

# Alkol Bağımlılığı olan Hastalarda Komorbid Psikiyatrik Tanı ve Klinik Parametreler ile İlişkisi

## Comorbid Psychiatric Diagnosis and its Relationship with Clinical Parameters in Patients with Alcohol Addiction

Ayşegül Koç, Hülya Ensari

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu, Türkiye

### ÖZ

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı alkol kullanım bozukluğu (AKB) olanların eşlik eden psikiyatrik bozukluğu (PB) göre sosyodemografik ve klinik özelliklerinde fark olup olmadığını araştırmaktır.

**YÖNTEM ve GEREÇLER:** 2010-2016 yılları arasında 357 AKB hastasının dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastalara ait yaş, eğitim, medeni durum, AKB'na eşlik eden PB, hastaneye başvuru ve yatış sayısı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım miktarına ilişkin veriler değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 40.00±11.5, erkek/kadın oranı 15/1 idi. Hastaların 2/3'ü ilköğretim mezunu, %58'i evliydi. %36.6'n da AKB yanında PB vardı ve en sık duygudurum bozukluğu (AKB+DDB) eşlik ediyordu. Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği grubunun (AKB+KB) çoğunluğu bekar, diğer tanı gruplarının ise çoğunluğu evli idi. AKB+KB grubunun hastaneye başvuru anındaki yaş ortalaması AKB ve AKB'na anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği gruptan anlamlı olarak daha düşüktü. Alkol kullanım süresi en yüksek AKB olan grupta, en düşük AKB+DDB olan grupta idi. Sadece AKB olan grup PB'un eşlik ettiği tüm diğer gruplardan anlamlı derecede daha fazla hastaneye başvurmuştu.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Çalışmamız önceki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde sosyodemografik ve klinik özelliklerin kültürel farklılıklar gösterebileceğine, bu konuda ortak metodoloji kullanan daha fazla araştırmaya gereksinim olduğuna dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bağımlılık, alkol kullanım bozukluğu, eş tanı,

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The aim of this study is to investigate whether there is a difference in sociodemographic and clinical characteristics of patients with alcohol use disorder (AUD) compared to comorbid psychiatric disorders (PD).

**METHODS:** The records of 357 patients with AUD between 2010 and 2016 years were retrospectively reviewed. Data on age, education, marital status, PD comorbid with AUD, number of hospital applications and hospitalizations, duration of alcohol use, and amount of alcohol use were evaluated.

**RESULTS:** The mean age of the sample was 40.00 ± 11.5, and the male / female ratio was 15/1. The 2/3 of the patients were primary school graduates and 58% were married. 36.6% had an additional PD along with AUD and the most common was mood disorders (AUD+MD). The majority of the group with personality disorders (AUD+PD) were single and the majority of the other diagnostic groups were married. The mean age of the group with diagnosis of AUD+PD at admission to the hospital was significantly lower than that of AUD and anxiety disorders comorbidity with AUD. The highest duration of alcohol use was in the alcohol use disorder group and the lowest in the AUD+MD. The group with only AUD had significantly more hospital admissions than any other groups with a comorbidity PD.

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** When our study is evaluated together with previous studies, it points out that sociodemographic and clinical features may show cultural differences and more research is needed on this subject using common methodology.

**Keywords:** addiction, alcohol use disorder, comorbidity.

### İletişim / Correspondence:

Uzm.Dr. Ayşegül Koç

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu, Türkiye

E-mail: [agulkoc@hotmail.com](mailto:agulkoc@hotmail.com)

Başvuru Tarihi: 25.06.2020

Kabul Tarihi: 06.03.2021

## GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığı hem dünyada hem de ülkemizde sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Alkol kullanımında 2014 yılında 2011 yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu (1) 2017'de 519'u kadın, 1000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise alkole başlama yaşının 11 yaş öncesine indiği belirlenmiştir (2). Psikiyatrik komorbidite Alkol Kullanım Bozukluğunda (AKB) sık görülen bir durumdur ve birlikte bulunan hastalıkların seyrini kötüleştirir (3).

Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü'ne (NIDA) göre, "komorbidite" terimi, aynı kişide meydana gelen iki veya daha fazla hastalığı tanımlamaktadır (4). 'Madde kullanımı ve psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi' terimi ise aynı bireyde bir madde kullanımı bozukluğunun ve başka bir psikiyatrik bozukluğun birlikte ortaya çıkması anlamına gelir. "kimyasal madde bağımlısı akıl hastası", "akıl hastası kimyasal madde bağımlıları", "birlikte ortaya çıkan bozukluk", "eşlik eden bozukluk" ve "çift tanı" komorbidite yerine kullanılan diğer terimlerdir (5).

Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalara göre AKB ile birlikte psikiyatrik bozukluk görülme riski normal popülasyona göre daha fazladır (6-9). AKB olan hastalarda diğer bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etme oranı % 37'dir (10). Bunlar arasında en sık görüleni duygudurum bozukluklarıdır (DDB). Ardından Anksiyete Bozuklukları (ANKBZK) ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) gelmektedir (11). Ülkemizde yapılan bir çalışmada AKB olanlarda DDB (AKB+DDB) sıklığı %20 olarak bulunmuş, major depresyon %15 ile en sık görülen DDB olarak saptanmıştır (12). Başka bir çalışmada AKB olanlarda %72.5 oranında en az bir kişilik bozukluğu (KB) olduğu; en sık görülen KB'nun %37.5 oranla ASKB, ikinci sırada %20 oranla sınır kişilik bozukluğunun (SKB) geldiği belirlenmiştir (13).

AKB+DDB olanlarda AKB olmayanlara göre hızlı döngü, komorbid madde kullanım bozukluğu, komorbid TSSB, anoreksiya ve ailede madde kullanım bozukluğu oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (14). AKB'na eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığının tedavinin gidişini olumsuz etkilediği ve tedavi başarısını azalttığı, ayrıca depresif belirtilerin varlığının daha zayıf baş etme

stratejileri ve zayıf sosyal destek ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (15).

İki ayrı bozukluğun bir arada bulunması, her iki bozukluk için tanı, klinik gidiş, şiddet, süregenlik, işlevsellik kaybı ve tedavi süreci açısından önemlidir. Birbirlerini etkileyerek kötüye gidişe sebep olarak çekilen acıyı, işlev bozukluğunu ve hastalık maliyetini artırırlar (16-18). Özellikle komorbid şiddetli psikiyatrik bozukluk bulunan AKB olanların saldırganlık, intihar, relaps ve tutukluluk oranlarının yüksek olduğu, ayrıca sık ve uzun süre hastanede kaldıkları, tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu, sosyal ve iş koşullarının kötü olduğu, evsizlik oranlarının yüksek olduğu (19) belirlenmiştir.

AKB olan hastalar da komorbid tanıya göre tedavi yaklaşımları, hastaneye başvuru süresi, tedavi uyumu farklılaşabilir. Büyük kentlerde ve Bölge Ruh Sağlığı Hastaneleri'ne başvuran hasta profili farklı olabilir. AKB olanların üçte birinden fazlasının başlangıç görüşmesinde olası psikiyatrik bozukluğu bildirmedikleri (20) göz önüne alındığında dirençli ve kronik yapıya sahip bu grubun poliklinik ortamında tespiti ve uygun tedavinin başlanması önemlidir.

Ulaşabildiğimiz kadarıyla' Bolu da yapılan ilk AKB komorbiditesi çalışması bu çalışma olacaktır. Bu çalışmada AİBÜ-Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları EAH'ne başvuran AKB tanısı almış hastaların 2010-2016 yılları arasındaki ;

- Ek tanı sıklığı ve dağılımının tanımlanması,
- Yatırılması gereken hastaların komorbidite oranının gerekmenlere göre fazla olup olmadığı,
- Komorbid tanıya göre sosyodemografik ve klinik özelliklerde fark olup olmadığının araştırılması planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

2010-2016 yılları arasında alkol bağımlılığı tanısı alan 18-65 yaş aralığındaki tüm hastaların tıbbi dosyaları gözden geçirilerek 357 kişi çalışmaya alındı. Yaş, eğitim, medeni durum, AKB'na eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, hastaneye başvuru ve yatış sayısı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım miktarına ilişkin veriler değerlendirildi. Kullanılan alkol miktarı, Dünya Sağlık Örgütü'nün standart içki tanımına göre belirlendi. Bu tanıma göre bir küçük bira (33cl) ile bir tek votka, cin, viski ve bir kadeh şarap bir

standart içki olarak kabul edilmekte ve 8-13 gram alkol içermektedir (21).

Çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (sayı: 124, tarih: 29.03.2018).

