uyumu bozabilir. Kişiler ruhsal belirtileri azaltmak ya da bunlarla başa çıkmak için alkol kullanımı arttırabilirler ya da alkol kullanımının kesilmesi de ruhsal belirtiler ortaya çıkarabilir (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999).

Her iki bozukluğun birlikteliğinde gelişen sorunlar her ikisinin ayrı ayrı bulunmalarından çok daha ağır ve süregen tıbbi, sosyal ve ruhsal sorunlara yaşanmasına neden olur. Aradaki bu ilişki bir kısır döngü şeklinde sürüp gider. Tanı ve tedavi sürecinde epizod sıklığı, hastaneye yatış sıklığı, ilkyardım kliniklerine başvuru sıklığı, aile sorunları, şiddet ve suç davranışı, özkıym sıklığı, tedaviye uyum sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, tedavi maliyeti, mortalite oranları gibi değişkenlerde belirgin artış görülür. Böylece bu birlikte bulunuş birbirinin yinelemelerine neden olur ve bu bir kısır döngü şeklinde sürer. Bu nedenle tedavi süreci bu zorluklara göre planlanmalı ve sürdürülmelidir. Tedavi süreci daha zorlu, daha uzun ve daha yavaş yanıt alma biçimindedir (Gratzer ve ark, 2004; Helzer ve Pryzbeck, 1988; Regier ve ark, 1990).

EPİDEMİYOLOJİ

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan çalışması (Epidemiological Catchment Area-ECA), 20.000 kişilik geniş ve sistematik bir çalışmadır (Regier ve ark, 1990). 1990 yılında yapılan bu çalışmanın genel sonuçlarına göre, ruhsal bozukluğu olan kişilerde yaşam boyu madde kullanım bozukluğu bulunması riskinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin; şizofrenik bozuklukta yaşam boyu madde kullanım bozukluğu görülmesi riski normal popülasyondan 4 kat daha fazla, bipolar bozuklukta ise 5 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Diğer yandan alkol kullanım bozukluğu olanlarda, herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı % 36,6, duygudurum bozukluğu yaygınlığı ise % 13,4 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; Bipolar (BP) I bozuklukta alkol ya da madde kullanım bozukluğu % 60,7 gibi oldukça yüksek bir oran olarak belirlenmiştir, BP II bozuklukta bu oran % 48'dir. BP bozuklukla birlikte alkol ve madde kullanım bozukluğunun birarada bulunması, bu çalışmada genel popülasyona göre 6 kat fazladır. Birarada bulunuş alkol kullanım bozuklukları açısından değerlendirildiğinde ise; BP I bozuklukta alkol bağımlılığı % 31,5, alkol kötü kullanımı % 14,7, toplam alkol kullanım bozukluğu % 46,2; Bipolar II bozuklukta (BPII) ise alkol bağımlılığı % 20,8, alkol kötü kullanımı % 18,4, toplam alkol kullanım bozukluğu toplam % 39,2 olarak belirlenmiştir. Unipolar depresyonda ise bu oranlar sırasıyla % 27,2; % 11,6; % 5 olarak saptanmıştır. Buna göre alkol bağımlılığı BP bozuklukta unipolar bozukluğa göre 2 kat daha fazladır. Herhangi bir duygudurum bozukluğunda ise alkol bağımlılığı % 14,9, alkol kötü kullanımı % 6,9 olarak bulunmuştur.

İkinci büyük epidemiyolojik çalışma Amerikan Ulusal Ektanı Taraması'nda (National Comorbidity Survey) herhangi bir duygudurum bozukluğu olanlarda alkol kullanım bozukluğu normal popülasyona göre 2,3 kat, major depresyonu olanlarda 2,7 kat, BP bozukluğu olanlarda ise 9,2 kat daha fazla bulunmuştur. Kadın alkoliklerde en sık görülen ek tanı anksiyete ve duygudurum bozukluğu iken, erkek alkoliklerde antisosyal kişilik sorunları ve davranış bozukluklarıdır (Kessler ve ark, 1997).

