

# Erkek Alkol Bağımlılarında Depreşme ile İlişkili Etkenler: 12 Aylık Takip Çalışması

Cüneyt Evren<sup>1</sup>, Mine Durkaya<sup>2</sup>,  
Ercan Dalbudak<sup>2</sup>, Selime Çelik<sup>2</sup>,  
Rabia Çetin<sup>2</sup>, Duran Çakmak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doç. Dr., <sup>2</sup>Uzm. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Alkol ve Madde Araştırma,  
Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM), İstanbul

## ÖZET

Erkek alkol bağımlılarında depreşme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, erkek alkol bağımlılarında yatarak tedavinin ardından, 12 aylık takipte alkol kullanımının depreşmesiyle ilişkili klinik değişkenlerin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya, ardışık olarak hastaneye yatırılmış 156 erkek alkol bağımlısı hasta katılmıştır. Yatarak tedaviden 12 ay sonra, bu hastalardan 102'sinin değerlendirilmesi mümkün olmuştur. Hastalar, başlangıçta, Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), 12 ay sonra ise PENN Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yatarak tedavi görmüş 102 alkol bağımlısı hastanın %61.8'i (n=63) alkol kullanımı depreşmiş olarak değerlendirilmiştir. Sosyodemografik değişkenler gruplar arasında fark göstermemiştir. MATT ve SCL-90 genel şiddet puanı gruplar arasında fark göstermemiş iken, aşerme puanı depreşen grupta yüksek bulunmuştur. Depreşen gruptakilerin 12 aylık takip süresince daha az poliklinik kontrolüne geldikleri, Ayaktan Tedavi Programına (ATP) daha az katıldıkları, kendilerini korumak amaçlı daha az sosyal çevre değişikliği yaptıkları ve aşerme için daha az ilaç kullandıkları bulunmuştur. Aşerme şiddeti ve takipte ATP'ye katılmama, alkol bağımlılarında depreşmeyi belirlemiştir.

**Sonuç:** Aşerme şiddeti ve ATP'ye katılmama depreşme ile ilişkili temel etkenlerdir. Aşerme giderici ilaç kullanımı ile birlikte ATP'ye düzenli katılımın sağlanması, hastaların alkol aşermesini tanımlarına ve onunla başetmelerine yardımcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Alkol bağımlılığı, aşerme, depreşme, terapi

## ABSTRACT

Factors related with relapse in male alcohol dependents: 12 months follow-up study

**Objective:** Aim of this study was to evaluate clinical variables related with relapse to alcohol abuse during 12 months follow-up after inpatient treatment in male alcohol dependents.

**Method:** Participants were 156 consecutively admitted male alcohol dependents. Among these patients, 102 were available at the evaluation that took place one year after the inpatient treatment. Patients were investigated with the Symptom Check List (SCL-90) and Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) at baseline and with the PENN Alcohol Craving Scale (PACS) one year later, at follow-up.

**Results:** Among 102 alcohol dependent inpatients, 61.8% (n=63) were considered as relapsed to alcohol abuse. Sociodemographic variables did not differ between groups. Mean scores of MAST and global severity index of SCL-90 did not differ significantly between groups, whereas craving score was higher in the relapsed group. Also the relapsed group had less polyclinic control, less attendance to the Outpatient Treatment Program (OTP), less changes in social environment for self protection and less use of anti-craving medications during one year follow-up. Severity of craving and not attending OTP during follow-up period predicted relapse in alcohol dependents.

**Conclusions:** Severity of craving and not attending OTP seems to be the main factors related with relapse. Together with using anti-craving medications, regular attendance to OTP may help patients to recognize and manage with alcohol craving.

**Key words:** Alcohol dependence, craving, relapse, therapy

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Doç. Dr. Cüneyt Evren, İcadiye Cad. Menteş Sok. Selçuk Apt. 1/17 Kuzguncuk 34674 Üsküdar, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-216-341-0609

Faks / Fax: +90-212-660-0026

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

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
06 Nisan 2010 / April 06, 2010

## GİRİŞ

Alkol kullanım bozukluğu olanlarda tedavi sonrası kısa süreli ayıklık oranları, bozukluğun şiddeti ve remisyon ölçütlerine bağlı olarak %20 ila %50 arasında değişmektedir (1,2). Çalışmalar, sık ve yoğun alkol kullanımıyla içmeye bağlı psikolojik ve sosyal sorunların

daha fazla oluşunun düşük remisyon ihtimali ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (3,4).

