

Alkol Bağımlılığında Relaps

Zuhal DOĞRUER*, M. Hakan TÜRKÇAPAR**, Ahmet İNCE***

ÖZET

Alkol bağımlılığının en önemli özelliklerinden biri süregenleşen ve relapslarla giden doğasıdır. Bu fenomeni açıklamak için çeşitli modeller ileri sürülmüştür. Alkolik hastalardan hangilerinde relaps görüleceğinin öngörülmesi, hem klinisyenlerin hem de araştırmacıların ilgi alanıdır. Bu yazıda, ileri sürülen relaps modelleri ve relapsı öngören faktörler ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır. Sonuçta; relaps olan ve olmayan hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerinin farklılık gösterdiği görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Alkol, bağımlılık, relaps, kişilik, anksiyete, depresyon.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2002;5:43-49

SUMMARY

Relapse in Alcohol Dependency

One of the most important characteristics of the alcohol dependency is its chronic and relapsing nature. Various models have been proposed to account for this phenomenon. The accurate prediction of which alcoholic patients would relapse concerns both clinicians and researchers. In this review the proposed relapse models and the factors predicting relapse were discussed by reviewing the related literature. As a result what was observed is that the patients who relapse and who do not differ in terms of biological, psychological and social characteristics.

Key Words: Alcohol, dependency, relapse, personality, anxiety, depression.

GİRİŞ

Sağlıkla ilişkili davranışlar özellikle bağımlılık bozuklukları ile uğraşan alanlarda relaps problemi önemli bir güçlüktür (Brownell ve ark 1986). Alkol kullanım bozuklukları uzun süreden beri yinelemelerle giden kronik durumlar olarak bilinmektedir (Chick 2000). 1971'de yapılan bir çalışmada alkolizm nedeniyle tedavi edilmiş kişiler arasında kümülatif relaps oranlarını 2 hafta sonra %35, 3 ay sonra %58 bulunurken 1978'de relapsı tedavi öncesi içme miktarına dönüş şeklinde tanımlandığı başka bir çalışmada tedavi sonrası 12 aylık izlemde %50 civarında bulunmuştur. Relapsın bir kez içki tüketimi olarak tanımlandığı diğer bir çalışmada relaps oranı %90 olarak bildirilmiştir (Connors ve ark 1996). Diğer bir çalışmada ise yine alkol ve diğer madde kullanım bozukluğu olan hastaların %50-60 veya daha fazlasının detoksifikasyondan sonraki birkaç ay içinde tekrar içmeye başladıkları bulunmuştur. Birçok çalışmada da kullanılan maddenin ne olduğu hesaba katılmadığında madde kullanım bozukluğu tedavisinden sonraki 3-6 ay içinde relaps oranlarının çok yüksek olduğu ve tipik olarak %75 olduğu gösterilmiştir (Walton ve ark 1994). Görüldüğü gibi relaps için %35 ile %90 arasında değişen oranlar ileri sürülmektedir. Özgül oranlar tanımlamak güçtür. Oranlar bağımlılığın özelliklerine,

* Dr., ** Doç. Dr., *** Uz. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

bireysel değişkenlere, tedavi başarısına ve daha fazla birçok faktöre bağlıdır. Ayrıca relapsın nasıl tanımlandığı da çok önemlidir. Literatürde birçok relaps tanımı vardır (Donovan 1996):

1. Madde kullanımının başlamasına tedricen ve gizlice neden olan bir süreç,
2. Maddenin tekrar kullanılmaya başlanmasıyla tanımlanan tek bir olay (lapse=kayma),
3. Madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması,
4. Birbiri ardına gelen belli sayıdaki günlerde günlük kullanım,
5. Daha sonra tedavi gereksinimi ile sonuçlanan madde kullanımının sonucu (Donovan 1996).

Marlatt ise kayma ile relaps arasında kavramsal bir ayırım yapmıştır. Marlatt'a göre kayma, bir kuru kalma periyodundan sonra maddenin ilk kullanımını, relaps ise ilk kullanımdan sonra süregiden kullanımı içerir (Marlatt 1996). Webster's New Collegiate sözlüğünde relapsın iki tanımı vardır: Birincisi "bir düzelme periyodundan sonra bir hastalığın semptomlarının tekrarlamasıdır". İkinci tanım "tekrar doğru yoldan sapma, kötüleşme veya çökme eylemi veya durumudur". Aynı sözlükte "lapse" (kayma) şu şekilde tanımlanır: tek bir olaydır, daha önceki alışkanlığın tekrar ortaya çıkmasıdır ve relapsa neden olabilir olmayabilir. Bireyin bu kaymalara tepkisi relapsın olup olmayacağını belirler. Bu kişiden kişiye değişir ve algılanan kontrol kaybı ile en iyi tanımlanır (Brownell ve ark. 1986, Marlatt ve George 1984).