### İstatistiksel Metod

Araştırma verileri SPSS 22.00 paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veriler tanımlayıcı istatistikler açısından gösterilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma, sıklık ve yüzde olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiş, normal dağılım gösteriyorsa ANOVA ile değerlendirilmiş, homojen dağılımları için post hoc test olarak Tukey testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen veriler Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmış, farkın kaynağını belirlemek için ikili gruplar olarak many-withney u testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

### BULGULAR

Erkek/kadın oranı 15/1'idi. Hastaların 2/3'ü ilköğretim mezunu, %58'i evliydi. Hastaların % 64.4'ü AKB tanılı hastalar iken, % 36.6'm da AKB yanında ek psikiyatrik bozukluk vardı ve AKB'na en sık DDB eşlik ediyordu. Hastaların yaklaşık 1/4'ü yatarak tedavi almıştı. Ortalama alkol kullanım süresi 15 yılın üzerindedir. Hastaların Sosyodemografik ve klinik Özellikleri Tablo-1 de verilmiştir.

Çalışmaya alınan hastalar tanı gruplarına göre ayrılarak (Alkol Kullanım Bozukluğu=AKB, Duygu Durum Bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu=AKB+DDB, Anksiyete Bozukluğunun eşlik ettiği Alkol Kullanım Bozukluğu=AKB+ANKBOZ, Kişilik Bozukluğunun eşlik ettiği Alkol Kullanım Bozukluğu=AKB+KB) karşılaştırıldı. AKB+KB tanı grubunun çoğunluğu (% 72.2) bekar, diğer tanı gruplarının ise çoğunluğu evli idi. Cinsiyet, eğitim durumu ve yatarak tedavi alma açısından tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi. AKB+KB tanı grubunun

hastaneye başvuru anındaki yaş ortalaması ( $31.7 \pm 9.5$ ), hem AKB ( $41.2 \pm 11.2$ ), hem de AKB+ANKBZK ( $40.7 \pm 11.7$ ) olan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo-2).

Alkol kullanım süresi en yüksek AKB olan grupta ( $18.6 \pm 9.9$ ), en düşük AKB+DDB olan grupta ( $12.1 \pm 10.0$ ) idi. AKB+DDB tanı grubunun alkol kullanım süresi AKB tanı grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü. Diğer tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi. Sadece AKB olan (4.1) grup diğer gruplardan anlamlı derecede daha fazla hastaneye başvurmuştu. Alkol kullanım miktarı, hastaneye yatış sayısı, yatılan gün sayısı ve maliyet açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (tablo-2).

Tablo 1. Çalışma gruplarının genel özellikleri

	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	334	93,6
Kadın	23	6,4
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim	224	63,3
Lise	103	28,9
Üniversite	28	7,8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	207	58,0
Bekar	98	27,5
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	40	11,2
Belirtilmemiş	12	3,4
<b>Tanı</b>		
AKB	230	64,4
AKB+DDB	70	19,6
AKB+ANKBZK	39	10,9
AKB+KB	18	5,0
<b>Yatarak tedavi</b>		
Var	97	27,2
Yok	260	72,8
	Ort,	SS
<b>Yaş</b>	40,0	11,5
<b>Alkol kullanım süresi (yıl)</b>	17,2	8,4
<b>Alkol kullanım miktarı(standart içki)</b>	8,4	2,8
<b>Hastaneye başvuru sayısı</b>	3,7	4,5
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	1,6	1,6
<b>Yatılan gün sayısı</b>	26,1	24,9
<b>Maliyet</b>	1932,8	3990,8
<i>N: sayı, ort:ortalama, SS: standart sapma, AKB: Alkol kullanım bozukluğu, AKB+DDB: duyu durum bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu, AKB+ANKBZK: anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu, AKB+KB: kişilik bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu</i>		