ECA çalışmasından sonra BPI ve BPII bozukluk ayrımı yapılarak duygudurum bozukluklarıyla birlikte alkol ve madde bağımlılığının varlığının araştırıldığı çalışma Chengappa ve arkadaşlarının (2000) çalışmasıdır. Bu çalışmada BP I bozukluğu olan hastaların % 28,2'sinde; BP II bozukluğu olan hastaların ise % 27,8'inde alkol bağımlılığı belirlenmiştir. Ancak bu çalışma epidemiyolojik bir alan çalışması değil, gönüllü katılımcılardan oluşmuş bir çalışmadır.

Grant ve arkadaşlarının (2004) Ulusal Alkol ve İlişkili Durumlar Alan Çalışması'nın (NESARC) sonuçlarını değerlendirerek yaptıkları bir çalışma, 43.093 kişiyi kapsayan bilinen en büyük ektanı çalışmasıdır. DSM-IV ölçütleri kullanılarak maddeye bağlı ya da maddeden bağımsız gelişen ektanılar değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçlarına göre; alkol bağımlılarında bir yıllık herhangi bir duygudurum bozukluğu yaygınlığı % 27,5, major depresyon (MD) % 20,4, mani ve hipomani % 12,5 oranında bulunmuştur. Herhangi bir duygudurum bozukluğunda alkol bağımlılığı yaygınlığı ise % 11,38, MD'da % 11, mani ve hipomani ise % 33 olarak bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar dışında psikiyatrik tedavi ortamlarında, alkol ve madde bağımlılarında BP bozukluk yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ise %2 ile %31 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Yine ayaktan izlenen ya da yatan hastaların oluşturdu-

ğu gruplarda, Bipolar hastalar arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu bildiren çalışmalarda % 18-75 arasında oranlar görülmektedir (Salloum ve Thase, 2000)

Ülkemizde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık görülen tanının major depresyon (MD) olduğu bildirilmiştir (Sevinçok ve ark, 2000). Hastane ortamında yapılan bir başka çalışmada ise, yatarak tedavi edilen alkol bağımlılarında en sık olarak MD ektanısının (% 18,3) görüldüğü, BP bozukluğun ise % 3,4 oranında olduğu belirtilmiştir (Türkçapar ve ark, 1997).

ETYOLOJİ

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte görülmelerinin nedenleri arasında bir çok varsayım vardır. Ancak aradaki nedensel ilişki henüz net olarak anlaşılmış değildir. Bunlar arasında, dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımı ya da kullanımda artış; eşlik eden bozukluk şeklinde bulunma; çok faktörlü nedenselliğin bir parçası olarak bir arada bulunma; kalıtsal bir yatkınlık olması; özgül sıkıntılar için kendini tedavi yöntemi olarak alkolle sığınma gibi nedenler olduğu düşünülmüştür (Goodwin ve ark, 2002; Salloum ve Thase 2000; Sonne ve Brady, 2002)

Bireyler alkol ve maddenin özgül farmakolojik etkileri nedeniyle kendi sıkıntılarını gidermek, kendilerini tedavi etmek amacıyla alkol ya da maddeyi kullanırlar. Örneğin, manik dönemdeyken aşırı hareketliliklerini yatıştırmak için ya da depresif dönemdeyken sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk duygularını gidermek için alkol alma eğiliminde olabilirler. Diğer yandan mani döneminde dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımında artış olabilir. Bu kendini tedavi etme çabası alkol kullanımının ağırlaşmasına ve bağımlılığa, ardından gelişen yoksunluk dönemleri ya da zehirlenme dönemleri de duygudurum belirtilerinin artmasına neden olur (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999).