Yıllarca relaps oranlarının yüksekliğinin farkında olunmasına rağmen bu konuya 1970'lerin sonlarına kadar gerekli kuramsal ve deneysel dikkat gösterilmemiştir. Bu tarihten itibaren Litman (Litman ve ark. 1983), Ludwig (Connors ve ark. 1996) ve Marlatt'ın (Marlatt ve George 1984) başını çektiği ekipler çalışmalar yapmışlar ve onların çalışmaları günümüzdeki relapsla ilgili sistematik deneysel araştırmanın temelini oluşturmuştur.

RELAPS MODELLERİ

Relaps modelleri 2 ana başlık altında toplanır (Connors ve ark 1996):

1. Psikolojik modeller
 - (1) Bilişsel-davranışsal model
 - (2) Kişi-durum etkileşimi modeli

(3) Bilişsel değerlendirme (appraisal) modeli

(4) Kendine güven (self-efficacy) ve sonuç beklentileri modeli

2. Psikobiyolojik modeller

(1) Karşıt (opponent)-süreçler ve edinilmiş motivasyon

(2) İstek ve kontrol kaybı

(3) Aşırı arzular (urges) ve istek

(4) Alkol çekilme semptomları modeli

(5) Post-akut çekilme sendromu

(6) Çekilme/Limbik ateşleme

PSİKOLOJİK MODELLER

Bilişsel-davranışsal model; kendine yeterlilik ve güven duygusuna-ki kurukalma ile zaman içinde gelişir, kurukalmayı sürdürmede zorluk yaratan yüksek riskli durumlara ve bu durumlarla başa çıkma becerileri kullanılmaya dikkat çeker. Eğer birey yüksek riskli bir durumla karşılaştığında etkili bir başa çıkma davranışı kullanmazsa sonuç; kendine güven duygusunda azalma ve alkolün bir başa çıkma mekanizması olarak çekiciliğinde artış şeklinde olabilir. Dolayısı ile artık alkol kullanımı daha olasıdır ve kurukalmanın ihlali etkisi (abstinence violation effect) ile sonuçlanabilir (Beck 1993, Connors ve ark. 1996, Marlatt 1996).

Kişi-durum modeli; çeşitli değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşime önem verir. Bu değişkenler şunlardır: relaps için yüksek bir risk, bireyin başa çıkma becerileri repertuarı ve bireyin bu başa çıkma becerilerinin özellikle yüksek riskli durumlarda etkinliği ve uygunluğu algısı. Yüksek riskli durumlar için 4 primer kategori tanımlanmıştır. 1) Olumsuz duygudurum, örneğin depresyon, anksiyete, 2) Daha önceki içme davranışı ile ilişkili durumlar, 3) Sosyal-kişilerarası anksiyete, 4) Azalmış bilişsel dikkat ve ilk içkiyi almak için rasyonalizasyonlar.

Bilişsel değerlendirme modeli; bireyin yüksek riskli durumları nasıl algıladığına daha çok odaklanır. Bu modelde karşılıklı etkileşimin de önemli olduğu belirtilmesine rağmen yüksek riskli durumların kendi başına kişinin değerlendirmeleri kadar önemli olmadığı kabul edilir. Alkol bağımlıları için alkol kullanımı ya olumsuz durumlarla başa çıkma yolu veya kendi içinde değerli bir aktivite olarak değerlendirilebilir. Bireyler olumsuz durumlarla başa çık-

mak için daha uygun başa çıkma becerileri geliştirmektense alkol kullanımını alışkanlık haline getirdiklerinde problemler doğar. Bu mekanizma, alkol kullanımının devamının ve relapsların altında yatan mekanizmadır.

