

---

# Alkol Kullanım Bozuklukları

**Uz. Dr. Ayhan KALYONCU\*, Uz. Dr. Hasan MIRSAL\***

## Özet

*Alkol kullanım bozuklukları hem yetişkinleri hem de gençleri etkileyen oldukça ciddi ve önemli bir sağlık sorunudur. Alkolle ilişkili bozuklukların toplumdaki yaygınlığı yaklaşık %7.5 kadardır. Alkol kullanım bozuklukları içme ve içmeme dönemleri ile giden değişik özellikler göstermektedir. Bu yazıda alkol kullanım bozuklukları sözü edilen değişik özellikleri yönünden gözden geçirilmiştir.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2000;4:22-30

## TARİHÇE

**A**lkol çok eski zamanlardan beri (M.Ö. 2000) var olan, insan beyninin fonksiyonlarını baskılayıcı özelliklere sahip, zehirli etkili, kullanımı oldukça yaygın olan bir maddedir. Alkol ve alkol kullanımına tarih boyunca farklı toplum ve topluluklarda değişik biçimlerde yaklaşılmıştır. M.Ö. 2000 yılında şarap ticareti Hammurabi kanunlarında anlatılmıştır. Diğer yandan milattan önceki yıllarda Eski Yunan'da şarap adına törenler yapılmış hatta adına "tanrı" atfedilmiş (Dionysos, Roma'da Bakhüs) oysa aynı çağlarda "spartanın çocukları" alkol kullananlara "acımasız" gözlerle bakmışlardır (Kanunları ile ünlü Solon İsparta'da alkol kullanımını yasaklayarak kullananları sokaklarda "teşhir" etmiştir).

Alkol; (Al-Kuhl) Arapça kökenli bir kelimedir. "Kuhl"

kaş boyamasında kullanılan antumuandan yapılan rastık tozu anlamına gelir. Türkçe'de, ispiroto kelimesi de kullanılmaktadır. İspiroto; Latince "Spiroto" (risk, soluk, yaşamın özü, yürekli, güçlü anlamına gelir) kelimesinden köken almaktadır. Dünyanın varoluşuyla ilgili Nuh Efsanesi, şarabın tufandan sonra dünyaya yayıldığını anlatmaktadır. Alkol bazı kaynaklara göre "yontma taş" devrinden bu yana vardır.

Alkol kullanımının "hastalık" olabileceğini ilk kez "maddeci filozoflar" dile getirmiştir. Tarihin büyük bölümünde içme davranışı "moral" bir özellik olarak değerlendirilmiş ve bu konuda köklü "inançlar" yerleşmiştir. Bu inançların bir kısmı içme davranışının karşısında bir kısmı da yanında olmuştur. Alkol kullanımının hastalık olarak kabul görmeye başlaması ise 14. yüzyıldan sonra olmuştur. Tıbbi kavram olarak ise 19. yüzyıl ortalarında "alkolizm" şeklinde kabul edilmiştir. Alkolizm sözcüğü ilk kez 1856 yılında Magnus Huss tarafından kullanılmıştır. Bu tarihten sonra da alkolizm kavramı değişik şekillerde

---

\* Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, İSTANBUL

tanımlanmıştır. Örneğin; 1904 yılında Mark Keller; "Alkolizm: Süregiden bir davranış bozukluğudur, bozuk bir beslenme, bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlık bozulmasıdır" şeklinde oldukça kapsamlı bir tanımlama yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü; 1960'larda; "İçki içmenin işine engel olduğunu değil de, işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama" tanımını kullanmıştır.

1960'larda Jellinek; alfa, beta, gama, delta, epsilon alkolizm tanımlamalarını getirmiştir.

En son tanımlamalar; 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü, 1994 yılında da Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılmıştır.

Alkol kullanımına ilişkin klinik tablolar Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından "biyopsikosozyal" bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Halen alkol kullanım bozuklukları "tanımı ve sonuçları" arasında çelişkiler olan bir hastalık kompleksidir. Tanının "uzman" tarafından yapılmasından çok, sorunun yaşanan tarafından kabullenilmesi önemlidir. Hastalığın "süreç" özelliği göstermesi sorunun anlaşılmasını, kabul edilmesini ve tedavisini güçleştirmektedir. Sorunun kabul edilmesinin güçlüklerinden bir diğeri de alkol kullanımının tarihinde yatmaktadır. Sorun; tarihin büyük bir bölümünde insanların çoğunluğu tarafından "ahlaki" açıdan değerlendirilmiştir. Tarihin alkol kullanım bozuklukları konusunda bize öğrettiği bir diğer özellik, bu konudaki tanımlama yaklaşımlarındaki karmaşanın devam edeceği şeklindedir. Son 10 yıl içinde ise bu konuda "tedavi edici hizmetlerin" yanında "koruyucu hizmetler" de önemli bir yer kaplamaya başlamıştır.

### **TOKSİK BİR MADDE OLARAK ALKOL**

Alkol, ağız yolundan alınır. Alındıktan yaklaşık beş dakika sonra kanda mevcuttur. Emilim mide ve ince barsaktan olmaktadır. Mide doluluğu, alkol molekülünün büyüklüğü gibi faktörler emilim hızını etkileyebilir. Alkol vücutta bütün sıvı bölümlerine kolayca geçebilir. Atılımının büyük kısmı karaciğerde biyotransformasyon şeklinde olmaktadır. Bir kısmı solunum yolu ile atılmaktadır. Bu oran oldukça sabittir ve pratikte solunum yolu ile kan alkol miktarının ölçülmesinde (alkolometre) kullanılmaktadır. Alkolün bir kısmı da cilt yolu ile atılabilir.