Ortak nedensellik ile ilgili çalışmalar içinde tutuşturma (kindling) ve davranışsal duyarlılaşma (behavioral sensitization) modellerinden söz edilmektedir. Her iki bozukluğun etyolojik açıklamaları içinde bu kavramlar yer almaktadır. Bipolar yatkınlığı olan kişilerde alkol ya da madde kullanımı tutuşturma fenomeninin etkisiyle hastalığı tetikleyerek ortaya çıkmasına neden olabilir (Salloum ve Thase, 2001).

Bir diğer etyolojik açıklama kalıtsal yatkınlık ve geçicidir. (Berrettini ve ark, 1997, Merikangas ve Gelernter, 1990) Bu alanda yapılan çalışmalarda önemli sorun elde edilen bilgilerin öyküye dayanmasıdır. Winokur ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında BP ek tanısı alan alkol bağımlılarıyla, BP bozukluklu hastaların yakınlarında alkolizm görülme olasılığı benzer bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol bağımlılığı ve BP bozukluk arasındaki ailesel ilişki, alkol bağımlılığı ve unipolar bozukluğa göre daha fazla bulunmuştur. Aynı grubun 1995'deki çalışmasında, BP ektanısı alan alkol bağımlıları ile ektanı almayan alkol bağımlılarının yakınlarında alkolizm ya da bipolar bozukluk görülme sıklığı da benzer bulunmuştur (Winokur ve ark, 1995).

Winokur ve arkadaşlarının (1998) bir başka çalışmalarında, mani için ailesel yatkınlığın alkol kullanımıyla ilişkili olduğundan ve BP I ile alkol bağımlılığı arasında ailesel-genetik bir yatkınlık varlığından söz etmiştir. Bu görüşü destekleyen bir başka çalışma da; Preisig ve arkadaşlarının (2001) çalışmasıdır. Bipolar bozuklukla alkol bağımlılığı arasında yüksek oranda bir ailesel ilişki saptanmıştır. Ailede BP bozukluk ve alkol bağımlılığı öyküsünün bulunması duygudurum bozuklukları açısından önemli bir risk etkeni olarak görülmektedir.

Alkol bağımlılarının birinci derece yakınlarında alkolizm ve depresyonun yüksek bulunduğu çalışmalarda paylaşılmış nedensellik kavramından söz edilmektedir. Erken başlangıçlı depresyonların kadın yakınlarında depresyona yatkınlık, erkek yakınlarında alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğuna yatkınlık gösterilmesi de depresif spektrum bozuklukları kavramını gündeme getirmiştir. Gen-çevre etkileşimi kavramına göre ise; yapılan evlatlık çalışmalarında; biyolojik ailelerinde alkol bağımlıları olan ve bozuk çevresel koşullarda yaşayan kadınlarda depresyona yatkınlık gösterilmiştir.

Duygudurum bozuklukları ve alkol bağımlılığı etyolojisinde biyojenik aminlerin önemli rolleri olduğu gösterilmiştir. Mezo limbik ve mezo kortikal dopaminerjik sistem bipolar bozuklukta önemli rolü olan sistemlerdir. Süregelen alkol kullanımı mezo limbik sistemde dopamin salınımını ve dopamin dönüşüm hızını artırır. Dopamin gerilim alanlarını azaltır. Postsinaptik dopamin reseptör duyarlılığını azaltır. Serotonerjik sistem de bipolar bozukluk için önemli bir nörotransmitter sistemidir. Alkol bağımlılığında 5HT1 ve 5HT2 reseptörlerinin duyarlılığında artış, serotonin dönüşüm hızında azalma, BOS'da 5HIAA düzeyinde düşüklük, serotonin gerilim alanlarında azalma söz konusudur. Serotonerjik etkinlikteki azalma noradrenerjik sistem üzerindeki baskılanmayı kaldırır, artmış noradrenerjik aktivite mani etyolojisinde önemlidir. Son yıllarda gamaaminobütirikasit (GABA) 'in tutuşturma (kindling) düzeneğinde, fiziksel bağımlılıkta, alkol yoksunluk nöbetlerinde ve duygudurum düzenlenmesinde rolü olduğuna ilişkin veriler vardır. Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları arasında biyokimyasal anlamda paylaşılmış ancak heterojen bir patoloji söz konusu olabilir. (Salloum ve Thase, 2000).