Kendine güven ve sonu beklentileri modeli; kendilik etkinliği ve kendine güven modelinden doğar. Kişinin özel bir davranışla ilgili sonuçların olasılığını tahmini ve kişinin davranışı yerine getirebilme yeteneğinin tahmininin altını çizer. Hem olumlu ve olumsuz sonuçlar ve hem de kendinin yeterliliği beklentileri karşılıklı etkileşerek tedaviden sonraki relaps sürecini etkiler.

PSİKOBIYOLOJİK MODELLER

Karşıt süreçler ve edinilmiş motivasyon: Bu modele göre; vücut yeni bir uyarı formu ile karşılaştığında bu uyarının etkilerini hafifletmeye çalışır. İlk uyarı özel bir emosyonel duruma (A) neden olan bir süreci (a) tetikler. Ancak bu süreç de karşıt bir (b) sürecini tetikleyerek A durumunu etkisiz hale getiren veya hafifleten bir B emosyonel durumuna neden olur. Sonuçta bireyin yaşadığı emosyon A ve B durumlarının toplamıdır. Bir uyarıya tekrarlayan maruz kalmalar sonucunda yani uyarı gittikçe "daha az yeni" hale geldiğinde A durumu yoğunluğunu kaybeder ve B durumu arasındaki latans kısalmaya ve yaşanan emosyonu belirlemede B durumu daha baskın hale gelir. Alkol kullanımına uyarladığımızda alkol ilk uyarı olarak hareket edecektir ve süreci başlatacaktır. A durumu hoş giden, rahatlatıcı, B durumu depresif, irritabl duygudurumu içerir. Hafif içiciler veya sosyal içiciler için A durumu yaşanan duyguduruma daha fazla katkıda bulunacaktır. Ancak alkol bağımlıları alkol almayı sürdürmediğinde B durumu baskın olacaktır. Dolayısıyla kişi olumsuz duygudurumu iyileştirmek için veya olumlu duygudurum yaşamak için relaps olacaktır.

İstek ve kontrol kaybı: Bu modelde kurukalmakta olan alkolikte isteğe içsel ve dışsal hatırlatıcılar (cue) neden olmaktadır. Dışsal hatırlatıcılar alkolün varlığını, stresli bir durumu ve kişinin yaşamında bir başarısızlığı içerebilir. İçsel hatırlatıcılar, olumsuz duygudurum durumlarını (depresyon, anksiyete gibi) veya alkol çekilmesinin fiziksel belirtilerini içerebilir. İstek bu içsel ve dışsal hatırlatıcılardan kaynaklanan uyarılma hislerine atfedilen bilişsel bir etiket olarak görülür. Bireyin bu uyandırılma hislerini nasıl yorumladığı "istek" yaşayıp yaşamamasını belirler.

Ard arzu ve istek modeli: Bu modelin odak noktası otomatik ve otomatik olmayan bilişsel süreçlerdeki farklılıktır. Madde kullanım davranışlarının çoğu otomatik süreçlerle kontrol edilir. Aşırı arzu ve istekler ya madde çekilmesi ya da maddelerin olumlu güçlendirme etkileri ile oluşur. Tekrarlayan maruz kalmalar otomatik tepkiye neden olur. Bu modele göre madde bağımlısı bir bireyin kurukalma girişimleri son derece güç olacaktır ve efor gerektirecektir. Kökleşmiş otonomik süreçler bireyi kullanma davranışını başlatması için etkileyecektir. Maddeden uzak durma girişimleri istemli, otomatik olmayan süreçlere bağlıdır. Çeşitli içsel ve dışsal uyarılar, bilinçli bir niyet olmaksızın madde-kullanımı eylem planı adı verilen duruma neden olan otomatik bilişsel süreçleri tetikleyebilir. Bu otomatik eylem planını atlatmak için birey otomatik olmayan bilişsel süreçlerini kullanmayı öğrenmelidir. Eğer bireyin otomatik olmayan bilişsel metotlar repertuarı yetersizse veya başka eylemler için kullanılmaktaysa relaps olasılığı yüksektir.