Alınan alkolün hemen bütün fizyolojik sistemler üzerine etkisi vardır. Bu etkilerin pratikte fazla bir önemi yoktur. Bu noktada alkolün oluşturduğu etki-

lerin pratik açıdan öngörülmesinin oldukça zor olduğu unutulmamalıdır.

Alkol farmakolojik etkilerini merkezi sinir sisteminde (MSS) membran lipidleri, NMDA (N-metil-D-Aspartat) reseptörleri, GABA-A (Gamaaminobutirikasit) reseptörleri, G proteinleri ve diğer membran yapıları üzerinden göstermektedir. Bağımlılık sürecinde GABA-A ve NMDA reseptörlerinin rolü olabilir. Bunun yanında alkolün MSS'deki bütün yapılar, oluşumlar ile dolaylı da olsa bir etkileşim içinde olduğu unutulmamalıdır.

Alkolün oluşturduğu etkilerden pratik önemi olanı davranışsal etkilerdir. Az miktarlarda (kan alkol düzeyi 50 mg/100 ml) sıklıganlık, endişe, sorumluluk duygularını azaltır, coşku oluşturabilir. Miktar arttıkça taşkınlık ve giderek baskılayıcı etkileri belirginleşir. Kan alkol düzeyi 500 mg/100 ml olduğunda koma oluşabilir. Bu fizyolojik etkiler bağımlılık sürecinde çok değişik özellikler gösterebilir. Bu nedenle bu bilgiler de pratikte çok önemli değildir. Deneyimli kişilerin yorumlarını gerektirebilir. Örneğin ilk kez alkol alan bir kişi kan alkol düzeyi çok düşük olsa bile davranışsal olarak "toksik" bir tablo gösterirken, bağımlılık sürecinin bir aşamasındaki kişi aynı kan düzeyinde "yoksunluk belirtileri" (terleme, titreme, sıkıntı vs), bir diğer bağımlı ise "coşku" hali gösterebilir.

Alkol fizyolojik bir madde değildir ve hiçbir durumda beden için gerekli değildir. Beden için gerekli ve faydalı olduğu tek durum "antiseptik ve lokal" etkileridir. Bu gerçek unutulmamalıdır. Ruhsal açıdan da aynı durum geçerlidir. Sosyal etkileri konusundaki yorum bu yazının sınırlarını aşmaktadır. Ancak bağımlılık geliştiğinde sosyal anlamda da olumsuz etkileri oldukça belirgin olmaktadır.

Alkol kullanımının artmasında, izole çalışmalarla elde edilen "olumlu" sonuçların oldukça etkili olduğu söylenebilir. Örneğin: "Her gün bir kadeh alkol kalp hastalığı riskini azaltıyor" gibi bir yayın veya haber doğrudan alkol kullanım dürtüsü oluşturmakta ve içenlerin içme rasyonelini güçlendirmektedir. Bunun yanında belirli çevrelerde alkol kullanımının yanında bağımlılık problemi de hoşgörü ile değerlendirilmektedir.

### **ALKOL KULLANIMI VE SORUNUNUN NEDENSELLİĞİ**

Alkol kullanımı ve sorunu arasındaki sınır oldukça belirsizdir. Ancak nedensellik ilişkisini sorgularken kullanımın önemine dikkat çekmek önemlidir. Bir

anlamda "alkol bağımlılığının oluşumunu" alkol kullanmak belirlemektedir. Alkol bağımlılığının etiyojisi ile ilgili olarak ortaya atılan teoriler sorunun anlaşılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. Bu teoriler aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

**1. Psikolojik faktörler ve teoriler:** Bu teorilerin dayanağı alkol bağımlısı olan ve olmayanların psikolojik testlerde gösterdikleri farklılıklardır. Bazı kişilik özellikleri ve sıkıntı düzeyleri iki grup arasında farklılıklar göstermektedir. Burada alkolün anksiyete (sıkıntı) gibi hoş olmayan duyguları ortadan kaldırma etkisinden "faydalanılmakta", sosyal etkileşim artırılarak daha aktif bir konum elde edilmekte, diğer yandan da kişiyi rahatsız edici "anılar" ortadan kalkmaktadır. "Bu durumlar" kişinin daha fazla ve sık alkol içme davranışını pekiştirmektedir.

**2. Sosyokültürel faktörler ve teoriler:** Sosyokültürel teoriler; sorunun tanımlanması ve anlaşılmasına pek az katkı sağlamaktadırlar. "Şu kültürde alkol bağımlısı daha fazla görülmektedir" gibi bir ifade olanaksızdır. İtalya, İsrail ve Fransa'da alkol evlerde çok yaygın olarak bulunmakta ve "dini" törenlerde kullanılmaktadır. Ancak ilk iki "kültürde" alkol bağımlılığı diğer kültüre göre daha az bulunmuştur.

**3. Genel biyolojik etkenler ve teoriler:** Bu teoriler alkolün bireyler arasında farklı biyolojik etkiler oluşturma temeline dayanmaktadır. Son yıllarda dopamin, serotonin, noradrenalin ve diğer bir çok nörotransmitter ile ilgili çalışmalar konuya açıklık getirmeye çalışmaktadır. Biyolojik değişiklikler ile alkol bağımlılığı arasında bir ilişki olduğu görüşleri yeni kanıtlar getirmesine rağmen "genel geçer bir sav" henüz kabullenilmiş değildir.