TANISAL YAKLAŞIM

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının bir arada bulunuşunda tanısallık açısından belirtilerin başlama sırası ve belirtilerin şiddeti önem kazanabilir. Bir bozukluğun düzelme döneminde diğeri gözleniyorsa birbirlerinden bağımsız kabul edilebilir. Ancak yine de bu tür bir yaklaşım sınırlı kalmaktadır. Özellikle akut dönemde bu ayrımın fazlaca bir önemi yoktur, izleme döneminde daha anlamlıdır. DSM IV'e göre; alkol zehirlenmesi ve yoksunluğu sırasında ya da sonrasında 1 ay içinde duygudurum belirtileri görülüyorsa alkole bağlı olduğu belirtilmektedir. Ancak son yıllardaki çalışmalarda alkol yoksunluğu sonrasında 3-6 ayda gözlenen duygudurum belirtileri uzun süren yoksunluk durumu olarak ele alınmakta ve alkole bağlanmaktadır (Brady ve Sone, 1995).

Bir arada bulunuşu primer ya da sekonder olarak ayırmada bazı ortak kanılara varılmıştır. Winokur ve arkadaşlarının (1995) alkol bağımlılığını primer ve sekonder olarak ikiye ayırmışlar ve bu ayrıma göre BP hastalarındaki alkol bağımlılığını izlemişlerdir. Primer alkol bağımlılığında BP bozukluk daha az şiddetlidir, alkol kullanımı onu belirgin hale getirmektedir. Yine primer alkol bağımlılığında 1/4 ile 2/3 oranında depresif belirtiler gözlenmektedir. Schuckit ve arkadaşlarının (1997)'nin 2945 alkol bağımlısıyla yaptıkları bir çalışmada % 26,4 oranında alkole bağlı major depresif bozukluk gözlenmiştir. Alkolü bırakma sonrası duygudurum dalgalanmaları da sıktır, bu durum yeniden alkol kullanımına yol açabilir. Primer duygudurum bozukluğu sırasında alkol alma alışkanlıkları değişebilir, sıklıkla kendini tedavi etmeye çalışma ya da yargılama bozuklukları nedeniyle bu değişiklik gözlenir. Primer alkol bağımlılığı ve sekonder duygudurum bozukluğu olan

hastaların primer duygudurum bozukluğu olanlara göre alkol sorununun çok daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Ancak bu ayrımı yapmak her zaman kolay değildir. Yapılan çalışmalarda bu alanda ciddi güçlükler yaşanmaktadır. Öykü alınırken bilgilerin geriye dönük olarak alınması ve sağlıklı değerlendirilememesi bu güçlükleri doğurmaktadır. Ayrıca alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluğunun birlikte bulunduğu kişilerden öykü alınmanın da kendi içinde sorunları vardır. Bu kişiler genellikle sorunlarını yok sayma, yadsıma, çarpıtma, küçültme ya da abartma eğiliminde olabilirler. Hastaların kişilik özellikleri, bilişsel durumları ya da duygudurumları nedeniyle de farklı bilgiler elde edilebilir. Değerlendirme sürecinde tüm bunlar göz önüne alınmalıdır. Bu sorunlar nedeniyle de ciddi değerlendirme ve tanılal güçlükler doğmaktadır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının bir arada bulunuşu çamurlu bir göle benzer. Belirtiler yüzeyde, kişinin işlevsellik düzeyi en diptedir. BP bozuklukla alkol bağımlılığının birlikte bulunuşu hastalığın epizod ve gidiş özelliklerini etkiler. Alkol bağımlılığının varlığı hastalık döneminin başlangıcı, süresi, ilerleyişi ve görünümü üzerine etkiler yapar. Örneğin zehirlenme ve yoksunluk sürecindeki belirtiler BP bozukluk dönemlerinden biriyle çakışabilir, kısmen ya da tamamen mani ya da depresyon belirtilerini maskeleyebilir, tanı karmaşasına neden olabilir (Grant ve ark, 2004).