Alkol ekilme semptomlar modeli: Bu modele göre anksiyete subakut alkol çekilme sendromunun bir parçasıdır ve alkol isteği ile ilişkilidir. Hiperventilasyon alkol kullanımının fizyolojik bir sonucudur ve anksiyete ve panik gibi organ sistemlerinde semptomlara neden olur. Alkol bu semptomlardan kurtulmak için kullanılır. Mossberg ve arkadaşlarına göre akut çekilmeyi takip eden 4-8 haftalık dönemde anksiyete, uyku semptomları, otonomik bozukluklar, depresif semptomlar, konsantrasyon güçlükleri ve bellek problemleri yaşanır. Bu 4-8 haftalık dönemden sonra 1-3 haftalık duygudurum değişikliği periyodları yaygındır. Bu periyodlar alkol çekilmesinin neden olduğu düşünülen relapsın oluştuğu periyodlardır.

Post-Akut ekilme sendromu: Bu model alkolün fizyolojik ve nörolojik etkilerine odaklanır. Alkolik kişi alkolü kestiğinde bir çekilme periyoduna girer. Bu süreci post akut çekilme sendromu (PAW) adı verilen sendrom takip eder, kesilmenin 1.-2. haftasında başlar ve 1.5-2 ayda pik yapar ve daha sonraki 3 ay içinde azalır. PAW primer olarak yüksek seviye bilişsel işlevselliği (soyut düşünme, bellek gibi) etkiler ve emosyonalitenin yüksek seviyeleri ve strese aşırı tepki ile bağlantılıdır. Bu modele göre ilk olarak birey kendinin iyilik hali ve kurukalma becerisini sorgulamaya başladığında tutumu değişir. Olumsuz emosyonel sonuçlarla sonuçlanan maladaptif başa çıkma metodları kullanmaya başlar. Bu sürecin sonucu içmeye tekrar başlanmasıdır.

'ekilme / Limbik ate leme modeli: Alkol kullanımı inhibitör nörotransmitter olan GABA'nın benzodiazepin reseptör kompleksine etkisini güçlendirir. Alkol kesildiğinde ani disinhibisyon, alkol çekilme sendromu ve diğer bazı semptomlarla ilişkili fizyolojik değişikliklere neden olur. Tekrarlayan çekilmeler git-tikçe artan fizyolojik değişikliklere ve semptomatolojiye neden olur. Bu modele göre tekrarlayan çekilme epizodları "uzun süren limbik aşırıuyarırlılığa" neden olur. Çekilmedeki birey çeşitli hatırlatıcılara tepki olarak spontan bir şekilde fizyolojik çekilmeler yaşayabilir ve bu semptomlar anksiyete olarak yorumlanabilir. Birey daha sonra istek yaşayabilir ve bu anksiyete semptomlarını geçirmek için içmeye motive olabilir ve relaps böylece oluşur (Connors ve ark. 1996).

RELAPSI BELİRLEYEN VE ÖNGÖREN FAKTÖRLER

Relaps kompleks bir süreçtir (Marlatt 1996). Relaps riski bireysel, durumsal ve fizyolojik faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile belirlenir (Brownell ve ark. 1986).

Shiffman 1989'da potansiyel relaps öngörücülerini değerlendirmek için çok-değişkenli, çok-seviyeli bir yaklaşımın anlamaya yarayan bir modelini sunmuştur (Shiffman 1989, Donovan 1996).

Shiffman'a göre relaps olasılığını yeterince öngörebilmek için 3 seviyede değerlendirme yapılmalıdır. Birinci kategori göreceli olarak uzun süredir varolan, süregiden, değişmeyen uzak kişisel özellikleri içerir. İkinci kategori, zaman içinde dalgalanan fakat bunu göreceli olarak tedricen yapan ara arkaplan özellikleri içerir ve artmış relaps olasılığına az çok katkıda bulunur. Üçüncü kategori yakın nedenleri içerir kayma sırasında veya hemen öncesinde ortaya çıkarlar; göreceli olarak geçicidirler ve bir yüksek risk durumu bağlamında ortaya çıkarlar. Shiffman'ın belirtmediği ancak önemli olan diğer bir kategori geçiş değişkenlerini içerir. Kaymadan relapsa geçişe aracılık ederler.

Bu kategoriler arasında kayma olabileceği ve farklı kategorilerdeki değişkenler arasında etkileşim olabileceği belirtilmiştir.