**4. Genetik faktörler ve teoriler:** Bu konuda da çalışmalar yoğunluğunu giderek arttırmaktadır. "Tek yumurta ikizleri ve evlatlık olanlar" arasında yapılan çalışmalar konuya ancak kısmi açıklamalar getirmiştir. Birinci derece yakınında alkol bağımlısı olan birinin "bağımlı olma" riski olmayana göre yaklaşık dört kat daha fazla olarak bulunmuştur.

Görüldüğü gibi alkol bağımlılığının "gelişmesinde" bir çok faktör rol oynamaktadır. Oluşmasında bir çok faktörün rol oynadığı bir hastalıkta tedavi arama davranışının da bir çok faktör tarafından etkilenmesi olasıdır.

### ALKOLLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği alkol ile ilişkili bozuklukları aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır.

## I. ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI

**1. Alkol kötüye kullanımı:** 12 ayda aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının önemli ölçüde var olması bu tanıyı koydurur:

- Alkol kullanımı nedeniyle iş, okul ve ev içindeki görevlerin aksaması,
- Alkol etkisi altında araba veya makine kullanma,
- Alkol kullanımı ile ilişkili yasal problemler yaşama,
- Tekrarlayan ve artan sosyal, kişiler arası sorunlara rağmen alkol kullanmaya devam etme.

**2. Alkol bağımlılığı:** 12 ayda aşağıdaki belirtilerden 3 veya daha fazlasının var olması bu tanıyı koydurur:

- İçilen alkol miktarının öncesine göre belirgin ölçüde artış göstermesi veya içilen miktarla istenilen ölçüde etki sağlayamama: Bu durum alkol toleransının artması anlamına gelmektedir.
- Alkol alınmadığı ilk zamanlarda yoksunluk belirtileri yaşama: Genellikle alkol alınmayan ilk günlerde; terleme, titreme, sıkıntı, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı, tansiyon yükselmesi gibi bazı fiziksel belirtiler yaşanır. Bu belirtiler ilk zamanlarda 2-3 gün içinde ortadan kaybolur veya azalarak 1-2 hafta devam edebilir. Zaman ilerledikçe, yani bağımlılık şiddeti arttıkça bu belirtiler yaşamı tehdit eden, ölüme giden hastalıklarla sonuçlanabilir.
- Alkolün niyetlenildiğinden fazla miktar ve sürelerde kullanılması.
- Alkol içmeyi kontrol etme veya kesmede başarısızlık.
- Alkol elde etmek için aşırı zaman harcama.
- Alkol kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerde, iş yaşantısında, üretici faaliyetlerde azalma veya bu alanlardan tamamen kopma.
- Alkol kullanımı nedeniyle artan veya tekrarlayan fiziksel ve psikolojik sorunların varlığının bilinmesine karşın alkol kullanmaya devam etme.

## II. ALKOL KULLANIMININ YOL AÇTIĞI BOZUKLUKLAR

- Alkol entoksikasyonu
- Alkol yoksunluğu
- Alkol entoksikasyonu deliriyumu
- Alkol yoksunluğu deliriyumu
- Alkolün yol açtığı kalıcı demans

6. Alkolün yol açtığı kalıcı amnestik bozukluk
7. Alkolün yol açtığı psikotik bozukluk (hezeyanlarla giden)
8. Alkolün yol açtığı psikotik bozukluk (halüsinasyonlarla giden)
9. Alkolün yol açtığı duygudurum bozukluğu
10. Alkolün yol açtığı anksiyete bozukluğu
11. Alkolün yol açtığı cinsel fonksiyon bozukluğu
12. Alkolün yol açtığı uyku bozukluğu
13. Başka türlü adlandırılmayan alkolle ilişkili bozukluklar.

Dünya Sağlık Örgütü ise konuyu "Alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar" başlığı altında aşağıdaki şekilde ele almaktadır. Her iki tanımlamada da alkolün "toksik" özellikleri ile ilgili oluşan hastalıklar dikkate alınmamış görünmektedir.

**1. Akut zehirlenme:** Kullanılan maddenin bireyin fizik sağlığını tehlikeye attığı klinik durumdur. Ölümle sonuçlanabilir. Acil tıbbi müdahale gerektirir.

**2. Zararlı kullanım:** Madde kullanımı nedeniyle biyopsikososyal bir sorunun oluşma durumudur. Bu durum genellikle dikkate alınmamaktadır. Ancak kişinin bazı davranışları yaşamda ancak bir kez yapma "şansı" olduğu unutulmamalıdır. Kişinin kullandığı madde nedeniyle zarar görmesi ölüm sınırına gelmesi anlamına gelmemelidir. Zararlı kullanım ülkemizde sağlık çevrelerinde de çok fazla önemsenmemekte, "kullanmasan iyi olur, azaltmaya çalış, dikkatli kullan" gibi sözlerle geçiştirilmekte ve kişinin daha fazla zarar görmesi "teşvik" edilmektedir. Oysa zararlı kullanım olarak tanımlanan durumlar da oldukça önemlidir ve dikkatli tedavi gerektirir. Bu nedenle içilen miktar, sıklık dikkate alınmadan bir kişinin "kullanım" ile ilgili bir sorunu olduğu düşündürüyorsa kişi "taviz" vermeden tedavi edilme-ye çalışılmalıdır.

**3. Bağımlılık sendromu:** Bu durum daha çok kullanılan madde ile o an olan ilişkiyi tanımlar. Kişi kullanılan maddenin yoksunluğunu yaşıyor (sıkıntı, terleme, titreme, bulantı vs) olabilir veya tedavi altında madde kullanılmıyordur. Her bağımlılık yapıcı maddenin kendine özgü bir yoksunluk tablosu vardır. Alkol yoksunluğunun oldukça ciddi ve ölümcül olabileceği unutulmamalıdır.