Ayrıca hastalık dönemlerindeki belirtilerin görünümelerini, şiddetini ve süresini de etkileyebilir. Örneğin, dürtüsellikte, şiddet davranışında artışa ve özkıyım eğilimine yolaçabilir. Yeni bir hastalık döneminin aniden başlamasına, gidişinin hafif hipomaniden ağır maniyeye dönmesine ya da dönemler arasında kaymalara neden olabilir. Bu tür ani, hızlı ve şiddetli değişkenlik gösteren BP hastalarda eşlik eden alkol ya da madde bağımlılığının mutlaka araştırılması ve dikkate alınması gerekir (Sonne ve Brady, 2002).

Alkol bağımlılığının varlığı BP hastalığın gidiş özelliklerini de etkiler. Hastalık dönemlerinin sıklığının artışına ve dönemler arasında kalıntı belirtilerin olmasına yol açar. Alkolün etkisiyle anksiyete, irritabilite, uyku bozuklukları, sirkadiyen ritm bozuklukları gibi durumlar kalıcı olurlar. Ayrıca tedaviye uyumu bozarak daha çok depresme ve yinelemeye neden olur. Alkol bağımlılığı daha fazla sayıda hastalık dönemi geçirme, dönemler arasında iyilik dönemlerinin kısalması, dönemlerde belirti sayısı ve şiddetinde artış, karma, hızlı döngülü tabloların ortaya çıkışı, tedaviye direncin artışı ve hastalığın süregenleşmesine yolaçabilir. (Sonne ve Brady, 1999; 2002) Böylece alkol bağımlılığı ya da kötü kullanımının varlığı, BP bozukluğun gidiş ve sonlanımının kötü olmasına, işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (Salloum ve Thase, 2000).

Harvard McLean ilk psikoz projesinde, 100 hasta izlenmiş, 6 aylık dönemde madde kullanım bozukluğu olanlarda düzelme oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu olanlarda düzelme oranı % 63 iken, olmayanlarda bu oran % 90 olarak bulunmuştur (Tohen ve ark, 2000).

BP bozukluğun varlığının alkol bağımlılığı üzerine etkileri daha az dikkat çeken bir durumdur. BP bozukluk alkol bağımlılığı gelişimi açısından bir risk etkeni olarak görülmektedir. Özellikle adolesan dönemdeki başlangıçlarda bu risk daha da artmaktadır. Ayrıca BP bozukluk dönemlerinde özellikle hipomanik ve manik dönemlerde alkol tüketimi artmaktadır. Bazen de hasta-

lar belirtileri gidermek amacıyla da alkol kullanırlar. Özellikle BP depresyondaki hastaların unipolar depresyondaki hastalara göre daha çok alkol kullandıkları bildirilmiştir.

Erken başlangıçlı BP bozukluk; adolesan dönem sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluklarıyla karışabilen, üstüste çakışabilen bir durumdur. Ayrıcı tanı yapmak güçtür. Duygudurum bozukluğunun varlığı alkol ve madde bağımlılığındaki dürtüsellik ve hiperaktiviteyi de arttırır. (Geller ve Luby, 1997). Böylece durum daha da karmaşık hale gelerek tanılal ve klinik süreçte ciddi zorluklar doğabilir.