Bu kategoriler;

Uzak kişisel faktörler

Ailede alkolizm öyküsü

Alkolizmin tipi

Ek psikiyatrik bozuklukların doğası/şiddeti

Ek madde kullanım bozukluklarının doğası/şiddeti

Bilişsel bozulmanın ve azalmış problem çözme yetisi

Alkol bağımlılığının şiddeti

Alkolü hatırlatıcılara koşullu tepki

Yakın hazırlayıcı faktörler

Yüksek riskli durumlar

Bilişsel uyanıklık ve içsel dialog

Emosyonel durumlar

Mizaç-başa çıkma becerileri

Durumsal tepkinin etkinliği

Hatırlatıcıya koşullu tepki

Maddeden istenilen ve beklenen etkilerin belirginliği

İstek

Kuru kalma sözü

Ara arkaplan faktörleri

Önemli yaşam olayları

Devam eden yaşam güçlüğü

Günlük yaşam problemleri

Sosyal ve çevresel destek

Stresle başa çıkma becerileri

Kendine güven duygusu

Maddenin etkileriyle ilgili genel beklentiler

Kendini iyileştirmek için motivasyon

Geçiş faktörleri

Kuru kalmanın ihlali etkisi

Emosyonel durumlar

Atıfsal eğilimler

Onancı başa çıkma becerileri

Kuru kalma durumuna dönme sözü

Uzak Kişisel Faktörler

Bu kişisel arkaplan özellikleri kişinin daha büyük alkol problemlerine maruz kalmasına ve relaps olmasına neden olan davranış paternleri göstermesine neden olabilir. Örneğin ailede alkolizm öyküsü olup olmaması bireyin alkole verdiği tepkiyi farklılaştırır. Benzer şekilde aile öyküsünün olması, içmeye başlama yaşı, kişilik özelliklerinin örneğin dürtüsellik ve risk alma kombinasyonuna dayanan alkolizm alttip-leri de süreci etkiler. Alkol bağımlılığının ağırlığı, ciddi ve ağır ek psikiyatrik bozuklukların bulunması, ek ilaç kullanımı, bozulmuş kişilerarası ve bilişsel problem

çözme yetilerinde relaps riskini artırmaya katkıda bulunur.

Ara arkaplan faktörleri

Shiffman'a göre uzak kişisel faktörlerle ara arkaplan faktörler kişiyi relapsa birlikte hazırlar. Ortalama faktörlerin etkisinin kümülatif olduğu düşünülmektedir. Nadir görülen önemli yaşam olaylarına, devam eden yaşam güçlüklerine ve günlük yaşam problemlerine sıkça maruz kalma stresin seviyesini arttırarak içmeye dönme için kritik eşik seviyesine gelir. Ancak değişkenler bireyin sosyal ve çevresel destekleri, genel kendine güven hissi veya algılanan kontrol duygusu, stresle başa çıkma becerisi ile birlikte değerlendirilmelidir. Stres seviyesinin kişinin başa çıkma becerisini aşığı ve alkolün umulan faydaları daha fazla olduğu noktada relaps riski yüksektir.

Yakın Hazırlayıcı Faktörler

Marlatt'a göre yüksek riskli durumlar relaps belirleyicisi olabilir. Alkolün etkilerine dair olumlu beklentileri olan, kendine güven duygusu düşük olan ve yüksek riskli durumlarla başa çıkma becerileri kısıtlı olan kişilerde relaps riski yüksektir. Marlatt relaps belirleyicilerini 2 sınıfa ayırmıştır: kişilerarası ve kişisel belirleyiciler. Kişilerarası belirleyicileri bireyin dışındaki yüksek riskli olaylar olarak tanımlamıştır. Bu dışsal olaylar kişilerarası etkileşimi içerebilir ve bağımlı kişinin alkol kullanımına dönmesini tetikleyebilir. Kişisel belirleyiciler bireydeki yüksek riskli durumları içerir, örneğin olumsuz emosyonel durumlar. Bu durumun elementleri içme-ilişkili hatırlatıcılara koşullu bir tepki verilmesine ve alkolden beklenen etkilerin artmasına neden olur.

Geçiş Faktörleri

Marlatt (Marlatt 1996) ve Saunders&Allsop (Saunders ve Allsop 1987) başlangıçtaki kaymayı tetikleyen faktörlerin devam eden içmeye, uzamış relapsa katkıda bulunanlarla aynı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Marlatt'ın modeli, relapsın sorumluluğunu kişiye (içsel atıf) ve suçluluk, depresyon, öfke gibi olumsuz emosyonlara yüklemeye odaklanır. Ancak bireyin olumsuz sonuçlar ve emosyonlarla başa çıkma becerileri, aile ve arkadaşların reaksiyonu ve kurukalmaya dönme sözü de önemlidir (Donovan 1996, Marlatt 1996, Strowig 2000, Miller ve ark. 1996).