Tablo- 2: Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	AKB N %	AKB+DDB N %	AKB+ANKBZK N %	AKB+KB N %	X <sup>2</sup>	P
<b>Cinsiyet</b>					1,295	0,730 <sup>*</sup>
Erkek	215 93,5	67 95,7	36 92,3	16 88,9		
Kadın	15 6,5	3 4,3	3 7,7	2 11,1		
<b>Eğitim</b>					4,129	0,659 <sup>*</sup>
İlköğretim	148 64,3	38 54,3	28 71,8	12 66,7		
Lise	65 28,3	25 35,7	8 20,5	5 27,8		
üniversite	17 7,4	7 10,0	3 7,7	1 5,6		
<b>Medeni durum</b>					19,537	0,003 <sup>*</sup>
Evlü	138 63,0	41 58,6	24 63,2	4 22,2		
Bekar	53 24,2	22 31,4	10 26,3	13 72,2		
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	28 12,8	7 10,0	4 10,5	1 5,6		
<b>Yatarak tedavi</b>					4,225	0,238 <sup>*</sup>
Var	69 30,0	18 25,7	8 20,5	2 11,1		
Yok	161 70,0	52 74,3	31 19,5	16 88,9		
	<b>Ort, SS</b>	<b>Ort, SS</b>	<b>Ort, SS</b>	<b>Ort, SS</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Yaş</b>	41,2 1,2	38,1 11,8	40,7 11,7	31,7 9,5	4,714	0,003 <sup>**</sup>
<b>Alkol kullanım süresi (yıl)</b>	18,6 9,9	12,1 10,0	16,9 11,5	13,3 9,8	7,901	0,003 <sup>**</sup>
<b>Alkol kullanım miktarı(standart içki)</b>	8,6 3,5	8,4 3,5	6,9 2,9	8,7 3,6	1,972	0,119 <sup>**</sup>
	<b>Ort, SS (min-max)</b>	<b>Ort, SS (min-max)</b>	<b>Ort, SS (min-max)</b>	<b>Ort, SS (min-max)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
<b>Hastaneye başvuru sayısı</b>	4,1 4,3 (1-26)	3,4 4,5 (1-27)	3,2 5,7 (1-36)	1,8 1,4 (1-6)	11,94	0,008 <sup>***</sup>
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	1,7 1,7 (1-11)	1,4 1,0 (1-5)	1,4 0,7 (1-3)	1,0 0,0 (1-1)	0,779	0,855 <sup>***</sup>
<b>Yatılan gün sayısı</b>	26,5 25,0 (1-119)	27,6 28,7 (1-127)	21,8 17,6 (8-59)	15,0 19,8 (1-29)	0,683	0,877 <sup>***</sup>
<b>Maliyet</b>	2087 3899 (0-22282)	1544 2683 (15-16678)	1168 1871 (15-8310)	3121 9245 (6-39504)	2,129	0,546 <sup>***</sup>

\* Chi-Square test, \*\* tukey,\*\*\* Kruskal Wallis test, p <0.005

N: sayı, ort:ortalama, SS: standart sapma, AKB: Alkol kullanım bozukluğu, AKB+ANKBZK: anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu, AKB+DDB: duyu durum bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu, AKB+KB: kişilik bozukluğunun eşlik ettiği alkol kullanım bozukluğu

## TARTIŞMA

Psikiyatrik bozukluk eşlik eden ve etmeyen AKB olan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini inceleyen bu araştırma Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AKB verilerinin sunulduğu ilk çalışmadır.

Bu araştırmanın en önemli sonucu daha önceki çalışmalardan farklı olarak sadece AKB olan grubun komorbiditesi bulunan diğer gruplardan anlamlı derecede daha fazla hastaneye başvurduğunun belirlenmesidir. Yapılan araştırmalarda AKB olan hastaların, eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığında tedaviye başvurularının daha fazla ve tedaviyi bırakma sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (22-23). Yalnızca AKB olanlar, AKB ve eşlik eden psikiyatrik bozukluk olanlar ve alkol ile ilgili olmayan psikiyatrik bozukluk olanları karşılaştıran bir çalışmada; eşlik eden alkol veya alkolsüz bir

bozukluğa sahip olmanın, yalnızca AKB ile karşılaştırıldığında artmış hizmet kullanım olasılığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (24). Psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarından elde edilen veriler klinik ve sosyodemografik özelliklerin ve ilgili altta yatan mekanizmaların Doğu Asya ve Batı kültürleri arasında farklılık gösterdiği yönündedir (25). Kültürel farklılıklar çalışma sonucumuzu etkilemiş olabilir. Öz bildirim ölçeklerinin en yüksek ek tanı oranlarını bildirdiği, bunu yapılandırılmış tanısal görüşmelerin izlediği, klinisyen görüşmelerinin ise en düşük oranları verdiği daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (26-27). Ayaktan madde kötüye kullanımı tedavisi alan hastalar arasında olası psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştıran bir çalışmada örneklemin üçte birinden fazlasının başlangıç görüşmesinde olası ek psikiyatrik bozukluklarını bildirmedikleri (20) göz önüne alındığında; ayaktan takip edilen AKB olan hastaların mevcut komorbid psikiyatrik bozukluk