Depreşme, sıklıkla, çeşitli etkenlerin kombinasyonu sonucu oluşur (5). Depreşmeye yol açan değişkenler arasında, hastanın bireysel özellikleri ve çevresel pekiştiriciler yer almaktadır (5,6). Tedavi olan bireylerde, alkolle ilişkili sorunların şiddeti, depresif belirti-

ler, yetersiz başetme becerileri ve değişime hazır olma tedavisi sonrası yakın zaman içinde depresyon ile ilişkili bulunmuştur (6-9). Yardım alan bireylerle karşılaştırıldığında, yardım almayanların uzun süreli remisyon sağlama ihtimalleri düşüktür ve depresyon ihtimalleri daha fazladır (10). Remisyon sonrası depresyon ihtimali, bu risk etkenlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi sonucu belirlenebilir (10).

Depresyondan önce bazı ayık hastalarda belirlenen ve depresyon için risk oluşturabilecek bir durum, alkol için aşermidir (5). Alkol aşermesinin şiddetli olması, alkol bağımlılığının kötü seyri için bir risk etkenidir (6,11,12). O'Connor ve arkadaşları (13), ayaktan tedavi gören alkol bağımlılarında yoksunluk sırasında aşermenin artması ile tedaviyi bırakma oranlarının ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ayaktan tedavi programındaki hastalarda aşerme, hem tedavi sürecinde depresyonu hem de tedavi sonrası 12 ay içinde yoğun alkol kullanımını depresyonunu belirler (5). Her ne kadar aşermenin tüm özelliklerini tek bir model açıklamaya yeterli olmasa da, davranışsal modeller aşermenin doğasını açıklamaya çalışmaktadır. Pekiştirme modeli, alkolün duygudurumu düzeltebileceği ya da öfke, örselenme ve stres gibi olumsuz ruhsal durumları azaltabileceğini önermektedir. Alkol bağımlılarında bilinç dışı öğrenme süreçleri, olumlu mental durumları tekrar yaşama çabası nedeniyle alkol kullanımına yol açabilir (14).

Kushner ve arkadaşları (15) laboratuvar ve aile çalışmalarını, klinik ve ileriye dönük çalışmaları gözden geçirmiş ve anksiyete bozuklukları ile alkol kullanım bozukluklarının birbirini başlatabileceğini, anksiyete bozukluklarının patolojik alkol kullanımının devam etmesine ve alkol kullanımının depresyonuna neden olabileceği sonucuna varmışlardır. Driessen ve arkadaşları (16), 3 haftalık ayıklık süresinden sonra devam eden şiddetli anksiyetenin, komorbid anksiyete bozukluklarının depresyon riskinde artışla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Depresif duygudurumun tekrar alkol kullanımını ihtimali üzerine etkisi ile ilgili bulgular çelişkilidir (17). Örneğin, Driessen ve arkadaşları (16), Heinz ve arkadaşları (18) ve Strowing (19) depresif duygudurumun ayık alkol bağımlılarında depresyon riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Diğer bir yandan, Greenfield ve arkadaşları (20), Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen depresif duy-

gudurumun kadında ya da erkekte ileriye dönük olarak depresyonu belirlemediğini saptamışlardır.

Bu yüzden, hangi etkenlerin depresyonu belirlediği sorusu önemlidir. Bu etkenlerin farkındalığı ile onların depresyon üzerine etkilerini en aza indirebilmek için stratejiler geliştirmek mümkün olacaktır. Alkol bağımlılığında depresyonu belirleyiciler için listelenmiş bir çok etken arasında yaşam olayları, duygudurum, sorunlarla baş etme gücünün azlığı ve yetersiz sosyal destek kaynakları bulunmaktadır (6,8,21).

Bildiğimiz kadarıyla yaptığımız bu çalışma, erkek alkol bağımlılarında 12 aylık takipte depresyon etkenlerini belirlemeye yönelik ülkemizde yapılan ilk çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında 12 aylık takipte alkol kullanımının depresyonu ile ilişkili klinik değişkenlerin belirlenmesidir.

## YÖNTEM VE GEREÇLER

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol-Madde Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM), Ocak 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında servise yatırılarak takip ve tedavi edilen ve DSM-IV ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı konan 156 ardışık hasta çalışmaya alındı. Alkol bağımlılığı tanısı, eğitilmiş görüşmeci tarafından uygulanan (CE), DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (22) Türkçe versiyonu (23) ile konuldu.