**4. Bırakma durumu:** Kişi bağımlıdır, ancak bırakmış ve halen kullanmamaktadır.

**5. Bırakma durumu (deliriyumla birlikte):** Yoksunluk deliriyumu özellikle alkol bağımlılığında görülmektedir (buna deliriyum tremens denir). Psikiyatrideki önemli acil durumlardan birisidir. Yakın takip gerektirir.

**6. Psikotik bozukluk:** Düşünce ve davranışların bozulduğu psikiyatrik tablolardır. Alkol, esrar, kokain gibi maddelerin kullanımı ve yoksunluk dönemlerinde oluşabilir. LSD, fensiklidin (melek tozu) gibi halüsinojenlerle de psikotik bozukluklar oluşabilir.

**7. Amnezik sendrom:** Madde kullanımına bağlı olarak kayıt işleminin bozulduğu anterograd tipte amnestik bozukluklar görülebilir. Bazen alkol kullanımı bırakıldıktan sonra klinikte tanınması oldukça zor olan "unutkanlık" tabloları görülmektedir. Bu da hastayı büyük sıkıntıya sokmakta hatta bu endişeler uygun açıklamalar ile ortadan kaldırılmazsa kişi tekrar içmeye başlamaktadır. Uzamış yoksunluk olarak tanımlanabilecek bu durumlar kalıcı amnezi-lerden ayrılmalıdır. Alkole bağlı olan bu durumlar genellikle altı ay sonra ortadan kalkmaktadır.

**8. Kalıntı ve geç başlayan psikotik bozukluk:** Bazı bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının bırakılmasından çok uzun süre sonra psikotik tablolar oluşturabilirler. Özellikle esrar, LSD, uyarıcılar ve kokain kullanımının bırakılmasından sonra da tedavi gerektiren bozukluklar meydana getirmektedirler. Esrar kullanıcıların çoğunda kişilik değişiklikleri ve motivasyon kaybı yapabilir. Yine flashback denilen geridönüşler meydana gelebilir. Bu durumlarda kişi madde kullanmadığı halde madde etkisi altında gibi belirtiler gösterebilmektedir.

**9. Başka ruhsal ve davranışsal bozukluklar:** Depresyon, anksiyete bozuklukları madde kullanımı ile birlikte oldukça sık görülmektedir.

**10. Belirlenmemiş ruhsal ve davranışsal bozukluklar:** Bazen madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların tanımı, sınırları tam olarak yapılamaz.

## ALKOL KULLANIMI VE FİZİKSEL HASTALIKLAR

Alkol kullanımı ile birlikte bedenin hemen her bölgesinde başka bir fiziksel hastalık oluşabilir. Bu bağlamda alkol "sifiliz etkenine" benzetilebilir. Bu hastalıklar şunlardır: hipertansiyon, aritmiler, iskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, serebrovasküler kanamalar, gastrointestinal kanamalar, pankreatit, özefagus işlev bozuklukları, mide-duodenum ülserleri, emilim bozuklukları, kronik ishaller, karaciğerde yağlanma-iltihap-siroz, kanser, cinsel işlev bozukluk-

ları, kronik baş ağrıları, uyku bozuklukları, amneziler, periferik nöropati, pellegra ensefalopatisi, anemiler, fetal alkol sendromu vs.

Tüm dünyada alkol kullanımı ile ilişkili sorunlar oldukça yaygın ve masraflıdır. Ülkelerin ekonomik ve sosyal durumlarından bağımsız olarak; tıbbi harcamaların büyük bir kısmı alkol kullanımına bağlı hastalıkların tedavisi için kullanılmaktadır. Yine alkol kullanımının oluşturduğu etkiler üretkenliğin önemli ölçüde azalmasına neden olabilmektedir. ABD'de genel tıbbi yardım isteyen hastaların 1/5'inde alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı olduğu tahmin edilmiştir.

### PRATİK AÇIDAN ALKOL BAĞIMLILIĞI SÜRECİ

Alkol bağımlılığının gelişim aşamaları üç aşamada değerlendirilebilir.

**1. Yoksunluk aşaması:** Düzenli olarak haftada 3-4 kez alkol alan bir kişi yaklaşık beş yıl sonra sabahları kalktığı anda hafif baş ağrıları, gerginlik, sıkıntı, huzursuzluk hissetmeye başlar. Bu belirtiler "akşam fazla kaçırmaya" bağlanmaktadır. Oysa bağımlılık bu aşamada bir uzman gözü ile başlamıştır. Bu arada kişinin kullandığı günlük alkol miktarı ilk kullandığının yaklaşık %50'sinin üzerine çıkmıştır. Bu aşamada hissedilen sorunlar soda vs. gibi sıvılarla geçiştirilmeye çalışılır. Hatta bazen kişi bir iki hafta ara verir. Bu aşama yaklaşık 5 yıl kadar devam eder.

**2. Kontrol kayıpları aşaması:** Bu aşama 10. yıl başlarına rastlar. Kişi niyetlendiğinin çok üzerinde ve sürelerle alkol kullanmaya başlamıştır. Artık çevresindekiler tarafından eleştirilmeye başlar, arkadaşlarını yavaş yavaş kaybeder. Bu arada yakın çevresi tarafından da az içmesi konusunda uyarılır. Kişi sabahları daha fazla ve şiddetli yoksunluklar yaşamaya başlar, işe gitmemeler olabilir, aile içinde çatışmalar yavaş yavaş artar. Bu durumun "çaresi" olarak bağımlı sabah veya öğlen arasında da alkol alabileceği ortamlar yaratır. İş yemekleri, araba veya işyerine bar kurma gibi özellikler görülebilir. Kişi kontrol kayıpları nedeniyle kaybettiği "prestiji" bu "jestlerle" karşılamaya çalışır. Bu dönemin sonunda sorunlar oldukça belirginleşmiştir. Alkol bırakma süreleri aylarca sürebilir.