Hangi hastanın relaps olacağını ve ne zaman olacağını bilebilmek klinik açıdan önemlidir. Böyle bir bilgi ile relaps önleme stratejileri geliştirilebilir ve

uygulanabilir (Janowsky ve ark. 2001). Shiffman'ın modelinde sunulan faktörlerin relapsı belirleme ve öngörmedeki önemleri 1970'lerden bu yana bir çok kez çalışılmıştır. Bu çalışmalardan sosyal stabilite göstergeleri dışında prognozun tedaviden bağımsız değişmeyen genel göstergelerini belirlemeye yönelik çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. Sonucun genel öngörücülerini belirleyememe, prognozun hasta ve tedavi değişkenlerini içerdiğini düşündürür. Hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerinin prognozu etkilediği gösterilmiştir. Örneğin stabil evlilik, yüksek sosyoekonomik durum ve ileri yaşın olumlu, nöropsikolojik bozulma alkol bağımlılığının derecesinin ağır olması ve psikiyatrik semptom seviyesinin yüksekliği olumsuz etkiyle ilişkili bulunmuştur. Donovan'ın yaptığı bir çalışmada 6 aylık izlemde demografik değişkenlerin sonucu öngörmede etkisiz olduğu, daha önceki hastaneye yatış sayısının yüksekliği ve uzun zamandır alkol kullanıyor olmanın kurukalmayı olumsuz etkilediği bulunmuştur (Ito ve Donovan 1990).

Yapılan bir çok çalışmada alınan sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

Yüksek sosyoekonomik durum ve sosyal stabilitenin kurukalma oranlarının %32-68 bulurken, meyhane ve sokak alkoliklerinde oran %0-18 bulunmuştur (Sandahl 1984).

758 alkoliğin 4 yıl izlendiği bir çalışmada bağımlılık derecesi yüksek ve genç olanlar, bağımlılık derecesi düşük ve yaşlı olanlarda evli olanların prognozlarının daha iyi olduğu, evli olmayanların ise sadece hafif içici iseler prognozlarının iyi olduğu gösterilmiştir (Sandahl 1984).

Saunders çalışmasında bağımlılık şiddetinin düşüklüğünün, evli ve iş sahibi olmanın kuru kalmayı sürdürmede etkili olduğunu bulmuştur (Saunders ve Allsop 1987).

Başka bir çalışmada nörofizyolojik testlerdeki yüksek skorlar daha düşük relaps, daha uzun kurukalma periyodu ve daha düşük alkol tüketimi oranları ile ilişkili bulunurken çok çeşitli sosyal, demografik ve psikolojik özelliklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada da bilişsel disfonksiyonun sonucun iyi öngörücüsü olduğu bulunmuştur (Sandahl 1984). Litman ve arkadaşları bilişsel kontrol ve başa çıkmadaki esnekliğin relaps olmayanlarda belirgin özellikler olduğunu göstermişlerdir (Litman ve ark. 1983).

Marlatt çalışmasında her vakada relapsa neden olan özgül durumlar tanımlanmış ve relapsların %61'inde kişisel belirleyiciler, %39'unda kişilerarası belirleyiciler bulunmuş (Marlatt 1996).

Sandahl çalışmasında bazı durumların alkolikler için tehlikeli olduğunu ve zeka testlerinde düşük puan alan, kas gerginliği ve somatize anksiyeteye eğilimleri olanların relaps risklerinin yüksek olduğunu ve kendine güven derecesi yüksek olanlarda relapsın düşük olduğunu bulmuştur (Sandahl 1984).

Birçok çalışmada fiziksel bağımlılığın şiddetinin relapsa etkisi olduğu gösterilirken bir çalışmada fiziksel bağımlılık sonucu olan isteğin neden olduğu relaps sadece %6 ve yine olumsuz fiziksel durumun neden olduğu relaps %7 bulunmuştur (Brownell ve ark. 1986).