Hastalara çalışma konusunda bilgi verildikten sonra, yazılı olarak bilgilendirilmiş onayları alındı. Hastalarla görüşmeler, arındırılma döneminden sonra, son alkol kullanımından yaklaşık 4-6 hafta sonra yapıldı. Tüm hastalara bazı klinik özellikleri de sorgulayan sosyodemografik form, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) uygulandı. Zeka geriliği, iletişimi önemli ölçüde etkileyecek düzeyde görme, işitme ve bilişsel yeti kaybı, psikotik bozukluğu, organik mental bozukluğu olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Altı ayın sonunda tüm hastalara telefonla ulaşılmaya çalışıldı ve görüşmeye çağırıldılar. Görüşmeye gelen 107 hasta ile yapılan çalışmada aşerme şiddeti (özellikle tek soru ile genel aşerme değerlendirilmesi), sos-

yal çevre değişikliği yapmama ve 6 ay içinde olumsuz yaşam olayı olması, alkol bağımlılarında yatarak tedavi sonrası depresme ile ilişkili bulundu. Altıncı aydaki değerlendirmelerle ilgili ayrıntılı veriler daha önceki çalışmamızdan elde edilebilir (24).

Hastalar, bir yılın sonunda telefonla aranarak tekrar görüşmeye çağırıldı. Telefonla ulaşılabilen 136 hastanın %66.2'sinde (n=90) 12 aylık süreç içinde alkol kullanımının depresdiği saptandı. Telefonla ulaşılan ve alkol kullandığını bildiren hastalara, geldikleri takdirde, eğer isterlerse, tekrar yatarak tedavilerinin sağlanacağı bildirildi. Bu 136 hastadan 102'si görüşmeye gelmeyi kabul etti ya da gelebilecek durumdaydı. Gelmeyi kabul etmeyen ya da gelemeyen 34 (%25) hastadan telefonla 7'si, 12 ay boyunca alkol kullanmadığını, 27'si ise düzenli alkol kullandığını bildirmiştir. Bu hastalardan 13'ü, işleri veya şehir dışında olmaları nedeniyle ya da ekonomik sebeplerden gelemeyeceğini ifade etmiştir. On hasta alkol kullandığını ve tedaviye gelmeyeceğini bildirmiştir. On bir hasta ise görüşme için randevu almasına rağmen görüşmeye gelmemiştir. On iki ayın sonunda görüşmeye gelen 102 hastayla, 12 aylık süreç hakkında bilgi edinmek amacıyla yüz yüze görüşmeler yapılarak, hastalara bu çalışma için oluşturulmuş yeni bir sosyodemografik form ve Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ) uygulanmıştır. On ikinci ayda uygulanan sosyodemografik form ile, kişinin hayatında 12 ay içinde sosyodemografik değişiklikler olup olmadığı ve poliklinik kontrollerine, ATP'ye ve ilaç tedavisine uyum gösterip göstermediği sorgulanmıştır. Mümkün olduğu durumlarda, hastanın poliklinik kayıtları incelenmiş ve ailesi ile de görüşme yapılmıştır. Bu şekilde hastalardan elde edilen verilerin, özellikle de 12 ay süresince alkol kullanım öyküsünün güvenilirliği arttırılmaya çalışılmıştır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): Belirti Tarama Listesi, kendini değerlendirme amaçlı bir psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Ölçek, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle, 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Ayrıca, genel psikiyatrik belirti şiddetini belirlemek için genel şiddet indeksi alt ölçeği yer almaktadır. Çalışmada genel psikopatoloji şiddetinin remisyon üzerine etkisi araştırıldığından, bu alt ölçek puanı değerlendirilmeye alınmıştır. Derogatis (25) tarafından geliştirilen

bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dağ (26) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.98 olarak bulunmuştur.

Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT): Bir kişinin alkol kullanım sorunlarıyla karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa düzeyini ölçmek için kullanılır. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara, alkol bağımlılığı ile ilgili sorunu olduğu düşünülen kişilere uygulanabilir. Hastaların doldururken, kendilerine en çok uyan seçeneği işaretlemeleri istenir. Gibbs (27) tarafından geliştirilmiş olan testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (28) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.73 olarak bulunmuştur.

Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ): Çalışmaya katılan olguların alkol aşermesi PAAÖ (Penn Alcohol Craving Scale-PACS) ile değerlendirilmiştir (29). PAAÖ, bir önceki haftadaki alkol aşerme şiddetini (sıklık, yoğunluk, süre, direnme ve genel aşerme) değerlendirmek için geliştirilmiş 5 maddelik, özbildirime dayalı bir soru formudur. Her madde 0 ila 6 puan arasında değerlendirilir. Böylece, toplam aşerme puanı en fazla 30'dur. PAAÖ'nün güvenilirliğinin mükemmel ve geçerliliğinin iyi olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonu, yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında geçerli ve güvenilir bulunmuştur (30). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.96 olarak bulunmuştur.

## İstatistiksel yöntemler

Veriler, SPSS 15.0 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde, kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkını değerlendirmek için Student t testi uygulanmıştır. İleriye yönelik lojistik regresyon analizinde, depresme sabit değişken olarak alınmıştır. Bu işlemde, düzenli alkol kullanmaya başlama yaşı, aşerme şiddeti, SCL-90 genel şiddet indeksi, Michigan Alkolizm Tarama Testi, hastaneye yatışta terapiye katılma, takipte ayaktan terapi programına katılma ve gerekli sosyal değişiklikleri yapma bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Tüm istatistik işlemlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Yatarak tedavi gördükleri dönemde değerlendirilen 156 hastadan 102'siyle (%65.4) 12 ayın sonunda yüz yüze görüşmek mümkün olmuştur. Bu 102 hastanın 63'ünde (%61.8) 12 aylık takip süresi içinde alkol kullanımının depreştiği saptanmıştır. Ortalama yaş, eğitim süresi, düzenli alkol kullanmaya başlama yaşı, medeni

ve mesleki durum depreşmiş ve depreşmemiş gruplar arasında fark göstermemiştir (Tablo 1).

Başlangıçtaki değerlendirmede, psikiyatrik belirti şiddeti ve alkol kullanımına bağlı sorunların şiddeti gruplar arasında fark göstermezken, 12 ayın sonunda değerlendirilen aşerme şiddetinin depreşen grupta yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Depreşen gruptakilerin poliklinik kontrolünden

**Tablo 1: Sosyodemografik değişkenler**

	Remisyon		Depreşme		$\chi^2$	sd	P
	N=39	%	N=63	%			
Medeni durum					0.25	2	0.89
Evli	25	64.1	41	65.1			
Boşanmış, dul, ayrı yaşıyor	4	10.3	8	12.7			
Bekar	10	25.6	14	22.2			
Mesleki durum					5.65	3	0.13
Çalışmıyor	10	25.6	24	38.1			
Çalışıyor	20	51.3	18	28.6			
Part time çalışıyor	2	5.1	7	11.1			
Emekli	7	17.9	14	22.2			
Yaş (ortalama±ss)	46.44	9.94	43.51	8.20	t=1.54		0.13
Eğitim süresi (ortalama±ss)	9.95	4.07	9.48	3.85	t=0.59		0.56
Düzenli madde kullanımını başlama yaşı (ortalama±ss)	27.03	9.39	25.97	8.54	t=0.59		0.56

**Tablo 2: Depreşme durumuna göre erkek alkol bağımlılarında ölçek puanları**

Ölçek puanları	Remisyon (n=39)		Depreşme (n=63)		t	P
	Ort.	ss	Ort.	ss		
SCL-90 genel şiddet indeksi	1.31	0.91	1.52	0.83	-1.19	0.24
Michigan Alkolizm Tarama Testi	26.18	9.68	28.84	10.46	-1.29	0.20
PENN Alkol Aşerme Ölçeği	2.26	3.34	14.24	9.24	-9.34	<0.001

**Tablo 3: 12 aylık takipte tedavi ile ilişkili değişkenler**

	Remisyon		Depreşme		$\chi^2$	sd	P
	N=39	%	N=63	%			
Yatarken terapi programı					14.31	2	0.001
Katılmamış	3	7.7	18	28.6			
Yarım bırakmış	7	17.9	22	34.9			
Tamamlamış	29	74.4	23	36.5			
Poliklinik kontrolü					14.76	2	0.001
Yok	11	28.2	34	54.0			
Düzensiz	11	28.2	22	34.9			
Düzenli	17	43.6	7	11.1			
Ayaktan Tedavi Programı*	25	64.1	12	19.0	21.15	1	<0.001
Sosyal çevre değişikliği **	31	79.5	30	47.6	10.18	1	0.001
İlaç tedavisine uyum					14.69	3	0.002
Uyum yok	10	25.6	7	11.1			
Kısmi uyum	9	23.0	39	61.9			
Uyumlu	20	51.3	17	27.0			