**3. Biyopsikososyal hasar aşaması:** Bu aşamada karaciğer bozulmuş, ruhsal anlamda tedavi edilmesi gereken bir sorun oluşmuş (depresyon, uykusuzluk vs), iş yaşantısı bozulmuş, aile sorumlulukları belirgin olarak azalmıştır.

Bu aşamadan sonra ailenin diğer üyelerinin baskıları artar. Kişi genellikle bir iç hastalıkları uzmanına gider. Karaciğerde "yağlanma" olduğu, alkol içmemesi gerektiği söylenir. Kişi eğer ciddi bir yoksunluk yaşamıyorsa bir süre alkol almaya bu yöntemle ara verir. Sorunun doğru çözümü bu yaklaşım olmadığı için kişi yaklaşık 5 yıl gibi bir süre alkol kullanmaya devam eder. Bu aşamadan sonra ailenin çabaları, başka bir hekim tavsiyesi gibi zorlamalarla kişi bir psikiyatri uzmanı ile görüşür. Bu aşamadan sonra yapılanlar ve olanlar uzmanlık sınırları içindedir. Ancak bu aşamadan sonra da sorunun iyi bir yaklaşımla kabul edilme ve uygun çözüm yolları kullanılma oranı yaklaşık %60'tır.

Yukarıda anlatılan bu süreç tamamen pratik deneyimlerin oluşturduğu gözlemlere dayanmaktadır. Ülkemizde olan budur. Bu süreç olması gerekenle karıştırılmamalıdır. Başka bir sorun ile gelen her kişi "alkol" kullanımı açısından sorgulanmalı, alkol kullanımına bağlı fiziksel bir sorun (karaciğer fonksiyonlarında artış, gastrit, anemi vs), ruhsal bir sorun (depresyon vs), sosyal bir sorun (iş performansında azalma, aile çatışmaları vs) görüldüğünde uygun bir yaklaşım ile kişi ilgili uzmana (psikiyatri uzmanı) sevk edilmelidir.

Alkol bağımlılığı tanısı koymak oldukça kolaydır. Yukarıda anlatılan sürecin değerlendirilmesi tanı koymaya yeterlidir. Ancak alkol bağımlılığında tanı koymaktan çok sorunu "kabul etmek" önemlidir.

### YAŞAM BİÇİMİ OLARAK ALKOL KULLANIMI

Alkol kullanımı doğrudan zihin fonksiyonlarını etkiler. Bu etki; alkol kullanımı ve yaşam biçimi arasında sıkı bir bağ oluşmasına neden olmaktadır. Kendi içinde belirli bir tutarlılığı olan bu yaşam biçimi hemen son aşamalara kadar kullanıcı ve de yakınları tarafından "normal-olağan" olarak algılanmaktadır. Yaşam biçiminin oluşması şu şekilde özetlenebilir:

**1. Kaçınma:** Alkolün "keyif" verici etkisi ile tanışılmış ve bu duygudurumunu elde etmek için bir arayış başlamıştır. Bir anlamda alkol etkisi "normal bir duyum" olarak algılanmaktadır. Kişi diğer duygudurumlarından kaçınma davranışı gösterir. Özellikle belli bazı durumlarda bu etkiyi daha fazla arzular.

**2. Sürdürme:** Başlangıçtaki etkiyi yakalama çabasıdır. Kişi alkol etkisini yaşamının bazı durumlarında değil hemen her durumunda hissetmek ister.

**3. Yeniliklerin azalması:** Yeni ilişkiler, yeni yaşan-

tilar aranmaz ve kurulmaz. Yaşam durağanlaşmaya başlamıştır.

**4. Daralma:** Kendi içinde bir döngü oluşturma çabası vardır. Kişi iş, ev ve içme davranışı arasında oldukça sınırlı bir yaşam sürdürür.

**5. Yapılanmanın bozulması:** İş, evlilik, çevre ilişkilerinde bozulmalar başlamıştır.

**6. Çöküş:** "Kaçınılmaz nokta" yaşanmaya başlanır. Kişi işten atılabilir, boşanmalar oluşabilir.

Yaşam biçimi olarak sorun "kaçınma" aşamasında başlamasına rağmen kişinin yaşadıklarını sorun olarak algılamaya başlaması "çöküş" aşamasında olabilir.