bildirmemeleri bu sonuçta etkili olabilir. Diğer bir neden ağır psikiyatrik bir hastalığı olan madde kullanıcılarının aksine, daha az şiddetli eşlik eden bozuklukları olan kişilerin, genellikle ruhsal hastalık tedavisinden ziyade madde kötüye kullanımı tedavisine başvurmaları daha hafif olan komorbid psikiyatrik hastalık belirtilerini bildirmemeleri olabilir (20). Çalışmamızda AKB' u olanlar psikiyatrik bozukluk belirtilerini kendi kendine tedavi etme eğiliminde bulunmuş ve mevcut psikiyatrik bozukluğa ait belirtileri belirtmemiş olabilirler. Ayrıca araştırmamız retrospektiftir ve semptom taraması yapılmamıştır; dolayısı ile komorbidite oranlarımız belirlediğimizden daha fazla olabilir.

Çalışmamızın ikinci en önemli sonucu; AKB+KB tanı grubunun hastaneye başvuru anındaki yaş ortalamasının hem AKB, hem de AKB+ANKBZK olan gruptan anlamlı olarak daha düşük olmasıdır. Ayrıca sadece AKB olan grup psikiyatrik bozukluk komorbiditesi olan tüm diğer gruplardan daha yüksek yaş ortalamasına sahipti. 2000 yılında yatan 80 AKB olan hastada yapılan bir çalışmada AKB+KB olan hastalarda alkole başlama yaşı, bağımlılık geliştirme yaşı, sorunların başladığı ve tedaviye başlama yaşı sadece AKB olan ya da eşlik eden psikiyatrik hastalığı olan diğer gruplara göre düşük bulunmuştur (13). ASKB olan alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB) olgularının erken yaşlarda alkol/ madde kullanımına başladıkları ve hızla bağımlılığa ilerledikleri belirlenmiştir (28). AKB olan yatarak tedavi alan 250 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada, AKB'na eşlik eden ASKB olanların bağımlılığı erken yaşlarda geliştirdiği ve alkolle ilgili tedavi arayışının erken yaşlarda olduğu bildirilmektedir (29). 2018 yılında yapılan başka bir çalışmada komorbiditesi olan ve olmayan bireyler karşılaştırılmış, komorbiditesi olan grubun diğer gruptan daha genç ve daha iyi eğitilmiş olduğu belirlenmiştir (30). AMKB ile birlikte en sık görülen KB tanıları ASKB ve SKB'dur. Her iki KB'nda da ergenlik döneminden itibaren davranış sorunları izlenir. Bu hastalarda alkol ya da madde kullanımı, davranış sorunlarından biri olabilir. Ya da mevcut davranış sorunları ve ortaya çıkardığı sonuçlar ile mücadelenin bir yolu olarak alkol ya da madde kullanımına çok erken yaşlarda başlamış ve hızla ilerlemiş olabilir (16-17).

Çalışmamızın tanı grupları arasındaki farka dair en önemli üçüncü bulgusu alkol kullanım süresinin en yüksek AKB olan grupta, en düşük AKB+DDB olan grupta olmasıdır. 1990-2015 yılları arasında yayımlanan 151 makaleyi içeren bir gözden geçirmede DDB ve % 42'sini alkol bağımlılarının oluşturduğu eşlik eden AMKB olanların, hastalığın seyri boyunca ortalama olarak daha erken başlangıçlı olduğu ve daha fazla hastaneye yattığı bulunmuştur (31). Bipolar bozukluk, alkol kullanım bozukluğunun eşlik ettiği bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğunun eşlik ettiği bipolar bozukluk ve sağlıklı gruptan oluşan dört grubun karşılaştırıldığı 2016 da yapılan başka bir çalışmada madde kullanım bozukluğunun eşlik ettiği bipolar bozukluk olan grupta diğerlerine göre anlamlı derecede daha erken başlangıç olduğu belirlenmiştir (32). DDB olanlar risk alıcı davranışlarının daha fazla olması nedeniyle daha erken bağımlılık geliştiriyor olabilirler (33). Ayrıca Alkol kullanımına başlama yaşı en çok 15-22 yaş aralığında, tedavi için başvuru ise 40 yaşlarında olmaktadır (34). DDB ise erken yaşlarda başlamaktadır. Her iki bozukluğun birlikteliğinde gelişen sorunlar her ikisinin ayrı ayrı bulunmalarından çok daha ağır tıbbi, sosyal ve ruhsal sorunlar yaşanmasına neden olarak (35), AKB+DDB olan grubun AKB olan gruba göre çok daha kısa süreli alkol kullanımı sonrası tedaviye gelmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda yatarak tedavi alma ve yatış sayısı açısından gruplar arasında fark bulunmazken; literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da hastanede yatılan gün sayısı en yüksek AKB+DDB (27.6 ± 28.7), en düşük AKB+KB (15±19.8) olan gruptaydı. AKB ve MKB olan 323 yatan hastanın değerlendirildiği ülkemizde yapılan bir çalışmada Eksen I eş tanısının yatış süresini uzatırken Eksen II eş tanısının ise tersine etki ettiği belirlenmiştir. Aynı çalışma AKB'na eşlik eden eksen I tanısı varlığının yatış sayısını artırdığını, KB eş tanısının ise yatarak tedavi alma sayısını değiştirmediği bildirmiştir (36). Bizim çalışmamızda ise istatistiksel fark olmasa da yatış sayısı en fazla AKB, en az AKB+KB olan grup olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda alkol bağımlılığı tanısı olan hastaların % 36.5'nin AKB yanında ek psikiyatrik bir hastalığı vardı ve en sık eşlik eden psikiyatrik hastalık DDB (% 19.3) idi. DDB'unu, ANKBOZ