Bir çalışmada, evlilik ve aile bağlarının güçlülüğünün 2 yıla kadar izlemde tedaviye yanıtı güçlendirdiğini bulunurken diğer bir çalışmada relapsların neredeyse yarısının (%48) kişilerarası belirleyicilerle ilişkili olduğunu ve bunun da üçte birinin çatışmadan kaynaklandığını bulmuşlardır. Dolayısıyla kişilerarası ilişkiler relapsı tetikleyebilir (Brownell ve ark. 1986).

Kaymaların sosyal, relapslarınsa bireysel faktörlerle (olumsuz emosyonel durumlar ve stresli durumlar) ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Shiffman bu durumun artmış relaps riskini öngörebileceğini fakat riskin gerçeğe dönüşmesini başa çıkma becerilerinin belirlediğini ileri sürmüştür (Shiffman 1989, Brownell ve ark. 1986). Yine yakın zamanlardaki birbirinden ayrı çalışmalarda başa çıkma kaynaklarının eksikliği, zayıf sosyal destek, olumsuz başa çıkma, düşük kendine güven duygusu, dış kontrol odağının relapsı öngörmede etkili oldukları bildirilmiştir (Miller ve ark. 1996, Janowsky ve ark. 2001, Ito ve Donovan 1990, Sandahl 1984, Noone ve ark. 1999).

Araştırmacılar ayrıca relapsın eğitim, evlilik ve iş durumunun da bir fonksiyonu olduğunu göstermişlerdir. Çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun, uzun süreli daha ağır alkol bağımlılığının ve detoksifikasyon için daha önce hastaneye daha fazla sayıda yatmış olmanın, erken başlangıç yaşının, gelecek amaçlarının yokluğunun, değişmeye hazır olmanın, düşük engellenme toleransının, düşük kendine güvenin, sosyal desteklerin yokluğunun, dürtüsellüğün, ek psikopatoloji varlığının, düşük duygudurumun, yüksek riskli durumlardan kaçınmanın, çok sayıda madde kullanmanın artmış relapsı

öngördüğünü bulmuşlardır. Antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve affektif bozuklukların ve ciddi kişiyi zorlayıcı yaşam stresörlerinin sonucun öngörücüleri olduğu da ileri sürülmektedir (Miller ve ark. 1996, Janowsky ve ark. 2001, Noone ve ark. 1999). Başka bir çalışmada artmış stresin relaps riskini arttırırken, bazı başa çıkma metodlarının, yüksek kendine güvenin, yüksek eğitim seviyesinin azalttığı bulunmuştur (Noone ve ark. 1999).

Connors ve arkadaşlarının çalışmasında daha önceki yatış sayısının düşüklüğü ve iş stabilitesinin daha fazla kuru kalınan gün sayısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresyonun şiddeti gün sayısı ile ters korele bulunmuş (Connors ve ark. 1996).

Alkol bağımlılığı ve depresif bozuklukların birlikteliği yaygındır. Örneğin ECA çalışmasında yaşam boyu bir alkol kullanım bozukluğu olanların %13.4'ünde aynı zamanda affektif bir bozukluk olduğu bulunurken, Ulusal Komorbidite Çalışması'nda (1997) yaşam boyu bir alkol bozukluğu olan erkek hastaların %24.3'ünde kadınlarınsa %48.5'inde yaşam boyu bir major depresif bozukluk tanısı bildirilmiştir (Curran ve ark. 2000). Araştırmalar psikiyatrik komorbiditenin genellikle kötü sonuçla ilişkili olduğunu gösterse de birlikte bulunan depresyon ve alkol bağımlılığının sonuçları ile ilgili çelişkili veriler vardır. Birkaç çalışmada depresyonlu kadınların alkol tedavisinden daha iyi sonuç aldıkları, depresyonlu erkeklerde ise sonucun daha kötü olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada yaşam boyu major depresyon tanısı almış olmanın kadınlarda ve erkeklerde içme yoğunluğunun azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. 5 yıllık bir izlem çalışmasında major depresyonun remisyonunun alkol bağımlılığının remisyonunu öngördüğünü bulunmuştur (Curran ve ark. 2000, Greenfield ve ark. 1998). Başka bir çalışmada depresyonun sonuca etkisi bulunmazken, Strowig'in çalışmasında depresif duygudurumun relaps olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Strowig 2000).

Yine bir çalışmada major depresyon tanısı daha kısa ilk içme süresini ve relapsı öngörürken (Greenfield ve ark. 1998, Allsop ve ark. 2000) Curran ve arkadaşları da depresif semptomatolojinin relaps için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (Curran ve ark. 2000).