### ALKOL BAĞIMLILIĞI VE KOMORBİDİTE

Alkol bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. "Komorbidite" olarak adlandırılan bu durumda; alkol bağımlılığı ile kişilik bozuklukları, diğer bağımlılık yapıcı maddelere bağlı oluşan bozukluklar, duygudurum bozuklukları (özellikle depresyon) ve anksiyete bozuklukları değişik çalışmaların ilgi odağı olmuştur. Alkol bağımlılığı ile duygudurum bozuklukları ve de özellikle anksiyete bozuklukları arasındaki "nedensellik" ilişkisinin nitel ve nicel yönü kesin olarak belirlenememiştir. Ancak alkol bağımlıları arasında, genel populasyona göre bu tür bozuklukların yaygınlığı daha yüksektir. Agorafobi ve sosyal fobide alkolün belirtileri yatıştırmak için kullanıldığı ancak obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunda ise alkol probleminin daha önceden var olduğu biçiminde sonuçlar elde edilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların başka bir bağımlılığa sahip olma "şansları", alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre yedi kat fazla bulunmuştur. Bu hastaların yaklaşık %37'sinin eşlik eden psikiyatrik bir hastalığı vardır. Bu psikiyatrik hastalıkların oranları ise; anksiyete bozuklukları %19.4, antisosyal kişilik bozukluğu %14.3, duygudurum bozuklukları %13.4 şeklindedir. Psikiyatrik hastalıklardaki alkol kullanım bozukluğu ise yaşam boyu yaygınlık olarak %22 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise psikiyatrik hastalıkların yaklaşık %64'ünde "madde kullanım öyküsü" saptanmış ve %29'u DSM-III-R ölçütlerine göre "madde kullanım bozukluğu" tanısı almıştır. Bu bozukluklar arasında en büyük yeri alkol ile ilgili olanlar almaktadır.

Alkol kullanımı ile anksiyete bozuklukları ve

duygudurum bozuklukları arasındaki birincil-ikincil olma ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çok kesin veriler ortaya koyamamıştır. Ancak bazı kişilerin alkolün "anksiyeteyi ortadan kaldırıcı etkisinden faydalandıkları" ve kendi kendilerini "tedavi etme" yoluna gittikleri bilinmektedir. Sosyal fobi ve agorafobi ile bipolar I bozukluk arasındaki böyle bir ilişki daha açık gibi görünmektedir. Alkolün anksiyete veya başka bir psikiyatrik belirtiyi ortadan kaldırmak için kullanılması, alkol kullanımının "pozitif pekiştireç" yönünü artırıyor olmalıdır.

Alkol ile ilişkili bozukluklarda intihar girişimi yaygınlığının %10-15 arasında değiştiği bulunmuştur. Bunun yanında intihar davranışında alkol kullanımı çok daha yüksek oranlardadır. Alkol bağımlılığında intihar riskini arttıran faktörler; major depresif bozukluk, psikososyal destek azlığı, ciddi fiziksel hastalık varlığı, işsizlik ve yalnız yaşamadır.

### ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ

Alkol kullanım bozukluklarında klinik tedavi gerektiren durumlar şöyle özetlenebilir:

1. Delirium tremens ve alkol entoksikasyonu,
2. Fiziksel başka bir hastalığın varlığı (hipertansiyon, diabetes mellitus vb),
3. Başka bir ruhsal hastalığın varlığı (depresyon, psikoz vb),
4. Kendine ve çevresine zarar verme potansiyeli (intihar vb),
5. Daha önceden yapılan ayaktan izleme tedavisine olumlu yanıt alınamaması,
6. Alkolü bırakmak için gerekli çevresel ve aile desteği yoksunluğu,
7. Başka bir bağımlılıkla birlikte olması,
8. Alkol bağımlılığı konusunda yeterli bilgi sahibi olmamak.

Tedavi eden, bağımlı ve aile, alkol bağımlılığının şu özelliklerini başlangıçta kabul etmelidir:

1. Alkol bağımlılığı süregiden bir hastalıktır, hastalık "bir günde" (böyle bir hastalık zaten yok gibidir) oluşmamıştır. Bir günde de çözüm yolu bulunamaz. Aslında alkol bağımlılığının "çözümü" bir anlamda çözüm yolunun açılmasıdır. Alkol bağımlılığının bu süregiden özelliği, aile ilişkilerinin yürümesini sağlayan-belirleyen rollerin şekillenmesini zaman içinde etkilemektedir. Roller aynen sürdürülebilir (!),

yer değiştirebilir, eksik yürütülebilir veya hiç yürütülemez hale gelebilir.

2. Alkol bağımlılığının nedeni "alkol içmektir". Alkol insanın düşünce yapısını, duygularını ve dolayısı ile davranış kalıplarını etkileyen "psikoaktif" bir maddedir. Bunun anlamı; öğrenme, sorun çözme, gerçeği değerlendirme, mantık yürütme, duyma, algılama, davranma kısaca insana dair ne varsa etkilenmesidir. Üstelik bu etkilenme sadece alkol kullanan için değil, diğer aile üyeleri için de geçerlidir.

3. Alkol bağımlılığı içme ve içmeme dönemlerinden oluşur. Bu dönemlerin sınırları da çok kesin değildir. Ancak içme ve içmeme dönemleri birbirlerini etkileyen belki de belirleyen farklı özelliklere sahip "özgün" dönemlerdir.

4. Alkol etkisi altında yaşayanlar bir dereceye kadar "özgüdür". Her içme döneminde ve alkol etkisi altında yaşayanlar benzerdir. Üstelik bu benzerlik her aile bireyi için de geçerlidir. Alkol aldığı anda sorumluluklarını yerine getiremeyen bir bağımlı hemen her alkol aldığı anda benzer davranış kalıpları gösterecektir. Aynı benzerlik diğer aile bireyleri için de geçerlidir.

5. Alkol bağımlılığı aile ilişkileri sürecini etkiler. Bu etkinin geleceği belirsizdir. Başka bir deyişle, alkol bağımlılığının olduğu bir ailenin "geleceği" öngörülemez. Bu, umutsuzluk olarak algılanmalıdır. Böyle bir özellik; sorunun oluşma sürecinde rolü olan herkesin çözüm sürecinde de bir rolü olması demektir. Yani alkol sorununun çözümünün sorumluluğu yalnızca bağımlının değildir.