Özkıyım riski hem duygudurum bozukluklarında hem de madde bağımlılığında önemli bir sorundur. BP hastalarda özkıyım riski % 25-60, alkol kullanım bozukluklarında %13-50 arasındadır. Özkıyım riski açısından madde bağımlılığı duygudurum bozukluklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. BP bozuklukta ektanı olarak herhangi bir madde kullanım bozukluğu varsa özkıyım riski 2 kat artmaktadır. BP bozukluk ve madde kullanım bozuklukları dürtüsellüğün yoğun olduğu hastalıklardır. Bu özellikleri nedeniyle birlikte bulunduklarında özkıyım riskinin yükseldiği düşünülmektedir. Ayrıca genetik et-yolojinin de bunda rolü olabileceğine ilişkin açıklamalar yapılmaktadır. (Dalton ve ark, 2003, Potash ve ark, 2000).

TEDAVİ YAKLAŞIMI

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte bulunuşu her iki bozukluğun ayrı ayrı bulunuşu durumuna göre daha farklı ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Akut ve süregen dönemde bu değerlendirmelerin ve yaklaşımların özellikli olması gerekmektedir.

Akut dönemde; hastaların özkıyım riskinin değerlendirilmesi, suç ve şiddet davranışların değerlendirilmesi, tıbbi değerlendirme, (özellikle de yoksunluk ve zehirlenme dönemlerinde), sosyal ve toplumsal değerlendirme, duygudurum belirtilerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır.

İzlemede döneminde hastanın işlevsellik düzeyi, becerileri, hastalığın şiddeti, hastanın gereksinimleri belirlenip değerlendirilmeli ve buna uygun planlar yapılmalıdır. Bu dönem tedavinin bir parçasıdır. İşi, ilişkileri, sağlığı, yasal sorunları, endokrin ve nörolojik açıdan değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Bu süreç içinde tedaviyi etkileyen bazı etkenler sözkonusudur. Ruhsal bozukluğun tipi ve şiddeti, ruhsal bozukluğun süresi, alkol bağımlılığının şiddeti, iyileşmeye karşı motivasyonu, aile öyküsü tedavi sürecini etkilerler. Genel olarak sekonder alkolizmi olan BP hastaların BP bozuklukları uygun tedavi edilirse alkolü daha kolay kesebildikleri, primer alkoliklerin ise içmeyi durdurabilirlerse duygudurum belirtilerinin daha kolay kontrol edilebildiği düşünülmektedir (Sonne ve Brady, 2002).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları birlikteliğinde tedavinin amacı dengeyi sağlamaktır. Kavramsal çerçeve tanımlanmalı, her iki bozukluğun ortak özellikleri ve tedavi amaçları belirlenmeli, primer-sekonder ayrımı yapılmaksızın eşleştirilmiş bir tedavi planı çizilmeli, duygudurum bozukluğu tedavisi bağımlılık dengeye ulaşmadan başlanmalı, tedavi hastanın gereksinimlerini karşılayacak elementler içermelidir. Bu grup hastada en önemli sorun hastanın tedaviye uyumunu sağlamaktır. Yadsıma ve zayıf içgörü yaygın bir durumdur (Salloum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte bulunduğu durumlarda hastanın motivasyonunu sağlamak çok önemlidir. Geleneksel tedavi yaklaşımla-

rında olduğu gibi sorunun farkına varma, tedaviye katılımı sağlama, yüzleştirme ve dibe vurduklarını algılatma gibi yöntemler yetersizdir. Çünkü bu olgularda çoğu zaman yargılama bozuk ve tedavi arayışı yoktur. Yüzleştirme çoğu zaman yarar sağlamaz, hatta zararlı olur. Hastaları oldukları gibi, tüm yönleriyle kabul edip bir denge arayışına girmek önemlidir. (Sciacca ve ark, 1996)

Bilişsel-davranışçı teknikler kullanılarak yapılan grup terapisinin depresme ve yinelemelerin önlenmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