İhtimaller Oranı (%95 Güven Aralığı): \*0.13 (0.5-0.33); \*\*0.24 (0.09-0.59)

**Tablo 4: İleriye Yönelik Lojistik Regresyon modelinde erkek alkol bağımlılarında depresmeyi belirleyenler**

Depresme	B	S.H.	Wald	sd	p	Olasılık Oranı	%95.0 Güven Aralığı
Model 1							
PENN Alkol Aşerme Ölçeği	0.285	0.059	23.340	1	<0.001	1.330	1.185-1.493
Model 2							
PENN Alkol Aşerme Ölçeği	0.267	0.060	19.760	1	<0.001	1.307	1.161-1.470
Ayaktan Terapi Programı	1.387	0.584	5.643	1	0.018	4.003	1.275-12.57

Düzenli alkol kullanmaya başlama yaşı, aşerme şiddeti, SCL-90 genel şiddet indeksi, Michigan Alkolizm Tarama Testi, hastane yatışında terapiye katılma, takipte ayaktan terapi programına katılma ve gerekli sosyal değişiklikleri yapma bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

daha düzensiz geçtikleri, Ayaktan Tedavi Programı'na (ATP) düzensiz katıldıkları ya da hiç katılmadıkları, kendilerini depresmeden koruma amaçlı sosyal değişiklikleri daha az sağlayabildikleri ya da hiç sağlayamadıkları ve aşerme giderici ilaçları düzensiz kullandıkları ya da hiç kullanmadıkları saptanmıştır (Tablo 3). Düzenli alkol kullanmaya başlama yaşı, aşerme şiddeti, SCL-90 genel şiddet indeksi, MATT puanı, hastane yatışında terapiye katılma durumu, takipte ATP'ye katılma durumu ve gerekli sosyal değişiklikleri yapma durumunun bağımsız değişkenler olarak alındığı İleriye Yönelik Lojistik Regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analizde, ilk modelde bağımsız değişkenler arasından aşerme şiddeti tek başına, ikinci modelde ise aşerme şiddeti ve ATP'ye katılmama 12 ay takip süresince alkol kullanımının depresmesini belirleyen değişkenler olmuşlardır (Tablo 4).

## TARTIŞMA

On iki ayın sonunda yüz yüze görüşmenin mümkün olduğu hastalar (102, %65.4) arasında 63'ü (61.8%) 12 aylık takip süresince alkol kullanımı depresmiş olarak değerlendirilmiştir. Bu oran daha önceki çalışmalarda 12 aylık sürede depresme için saptanan %57 oranı ile uyumludur (31). Bu çalışmanın temel bulgusu, yüksek aşerme şiddetinin ve ATP'ye katılmamanın yatarak tedavi sonrası 12 aylık sürede depresmeyi belirleyen özellikler olduğudur. Aslında bu iki değişkenin birbiriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. ATP'nin temel hedefi depresmeyi engellemektir. Alkol aşermesi depresmenin en önemli etkenlerinden biri olduğundan ATP'nin amaçlarından biri de hastaların aşermeyi fark etmelerini ve onunla baş etmelerini sağlamaktır.

Farklı alt tip hastaların alkol aşermelerinin altın-

da farklı mekanizmalar yatıyor olabilir (32). Örneğin Verheul ve arkadaşları, üç-yolak (three-pathway) psikobiyolojik modelinde, "ödül aşermesi", "rahatlama aşermesi" ve "obsesif aşerme" şeklinde 3 aşerme tipi tanımlamışlar ve bu aşermelerin altında farklı kişilik özellikleri ile farklı nörotransmitter sistemlerinin rol oynadığını bildirmişlerdir (33). Bu nedenle, farklı risk etkenleri son ortak yol olarak aşermeye yol açıyor olabilirler. Tedavi aşamasında yüksek düzeyde aşerme yaşayan hastalar tedaviyi daha fazla yarım bırakmaktadırlar (31). Daha önceki çalışmalarda tedavinin sonunda bildirilen aşerme şiddeti 3 aylık takipte (34), 6 aylık takipte (5,24) ve 12 aylık takipte (5) alkol kullanımı depresmesini belirlemiştir. Ayrıca depresenlerde, ayık olanlara göre yüksek düzeyde aşerme saptanmaktadır (5). Sonuç olarak, artmış aşerme durumlarında ek depresme önleme yaklaşımları kullanarak hastaların daha yoğun tedavi edilmeleri, içmeye götüren uyaranları tanımalarını ve bu uyaranlardan korunmalarını sağlar (5). Daha önce yapılan çalışmalar, aşermenin özellikle olumsuz afekt (örneğin depresyon, anksiyete gibi) olmak üzere psikopatolojinin şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (35,36). Hastalar olumsuz afekt ve kişiler arası çatışmalar gibi yüksek riskli durumlarla baş etme stratejilerini yine ATP desteği ile sağlayabilirler (37).