### **ALKOL BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ VE SONUÇLARI İLE İLGİLİ İLKELER**

Genel olarak; nüks sürecine etkili olabilecek hasta ve tedavi programları ile ilgili faktörler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Tek başına etkili bir tedavi yöntemi yoktur. Bir bağımlı için birkaç yöntemi birlikte uygulamak daha olumludur.
2. Tedavi ortamından çok tedavinin içeriği daha fazla etkiye sahiptir.
3. Terapist özellikleri; özellikle empati sonuçları etkiler.
4. Hastaların benzer özellikte olmalarının iyi sonuçlara katkısı vardır.
5. İşyeri tarafından tedaviye motive edilme ve işve-

renin tedavi programına katılması tedavi sonuçlarını olumlu olarak etkilemektedir.

6. Grup terapi ve grup etkileşimine ağırlık vermenin sonuçları olumlu olarak etkilediği ileri sürülmüştür.

7. Tedavi ekibinin özellikleri; medikal yönelimli tedavi programlarında bağımlıların tedavi programını tamamlama eğiliminde oldukları saptanmıştır.

8. Psikiyatrik değerlendirme; birlikte var olan psikiyatrik başka bir hastalığın değerlendirilmesi ve uygun şekilde ele alınması oldukça önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları oldukça değişkendir.

9. Hastanede yatma süresi; bazı çalışmalarda hastanede kalma süresi ve olumlu sonuçlar arasında ters bir ilişki, bazı çalışmalarda ise pozitif bir korelasyon saptanmıştır.

### **ALKOL BAĞIMLILIĞINDA NÜKS KAVRAMI**

Alkol bağımlılığı, alkol içme ve içmeme dönemleri olan kronik bir hastalıktır. Bu iki dönem genellikle birbirinden kesin sınırlarla ayrılmaz. Hastalığın nüks etmesi de soruna "sonuç" ve "süreç" ile ilgili bakış açısına göre değişmektedir. Ancak nüks önleme; bilişsel-davranışsal bir tedavi sürecidir. Bu tedavi süreci, bilişsel tekniklerle davranışsal becerileri bir araya getirerek istenen davranış değişikliklerinin oluşturulmasını ve sürdürülmesini sağlamaktır. Nüksleri önlemede; bağımlının alışkanlıkları, yaşam biçimi, alkol kullanımı ile ilgili yanlış düşünce ve beklentileri değiştirilmeye, yeni başa çıkma yolları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Alkol bağımlılığı bir süreç ise aynı zamanda nüks de bir süreç olarak kabul edilmelidir. Üstelik nüks olayı hemen her bağımlıda her defasında benzer bir süreç izlemektedir. Bu nedenle önceki nüks süreçlerinin tanımlanması daha sonraki nüks süreçlerini önlemeyi kolaylaştıracaktır. Nüks süreci genellikle olumsuz düşüncelerle başlamaktadır. Bu düşüncelerin temelinde de daha önceden yerleşmiş, alkol bağımlılığı konusundaki "yanlış inançlar" yani mitler vardır. Tedavi sürecinde bu yanlış inançların bulup çıkarılması nüks sürecinin engellenmesini de kolaylaştıracaktır. Yapılan çalışmalarda tekrar alkol içme sürecini hızlandıran bazı faktörlerin olduğu saptanmıştır. Nükslerin büyük bir bölümü "negatif emosyonel durumlar, kişiler arası çatışmalar ve sosyal baskı" ile ilgilidir. Dünyada kabul edilmiş tüm alkol tedavi programlarının ilk amacı bağımlıyı olabildiğince uzun süre ayık tutabilmektir. Alkol bağımlısının yaşam kalitesinin

arttırılmasının birinci koşulu "ayıklıktır". Alkol bağımlılarının %65'inin 1 yıl süre ile "ayık" kalabildiği, hatta %20-30'unun tedavi görmeden bunu gerçekleştirebildiği kabul edilmektedir.

"Nüks" özet olarak kolay tanımlanabilecek bir "durum" değil, oldukça karmaşık bir "süreçtir". Klasik bağımlılık tedavisi yaklaşımlarında "içme-içmeme" dönemleri arasında kesin bir ayırım vardır. Ancak son zamanlarda, "içme-içmeme" dönemlerinin bir süreç olması gibi ara dönem de bir süreç olarak görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle bu geçiş sürecinin anlaşılması tedavi başarısını da arttıracaktır. Yapılan çalışmalarda, nüks sürecinin hemen tüm bağımlılık yapıcı maddelerde benzer özellikler taşıdığı gösterilmektedir.

Nüks önleme; istenen davranış değişikliklerini devam ettirmede bağımlıya yardımcı olmak amacıyla bilişsel müdahale teknikleriyle davranışsal becerileri birleştiren "bilişsel-davranışsal" tedavi şeklidir. Nüks önlemenin amacı bağımlıya nüks sorunu ile başa çıkmak için davranışını nasıl değiştirebileceğini öğretmektir.

Nüks önleme modelinin hedefleri:

1. Yeni ve daha uygun başa çıkma yöntemleri geliştirmek,

2. Alkol kullanımı ile ilgili yanlış düşünce, inanç ve beklentileri değiştirmek,

3. Alışkanlıkları ve yaşam biçimini değiştirmek.

Nüks önleme; alkol-madde bağımlılıkları yanında, aşırı alkol içme davranışı, sigara içme, aşırı yemek yeme, kumar oynama ve riskli seksüel davranış sorunlarında da uygulanabilir.

Nüks önlemede "yüksek riskli durumlar"ı tanımak ve bu tür ortamlarda alkol içmeden dürtü ile başa çıkma yöntemlerini öğretmek oldukça önemlidir.