(%10,8) ve ardından KB (%5) takip ediyordu. Araştırma sonuçlarımızla uyumlu olarak daha önce yapılan çalışmalarda AKB olanlarda % 37 oranında komorbid bir ruhsal bozukluğun eşlik ettiği (10) DDB'nun AKB'na en sık eşlik eden hastalık olduğu, ardından anksiyete bozuklukları (ANKBZK) ve antisosyal kişilik bozukluğunun geldiği bildirilmiştir (36-37). 2015 yılında yayımlanan bir gözden geçirmede AKB olanlarda depresyon dört kat, bipolar bozukluk altı kat, yaygın ANKBZK iki kat, panik bozukluk iki kat, TSSB iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada rastgele seçilen alkol ve diğer maddeleri kullanan 281 asker değerlendirilmiş; alkol kullananların %25'inde Eksen I tanısının; % 30.8' nda ise Eksen II tanısının eşlik ettiği; Eksen I tanısı olarak en sık majör depresyon ve ANKBZK, en sık eşlik eden eksen II tanısının çekingen KB (%9.8) ve SKB (%5.6) olduğu belirlenmiştir (38). Başka bir çalışmada AKB'na %72.5 oranında en az bir KB'nun eşlik ettiği, en sık görülen kişilik bozukluğunun %37.5 oranıyla ASKB olduğu, ikinci sırada %20 oranla SKB'nun geldiği belirlenmiştir (13). Şu ana kadar yapılan çalışmalar da komorbidite prevalansı hakkındaki verilerin farklı olmasının sebebi çalışmanın nerede yapıldığının, örneklem seçiminin (cinsiyet, yaş, yatan ya da ayaktan hasta oluşuna göre) ya da tanılabilir ölçütlerin (halen ya da yaşam boyu, madde ile ilişkili psikopatolojinin dışlanması gibi) farklı oluşu olabilir (5,39).

Daha önceki çalışmalardan farklı olarak (20,23,30,40 ) tanı grupları arasında cinsiyet farklılığı belirlemedik. Bunun sebebi araştırmaya alınan kadın sayısının çok az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

AKB+KB tanı grubunun çoğunluğu (% 72.2) bekâr, diğer tanı gruplarının ise çoğunluğu evli idi. Kişilik bozukluğu semptomlarının kişilerarası etkileşimde zorluklara yol açması, “yakın ve anlamlı samimi ilişkiler” de dahil yetişkin yaşam görevlerinin sürdürülmesini zorlaştırması (41), ayrıca mevcut KB sorunları yanında AKB'nun yarattığı sorunlar da eklendiğinde evlilik oranını düşürmüş olabilir. AMKB ve ASKB olan bireylerde alkol/madde kullanım sorunlarının daha şiddetli olması ve daha yüksek oranda ya da şiddette tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunlar yaşamaları bir diğer etken olabilir (42). Ayrıca araştırmamızdaki diğer gruplara göre AKB+KB olan grubun yaş

ortalamasının daha düşük olması da bunda etkili olabilir.