Çalışmanın diğer bir bulgusu da PAAÖ'nün zaman kazandıran, kolay uygulanabilen ve hastaların aşerme şiddetini belirleyerek onların seyri hakkında önemli bilgiler veren değerli bir ölçek olduğudur. Şimdiki çalışmaya katılan olguların taburculuklarının 6. ayındaki değerlendirilmelerinde de aşerme şiddeti (özellikle PAAÖ'nün 5. maddesi olan genel alkol aşerme değerlendirilmesi), sosyal çevre değişikliği yapmama ve 6 ay içinde olumsuz yaşam olayı olması ile birlikte alkol bağımlılarında yatarak tedavi sonrası depresmenin

belirleyicisi olmuşlardır (24). Şimdiki çalışmada, sosyal çevre değişikliği yapma durumunun ve 12 ay içindeki yaşam olaylarının değerlendirilmesi yapılmadığından iki çalışmanın bulgularını kıyaslamak mümkün olmakla beraber, her iki çalışmada aşerme şiddeti ortak depresme belirleyicisidir.

Daha önceki çalışmaların bulguları, uzun süreli remisyonu sağlayabilecek kişisel ve sosyal kaynakların olmamasının depresme ihtimalini ortaya çıkardığını göstermiştir (10). Bu bulgular, bilişsel ve davranışsal girişimlerin psikososyal alanlarda düzelmeyi arttırmadaki önemini ortaya koymaktadır (8). Çalışmamızda da, hastaneden taburculuk sonrası ATP'ye düzenli katılma (hem psikoterapi hem de farmakoterapi açısından) ve depresme riskini azaltma adına yapılmış sosyal değişiklikler alkol kullanımının depresmesini önleyici etkenler olarak görülmektedir. Bu bulgularla uyumlu olarak, aşermeye yol açacak alkol uyarılarını azaltma ve strese cevabın düzenlenmesinin depresmeyi engellenebileceği bildirilmiştir (38).

Tedavi edilmiş örneklerde kadınlar ve yaşlılar, evliler ve iyi eğitilmiş bireylerin kısa süreli seyirleri daha iyi olmaktadır (3,39,40). Bununla birlikte çeşitli etkenlerin kombinasyonunun farklı etkisi depresmeye neden olmakta ve muhtemelen tek bir etken bulunmamaktadır (5). Bu çalışmada sosyodemografik değişkenlerin gruplar arasında fark göstermemiş olması, depresme ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerin bizim örneklemimizde daha önemli olduğunu düşündürmektedir. Örneklemimiz sadece erkek hastaları içermektedir. Bu nedenle, cinsler arasında risk etkeni olarak sosyodemografik özelliklerin ya da diğer risk etkenlerinin farklılık gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Örneğin, tedavi sonrası ilk dönemlerde, kadınlar olumsuz afekt nedeniyle depresme yaşarken, erkekler sosyal baskıya bağlı depresme yaşamaktadırlar (41).

Çalışmalar, sık ve yoğun alkol kullanımının, içmeye bağlı daha fazla psikolojik ve sosyal sorunun düşük remisyon ihtimali ile ilişkili olduğunu göstermektedir (3,4,42). Çalışmamızda ise, MATT ile değerlendirilen alkol kullanımına bağlı sorunların şiddeti gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Çalışmaya katılan örneklemimizin uzun süre alkol kullanım öyküsü olan, bağımlılık şiddeti yüksek ve yatarak tedavisi gerekmiş olgu-

lardan oluşması, genel olarak bu popülasyonda alkol kullanımına bağlı sorunların şiddetinin yüksek olmasının nedeni olabilir. MATT'ın kendi bildirimli bir ölçek olması nedeniyle, değerlendirdiğimiz alkol kullanımına bağlı sorunların şiddetinden ziyade, bu sorunların bireyler tarafından algılanması olarak değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir.