## SONUÇ

Alkol kullanım sorunları; tarih boyunca tanım, süreç, klinik belirtiler, seyir ve tedavi gibi özellikler açısından çok değişik şekillerde ele alınmışlardır. Bu değişik yaklaşımların anlamı; tarihi, toplumsal, ekonomik, politik, etik bir çok konu ile ilgili olabilir. Ancak "medikal" açıdan bu değişikliğin iki nedeni olabilir. Bunlardan birincisi "alkolün" fizyolojik-insan bedeni için gerekli bir madde olmaması diğeri de etkisini doğrudan karar merkezleri yani zihin işlevlerinde gösteriyor olmasıdır. Bu yazı tarihsel yanı sıra da içine alarak bu konuyu pratik deneyimlerle birleştirip irdelemeye çalışmıştır.

## Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Berglund M (1984) Suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry, 41: 888-891.
- Bradley KA (1992) The primary care practitioner's role in the prevention and management of alcohol problems. Alcohol Health and Research World, 18(2) 97-104.
- Brady K, Casto S, Lydiard RB et al. (1991) Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. Am J Drug Alcohol Abuse, 17:389-397.
- Clemmens MC (1997) Getting beyond sobriety. Clinical Approaches to Long-Term Recovery, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Chopra KS, Preston DA, Gerson LW (1979) The effect of constructive coercion on the rehabilitative process: a study of the employed alcoholics in an alcoholism treatment program. J Occup Med, 21: 749-752.
- Coşkunol H (1996) Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi, Bornova, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.
- Cummings C, Gordon J, Marlatt GA (1980) Relapse: Strategies of prevention and prediction. The Addictive Behaviors, WR Miller (Ed), Oxford, U.K, Pergamon Press.
- Finney JW, Moos RH, Chan DA (1981) Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: a comparison of two techniques for process analyses. J Consult Clin Psychol, 49: 120-131.
- Gorski TT, Miller M (1986) Staying Sober: a guide for relapse prevention. Herald House/Independence Press.
- Goodwin DW (1994) Alcoholism: The Facts. Second edition, New York, Oxford University Press.
- Goodwin DW (1989) Alcoholism. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Williams & Wilkins.
- Hester RK (1994) Outcome research: Alcoholism. Textbook of Substance Abuse Treatment, M Galanter, HD Kleber (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc., s. 35-43.
- Jellinek EM (1960) The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Conn., New Brunswick, N.J., College and University Press, in association with Hillhouse Press.
- Kalyoncu A, Mırsal H, Şatır T ve ark. (1999) Alkol Bağımlılığında Nüks Nedenlerinin Araştırılması, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 6-12 Eylül 1999, Trabzon.
- Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal H ve ark. (1999) Sociodemographic variables and treatment results of the Anatolia Clinics inpatients. 38. International Congress on Alcohol, Drugs and Other Dependencies, Vienna, Austria, 16-20 August.
- Kaplan HI, Sadock BS, Grebb SA (1994) Alcohol-related disorders. Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı, Williams and Wilkins, s.396-411.
- Knott DH (1986) Alcohol Problems: Diagnosis and Treatment. New York, Pergamon Press.

19. Kushner MA, Sher KJ, Bertman BD (1990) The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 147:685-695.
20. Köknel Ö (1989) Genel ve Klinik Psikiyatri, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
21. Lawson G, Peterson JS, Lawson A (1983) Alcoholism and the Family. A Guide to Treatment and Prevention, Rockville, MD, Aspen.
22. Marlatt GA, Gordon JR (1985) Relapse prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, New York, Guilford Press.
23. Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP et al. (1982) Is treatment for substance abuse effective? *JAMA*, 247:1423-1428.
24. Meyer RE (1986) Psychopathology and Addictive Disorders. New York, Guilford Press.
25. Mırsal H, Pektaş Ö, Kalyoncu A ve ark. (1999) Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 6-12 Eylül 1999, Trabzon.
26. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö ve ark. (1999) The treatment program of the Anatolia Clinic for alcohol related disorders. 38 International Congress on Alcohol, Drugs and Other Dependencies, Vienna, Austria, 16-20 August.
27. Moberg DP, Krause WK, Klein PE (1982) Post-treatment drinking behavior among inpatients from an industrial alcoholism program. *Int J Addict*, 17: 549-567.
28. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E et al. (1992) Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 49:459.
29. Pies RW (1994) Clinical Manual of Psychiatric Diagnosis and Treatment. A biopsychosocial approach, Washington DC, American Psychiatric Press.
30. Rae JB (1972) The influence of wives on the treatment outcome of alcoholics: a follow-up study at two years. *Br J Psychiatry*, 120: 601-613.
31. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264:2511-2518.
32. Schuckit MA (1994) Goals of treatment. Textbook of Substance Abuse Treatment, M Galanter, HD Kleber (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.3-10.
33. Schuckit MA (1995) Alcohol-related disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BH Sadock (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins, s.775.
34. Schuckit MA (1995) Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment, 4th Edition, New York, Plenum Medical Book Company.
35. Smart RG, Gray G (1978) Multiple predictors of dropout from alcoholism treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 363-367.
36. Steinglass P, Bennett L, Wolin SJ et al. (1987) The Alcoholic Family. New York, Basic Books.
37. Stinson DS, Smith WG, Amidjaya I et al. (1979) Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients, *Arch Gen Psychiatry*, 36: 535-539.
38. Weiss RD (1994) Inpatient treatment. Textbook of Substance Abuse Treatment, M Galanter, HD Kleber (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s.359-368.
39. WHO (1992) The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, Oxford University Press, World Health Organization.
40. Zimberg S (1982) The Clinical Management of Alcoholism. New York, Brunner / Mazel.