Farmakoterapi olarak deprese alkoliklerde antidepresan tedavi yararlı ve güvenli bulunmuştur. Trisiklik antidepresanlar ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanımıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Fluoksetin ile yapılmış plasebo kontrollü çift kör bir çalışmada depresyonda düzelme ve alkol tüketiminde azalma olduğu gösterilmiştir (Cornelius ve ark,1997). Sertralin ile yapılan çalışmada benzer sonuç elde edilmiştir (Roy,1998). Duygudurum dengeleyici olarak özellikle antikonvülsanlar önerilmektedir. Valproatin alkol arama davranışını ve alkol tüketimini azalttığı, tutuşturma fenomenine ve kesilme belirtilerine yararlı olduğu düşünülmektedir (Albanese ve ark, 2000; Brady ve ark, 1995) Toksik doz ve kötü kullanım açısından verilecek ilaçların iyi değerlendirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

- 1- Albanese MJ, Clodfelter RC, Khantzian EJ. Divalproex sodium in substance abusers with mood disorder. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 916-921.
- 2- Berrettini WH, Ferraro TN, Goldin LR, et al. A linkage study of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54: 27-35.
- 3- Brady KT, Sone SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 1995; 15(suppl 3): 19-24.
- 4- Brady KT, Sonne SC, Anton R, et al. Valproat in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: A pilot study. *J Clin Psychiatry*, 1995; 56: 118-121.
- 5- Brown ES, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder : comorbidity or misdiagnosis ?. *J Affect Disord*, 2001; 65: 105-115.
- 6- Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2001; 3: 181-188.
- 7- Chengappa KNR, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in voluntary registry. *Bipolar Disord*, 2000; 2: 191-195.
- 8- Cornelius FH, Sallaum IM, Ehler JG, et al. Fluoxetine in depressed alcoholics: A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:700-705.
- 9- Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, et al. Suicide risk in bipolar patients: the role of comorbid substance use disorders. *Bipolar Disord*, 2003; 5: 58-61.
- 10- Geller B, Luby J. Child ve adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1168-1176.
- 11- Goodwin RD, Stayner DA, Chinman MJ, et al. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Compr Psychiatry*, 2002; 43: 245-252.
- 12- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61:807-816.
- 13- Gratzner D, Levitan RD, Sheldon T, et al; Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or comorbid depression/anxiety: a community survey of Ontario, *J Affect Disord*, 2004; 79: 209-215.
- 14- Helzer JE, Pryzbeck T. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*; 1988; 49: 219-224.
- 15- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:313-321.
- 16- Merikangas KR, Gelernter CS. Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1990; 13: 613-632.
- 17- Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders, *Alcohol Res Health*, 1999; 23:144-149.
- 18- Potash JB, Kane HS, Chiu YF , et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 2048-2050.
- 19- Preisig M, Fenton BT, Stevens DE, Merikangas KR. Familial relationship between mood disorders and alcoholism. *Compr Psychiatry*, 2001; 42: 87-95.
- 20- 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; 264: 2511-2518.
- 21- Roy A. Placebo controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biol Psychiatry*, 1998; 44: 633-637.
- 22- Sallaum IM, Thase ME. Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 2000; 2:269-280.
- 23- Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics, *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 948-957.
- 24- Sciacca K, Thompson CM . Program development and integrated treatment across systems for dual diagnosis: mental illness, drug addiction and alcoholism, *MIDAA. J Ment Health Admin*, 1996; 23: 288-297.
- 25- Sevinçok L, Küçükardalı Y, Dereboy C ve ark. Genç erkeklerde madde kullanımı: sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Derg*, 2000; 11: 40-48.
- 26- Sonne SC, Brady KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, 1999; 22: 609-627.
- 27- Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism, *Alcohol Res Health*, 2002; 26:103-108.
- 28- Tohen M, Hennen J, Zarate CM, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 220-228.
- 29- 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.
- 30- Winokur G, Cook B, Liskow B, et al. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) patients. *J Stud Alcohol*, 1993; 54:574-576.
- 31- Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, et al; Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: Familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction, *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 365-372.
- 32- Winokur G, Turvey C, Akiskal H, et al; Alcoholism and drug abuse in three groups- bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord*, 1998; 50: 81-89.