Çalışmamızın en büyük sınırlılığı, depresmeyi değerlendirmek için biyolojik belirteçlere (Karbonhidratı eksik transferrin ya da gama glutamil transferaz) bakılmamış olmasıdır. Bazı çalışmalarda, alkol bağımlılığı olan hastalardan sağlanan kendi bildirimli verilerin toksikolojik analizlere göre daha geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (43,44). Çalışmamızda da depresme durumunun telefon görüşmeleri ile değerlendirilmesi yeterli görülmemiş, 12 ayın sonunda görüşmeye gelen tüm hastaları yatarak tedavileri döneminden tanıyan hekim (M.D.) yüz yüze görüşme yapmıştır. Ayrıca, hasta kayıt formları ve ailelerinden alınan bilgiler ile hastalardan alınan verilerin güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Aşerme, depresme ile ilişkili temel etken olarak görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları, aşermenin PAAÖ ile değerlendirilmesinin hem yatarak tedavi hem de ayaktan tedavi sırasında alkol kullanımı depresme riskini belirleme açısından faydalı bilgi sağlayacağını göstermiştir. Yüksek aşerme puanları ile risk altında olduğu belirlenen bireyler takipte daha yoğun terapi programı ve ek olarak naltrekson ya da akamprosat gibi aşerme giderici ilaçların kullanımının sağlanmasından fayda görebilirler (45,46). ATP'ye katılmama ayık alkol bağımlılarında depresme için risk etkenidir. ATP'ye düzenli katılım aşermenin tanınmasını ve onunla başedilmesini sağlayarak aşerme şiddetinin azalmasını sağlıyor olabilir. Çalışmamız, alkol bağımlılarında psikososyal alanlarda düzelmeye sağlamak için bilişsel ve davranışsal girişimlerin önemini vurgulamaktadır (8). Bu nedenle, aşerme giderici ilaçların kullanımı ile birlikte ATP'ye düzenli katılım; bireylerin alkol aşermesiyle başetmelerini, yaşam değişiklikleri yapmalarını ve yaşam olaylarıyla başetmelerini sağlayarak onları depresmeden koruyabilir. Daha önce yapılmış bir meta-analiz sonuçları da bu bulguları desteklemektedir (47).

Sonuç olarak, çalışmamız alkol ile ilişkili sorunların şiddeti ve psikopatolojinin şiddetinin alkol bağımlı-

larında yatarak tedaviden 12 ay sonra alkol kullanımını depresmesini belirlemediğini göstermektedir. Depresmeyi belirleyen en önemli değişken aşırma şiddetidir. Bu nedenle, hem farmakoterapi hem de psikoterapinin birlikte uygulanmasının, aşırma üzerinden etki ederek hastaları depresmeden koruyabilece-