Çalışmamızda maliyet açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. 2015 yılında bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi alan 389 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada da medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve ek hastalık varlığı ile toplam yatış maliyetleri arasında anlamlı fark olmadığı; yatış maliyeti en yüksek 3757,6 TL (1397,0 USD) ile bipolar bozukluk, en düşük 1864,7 TL (693,2 USD) ile alkol ve madde kullanım bozuklukları olduğu belirlenmiştir (43). Bunun yanında komorbiditenin maliyeti artırdığı yönünde çalışmalar da mevcuttur (18,44).

## SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada AKB olan grubun psikiyatrik bozukluk komorbiditesi olan tüm diğer gruplardan anlamlı derecede daha fazla hastaneye başvurduğu; AKB+KB tanı grubunun hastaneye başvuru anındaki yaş ortalamasının ve evli olma oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu; AKB+DDB olan grupta diğer tanı gruplarına göre alkol kullanım sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. AKB tedavisi için beklenen yaştan daha erken olan başvurularda eşlik eden psikiyatrik bozukluk olup olmadığının araştırılması önemlidir. Hastaların değerlendirilmesi sırasında kendi bildirdiği belirtiler yanında yapılandırılmış anketler kullanılarak varsa mevcut eşlik eden hastalık belirlenmelidir. Böylece erken müdahale ile tedavi başarısı artırılıp, relapslar önenebilir. AKB komorbiditesini araştıran çalışmalar olmakla birlikte kullanılan araştırma yöntemlerinin farklı olması karışıklığa sebep olmaktadır. Bunu ortadan kaldırmak ve AKB olanlara daha iyi bir tedavi sunmak için daha fazla komorbidite çalışmalarına ve araştırmalarda ortak metodolojiye ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları, hekimlerin, kamuoyunun ve politika belirleyicilerinin komorbid psikiyatrik bozukluk bulunan AKB konusunda bilgilencmelerini sağlayarak bu hastalıkların belirlenmesi ve tedavisine yönelik programlar geliştirilmesi, böylece kişisel ve toplumsal olumsuz etkilerinin azaltılması yönünde etkili olabilir.

Verilerimizin alkol bağımlılığı olan ve henüz tedavi sistemi içine girmeyen hasta grubunu içermemesi bir kısıtlılıktır. Diğer bir kısıtlılık geriye

dönük olması ve yapılandırılmış anketler içermemesidir.

## KAYNAKLAR

1. Doksat NG, Çiftci AD, Zahmacıoğlu O, Demirci AC, Kocaman MG, Erdoğan A. Trends and gender differences in alcohol and substance use among children and adolescents admitted to an addiction treatment center in Turkey: comparison of 2014 with 2011. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2016; 17: 325-331.
2. Çakıcı M, Babayiğit A, Karaaziz M, Eş A, KKTC’de erişkin bireylerde psikoaktif madde kullanımının yaygınlığı, risk etkenleri ve madde kullanımına yönelik tutumların incelenmesi, 2003-2017, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019; 20: 277-286,
3. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Jakubczyk A, Kieres-Salomoński I, Wojnar M. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis, *Psychiatr Pol*. 2015; 49: 265-75.
4. National Institute on Drug Addiction. Drug Facts: Comorbidity: Addiction and Other Mental Disorders 2011.
5. EMCDDA. Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe: A Review of the Data. EMCDDA Papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2015.
6. Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbeak M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study dual diagnosis: 15 years of progress. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50: 307–314.
7. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ, The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996; 66: 17-31.
8. Lieb M, Wittchen HU, Palm U, Apelt SM, Siebert J, Soyka M, Psychiatric comorbidity in substitution treatment of opioid-dependent patients in primary care: prevalence and impact on clinical features, *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2010; 12: 5-16.
9. Tolliver BK, Anton RF, Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17: 181-90.
10. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study *JAMA*. 1990 Nov 21; 264: 2511-8.
11. Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders, *Alcohol Res Health*, 1999; 23: 144-149.
12. İncesu C. Alkol bağımlılarında tabloya eşlik eden mizaç, anksiyete ve kişilik bozuklukları. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
13. Öner H, Tamam L, Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eş tanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2002; 12: 14-22.
14. Nery FG, Scippab AM, Fernandesb FN, Kapczinskic F, Lafera B, Prevalence and clinical correlates of alcohol use disorders among bipolar disorder patients: Results from the Brazilian Bipolar Research Network, *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55: 1116–1121.
15. Sanchez K, Walker R, Campsikiyatrik bozuklukell AN, et al. Depressive Symptoms and Associated Clinical Characteristics in Outpatients Seeking Community-Based Treatment for Alcohol and Drug Problems, *Substance Abuse*. 2015; 36: 297-303.
16. Ünal M, Özpoyraz N, Güleç C, Koroğlu E Alkol Kullanımı ile ilişkili Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1.Baskı, Ankara: Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri. 1997: 265-298.
17. Coşkunol H. Çelikkol A, Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi, Ege Üniversitesi basımevi, Bornova İzmir 1996: 141-156.
18. Sallaum IM, Thase ME, Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder, *Bipolar Disord*. 2000; 2: 269-280.
19. Alves H, Kessler F, Ratto LR, Comorbidity: Alcohol use and other psychiatric disorders. *Braz J Psychiatry* . 2004; 26 (Suppl 1): 51-53.
20. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004; 30: 749-64.
21. Ögel K, Tamar D, Karalı A, Çakmak D. Alkol ve madde kullanım bozuklukları el kitabı İstanbul: Özgül Matbaacılık 1998, 32.
22. Davidson C, Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism, *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1999; 88: 1720-1725.
23. Goldstein BI, Levitt AJ, A gender-focused perspective on health service utilization in comorbid bipolar I disorder and alcohol use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 925–32.
24. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ, Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on