Komorbid anksiyete bozuklukları alkol ilişkili bozukluklarla sıklıkla birlikte bulunur. %6-33 fobiler, %3-52 yaygın anksiyete bozuklukları ve %2-21 panik bozuklukları için bildirilen oranlardır. Driensen ve

arkadaşlarının 2001 yılında yayınlanan çalışmalarında ek anksiyete bozukluğu olanların %69'u, ek mikst anksiyete depresyon bozukluğu olanların %77'sinde relaps olurken ek bozukluğu olmayanların sadece %40'ında relaps olduğu bulunmuştur (Driessen ve ark. 2001). Yine bir çok araştırmacı (George ve ark. 1990, Pohorecky 1991, Kushner ve ark. 1990, Davidson ve Ritson 1993) da ek anksiyete bozukluğunun relapsın öngörücüsü olduğunu bildirmiştir.

Sonuç olarak; relaps olan ve olmayan hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri farklılık göstermektedir. Bu farklılık gösteren özellikler relaps olma olasılığını artırıyor olabileceğinden hastaların bu özelliklerine dikkat edilmesi gereklidir. Hangi hastanın relaps olacağını ve ne zaman olacağını bilebilmek klinik açıdan önemlidir; relapsla ilgili relapsı arttırıcı özellikler bilinirse bu özelliklere sahip hastaların tedavisinde daha dikkatli ve özel yaklaşımlar geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

- Allsop S, Saunders B, Phillips M (2000) The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1): 95-106.
- Beck TA, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1993) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, The Guilford Press, s. 292-310.
- Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E ve ark. (1986) Understanding and Preventing Relapse. *Am Psychol*, 41: 765-782.
- Chick J (2000) *Treatment of Alcohol Dependence*. New Oxford Textbook of Psychiatry, Gelder MG (Ed), Lopez-Ibor JJ (Ed), Andreasen NC (Ed), New York, Oxford University Press, s. 494-506.
- Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM (1996) Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (suppl.): 5-13.
- Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH (1996) Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91 (suppl.): 173-189.
- Curran GM, Flynn HA, Kirchner J ve ark. (2000) Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. *J Substance Abuse Treatment*, 19: 259-265.
- Davidson KM, Ritson E (1993) The relationship between alcohol dependence and depression. *Alcohol&Alcoholism*, 28: 147-155.
- Donovan DM (1996) Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91(suppl.): 29-36.
- Driessen M, Meier S, Hill A ve ark. (2001) The course of anxiety, depression, and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol&Alcoholism*, 36: 249-255.
- George DT, Nutt D, Dwyer BA ve ark. (1990) Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81: 97-107.
- Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR ve ark. (1998) The effect of depression on return to drinking. *Arch Gen Psychiatry*, 55:259-265.
- Ito JR, Donovan DM (1990) Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addict Behav*, 15:53-59.
- Janowsky DS, Fawcett J, Meszaros K ve ark. (2001) Core heritable personality characteristics and relapse in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, 25: 94-98.
- Kushner MG, Kenneth MA, Beitman BD (1990) The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 147: 685-695.
- Litman G, Stapleton J, Oppenheim AN ve ark. (1983) Situations related to alcoholism relapse. *Br J Addict*, 78:381-389.
- Marlatt GA (1996) Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (suppl.) 37-49.
- Marlatt GA, George WH (1984) Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *Br J Addict*, 79: 261-273.
- Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ ve ark. (1996) What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, (Suppl 91): 155-171.
- Noone M, Dua J, Markham R (1999) Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relaps in alcoholics. *Addict Behav*, 24: 687-693.
- Sandahl C (1984) Determinants of relapse among alcoholics: A cross-culturel replication study. *Int J Addict*, 19(8): 833-848.
- Saunders B, Allsop S (1987) Relapse: a psychological perspective. *Br J Addict*, 82: 417-429.
- Shiffman S (1989) Conceptual issues in the study of relapse. *Relapse and Addictive Behaviour*, 1. baskı Gossop M (Ed), London. Routledge, s. 249-277.
- Strowig AB (2000) Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction the prominence of depressed mood. *J Substance Abuse Treatment*, 19: 469-474.
- Walton MA, Castro FG, Barrington EH (1994) The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addict Behav*, 19: 319-331.