ğini düşündürmektedir. Dolayısı ile, hastaların yatarak tedavi sonrası ilaçlarını düzenli kullanmaları ve ATP'ye düzenli katılmalarının sağlanması için tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi ve tedavi motivasyonlarını artırıcı görüşmeler yapılması bu hastaların ayıklıklarının sürdürmelerinde faydalı olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 2001; 62:211-220.
2. Monahan S, Finney J. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse. A quantitative synthesis of patient, research design, and treatment effects. *Addiction* 1996; 91:787-805.
3. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom G, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:1141-1158.
4. Booth BM, Curran GM, Han X. Predictors of short-term course of drinking in untreated rural and urban at-risk drinkers: effects of gender, illegal drug use, and psychiatric comorbidity. *J Stud Alcohol* 2004; 65:63-73.
5. Bottlender M, Soyka M. Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol Alcohol* 2004; 39:357-361.
6. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996; 91:155-172.
7. Yates WR, Booth BM, Reed DA, Brown K, Masterson BJ. Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. *J Stud Alcohol* 1993;54: 645-651.
8. Brown SA, Vik PW, Patterson TL, Grant I, Schuckit MA. Stress, vulnerability, and alcohol relapse. *J Stud Alcohol* 1995; 56:538-545.
9. Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH. Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction* 1996; 91:173-189.
10. Moss RH, Moss BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction* 2006; 101:212-222.
11. Monti PM, Abrams DB, Binkoff JA, Zwick WR., Liepman MR, Nirenberg TD, Rohsenow DJ. Communication skills training, communication skills training with family, and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990; 51:263-270.
12. Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L. Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:243-250.
13. O'Connor PG, Gottlieb LD, Kraus ML, Segal SR, Horwitz RI. Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal. *J Gen Intern Med* 1991; 6:312-316.
14. Singleton EG, Gorelick DA. Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. In: Galanter M (editor). *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 14: The consequences of alcoholism.. New York, NY: Plenum Press, 1998, 177-195.
15. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:149-171.
16. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:249-255.
17. Swendsen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:173-189.
18. Heinz A, Weingartner H, George D, Hommer D, Wolkowitz OM, Linnoila M. Severity of depression in abstinent alcoholics is associated with monoamine metabolites and dehydroepiandrosterone-sulfate concentrations. *Psychiatry Res* 1999; 89:97-106.
19. Strowing AB. Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19:469-474.
20. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello JR, Michael J. The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:259-265.
21. Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L. Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol Alcohol* 1999; 34:359-369.
22. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, Clinical Version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press, Inc, 1997.
23. 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.
24. Evren C, Cetin R, Durkaya M, Dalbudak E. Clinical Variables Related with Relapse during 6 Month Follow-up in Male Alcohol Dependents. *Clinical Psychopharmacology Bulletin* 2010; 20:14-22.
25. Derogatis LR. *SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-II for the revised version*, Tawson, Clinical Psychometric Research, 1983.
26. Dag I. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:5-12.
27. Gibbs LE. Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review. *Drug Alcohol Depend* 1985; 12:279-285.
28. Coskunol H, Bagdiken I, Sorias S, Saygili R. Michigan Alkolizm Tarama Testinin Geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi* 1995; 34:15-18.
29. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23:1289-1295.

30. Evren C, Flannery B, Çelik R, Durkaya M, Dalbudak E. Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ) Türkçe Şeklinin Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Geçerliliği ve Güvenirliği. *Bağımlılık Dergisi* 2008; 9:128-134.
31. Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M. New possibilities in treatment and rehabilitation of alcohol-dependent patients — a catamnestic study on the efficiency of outpatient treatment programmes demonstrated by a model procedure. *Nervenarzt* 2003; 74:226–234.
32. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. Alcoholism Treatment Study Group. Alcoholism Treatment Study Group. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav* 2005; 30:1209-1224.
33. Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol* 1999; 34:197–222.
34. Gordon SM, Sterling R, Siatkowski C, Raively K, Weinstein S, Hill PC. Inpatient desire to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. *Am J Addict* 2006; 15:242-245.
35. Evren C, Durkaya M, Çelik R, Dalbudak E, Çakmak D, Flannery B. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda alkol aşermesinin aleksitimi ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:165-173
36. Evren C, Çetin R, Durkaya M, Dalbudak E, Çakmak D. Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Alkol Aşermesinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Genel Psikopatolojinin Şiddeti ile İlişkisi. *NöroPsikiyatri Arşivi* 2009; 46:3-7
37. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 1999; 23:151-160.
38. Sinha R, Fox HC, Hong KA, Bergquist K, Bhagwagar Z, Siedlarz KM. Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34:1198-1208.
39. Ornstein P, Cherepon JA. Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *J Stud Alcohol* 1985; 46:425–432.
40. Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *Br J Addict* 1992; 87:1249–1261.
41. Zywiak WH, Stout RL, Trefry WB, Glasser I, Connors GJ, Maisto SA, Westerberg VS. Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30:349-353.
42. Armor DJ, Meshkoff JE. Remission among treated and untreated alcoholics. *Adv Subst Abuse* 1983; 3:239–269.
43. Mundle G, Ackermann K, Günthner A, Munkes J, Mann K. Treatment outcome in alcoholism - a comparison of self-report and the biological markers carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase. *Eur Addict Res* 1999; 5:91-96.
44. Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud Alcohol* 2000; 61:55-63.
45. Boening JAL, Lesch OM, Spanagl R, Wolfgramm J, Narita M, Sinclair D, Mason BJ, Wiesbeck GA. Pharmacological relapse prevention in alcohol dependence: From animal models to clinical trials. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25 (Suppl. 5):127 –131.
46. Soyka M, Chick J. Use of acamprosate and opioid antagonists in the treatment of alcohol dependence: a European perspective. *Am J Addict* 2003; 12 (Suppl. 1):69-80.
47. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:563-570.