- utilization of mental health services in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatr.* 1999; 156:1230–1236.
25. Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF, Alcohol use disorders, nicotine dependence, and co-occurring mood and anxiety disorders in the United States and South Korea-a cross-national comparison. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012; 36: 654-662.
26. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C, Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention, *Addict Behav.* 1998; 23 :841-853.
27. Cacciola JS, Alterman AI, McKay JR, Rutherford MJ, Psychiatric comorbidity in patients with substance use disorders: do not forget axis II disorders, *Psychiatric Annals.* 2001; 31: 321-331.
28. McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Mulvaney FD, O'Brien CP, Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188: 287-296.
29. Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H, Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism, *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22: 77-86.
30. Gabriels CM, Macharia M, Weich L, Psychiatric comorbidity and quality of life in South African alcohol use disorder patients, *Qual Life Res.* 2018; 27: 2975-2981.
31. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T, Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016; 206: 331-349.
32. Cardoso TA, Bauer IE, Jansen K, Suchting R, Zunta-Soares G, Quevedo J, Glahn DC, Soares JC. Effect of alcohol and illicit substance use on verbal memory among individuals with bipolar disorder, *Psychiatry Res.* 2016; 30; 243: 225–231.
33. Karadağ F. Bağımlılık tanısı, tedavi ve önleme. B (İstanbul): Türkiye Yeşilay Cemiyeti; 2019, Bölüm 24, Regresyon ve korelasyon yöntemleri; s. 447-86.
34. Arıkan Z. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi kılavuzu el kitabı (Ankara ): TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 2011, Bölüm 2, Madde Bağımlılığı ve Eş Tanılı Durumlar; s. 93
35. Özpoyraz N, Tamam L, Karakuş G. Alkol Bağımlılığı Ve Duygudurum Bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*, 2008, Cilt:9, Sayı:1, s:31-35
36. Darçın AE, Nurmedov S, Noyan C.O, Yılmaz O, Dilbaz N, Özel Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Psikiyatrik Eş Tanının Bağımlılığın Seyri ile İlişkisi, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015; 28: 196-203.
37. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61: 807-816.
38. Sevinçok L, Küçükardalı Y, Dereboy C ve ark. Genç erkeklerde madde kullanımı: sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Derg.* 2000; 11: 40-48.
39. Chen KW, Banducci AN, Guller L, Mecatee RJ, Lavelle A, Daughters SB, et al, An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 118: 92-9.
40. Charney DA, Paraherakis AM, Negrete JC, Gill KJ, The impact of depression on the outcome of addictions treatment, *J Subst Abuse Treat.* 1998; 15: 123 –130.
41. South SC, Turkheimer E, Oltmanns TF. Personality Disorder Symptoms and Marital Functioning. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 769–780.
42. Alterman AI, Cacciola JS, The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis.* 1991; 179: 401-409.
43. Koçak C, İlhan MN, Kuruoğlu A, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumuna Fatura Edilen Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri.* 2017; 20: 268-275.
44. Farren CK, Hill KP, Weiss RD, Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review, *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14: 659–66.
45. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, et al, The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55: 259–265.