

TC.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ  
HASTALARDA MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI ;  
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Dr. Yasemin TEKİN ULUDAĞ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR  
2012



TC.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ  
HASTALARDA MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI ;  
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Dr. Yasemin TEKİN ULUDAĞ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI  
Yrd.Doç. Dr. Gölcan GÜLEÇ

ESKİŞEHİR  
2012

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr.Yasemin TEKİN ULUDAĞ' a ait “Şizofreni Ve Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı; Karşılaştırmalı Bir Çalışma” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:17.04.2012

Jüri Başkanı Prof.Dr.Gökay AKSARAY  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç.Dr.Çınar YENİLMEZ  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Yrd.Doç.Dr.Gülcan GÜLEÇ  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun.....Tarih ve .....Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Bekir YAŞAR

Dekan

## TEŐEKKÖR

Eskiőehir Osmangazi Őniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapmıő olduėum uzmanlık eėitimim sűresince bűyűk emeėi geçen ve eėitimimin her aőamasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen deėerli hocalarıma; baőta tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Gűlcan GűLE'e, Prof. Dr. Gűkay AKSARAY'a, Prof. Dr. Cem KAPTANOėLU'na, Doç. Dr. ınar YENİLMEZ'e, Yrd. Doç. Dr. Altan EŐSİZOėLU'na, teőekkűr ederim.

## ÖZET

**Uludağ, YT. Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış hastalarda madde kullanım yaygınlığı ; Karşılaştırmalı bir çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.** Bu çalışmada şizofreni ve bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı almış hastaların alkol-madde kullanım yaygınlığının, tercih ettikleri madde türlerinin, madde kullanan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve alkol-madde kullanımının şizofreni ve BAB'un klinik özelliklerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya alınan 100 şizofreni ve 100 BAB tanılı hastaya sosyodemografik veri formu, hastalık öyküsü formu, Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ), Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca şizofreni hastalarına Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Calgary Depresyon Ölçeği, BAB hastalarına da Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Hastalardan yaşamının bir döneminde veya şu anda alkol, nikotin, madde kullanmış olanlar ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol-madde kullanım bozukluğu bulunanlar belirlenmiştir. Alkol-madde kullanımı bulunan ve bulunmayan hastalar sosyodemografik özellikleri, hastalık bilgileri ve ölçeklerden elde ettikleri puanlar bakımından karşılaştırılmıştır. Şizofreni grubu ile BAB grupları arasında yaşam boyu ve şimdi, alkol-madde kullanım yaygınlığı ve alkol-madde kullanım bozukluğu oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Şizofreni ve BAB hastalarında en sık tercih edilen maddelerin, sırasıyla, nikotin, alkol, biperiden, esrar ve uçucu madde olduğu saptandı. Şizofreni ve BAB hastalarında, yaşam boyu ve şimdi alkol-madde kullanım yaygınlığının erkeklerde, kadınlara göre anlamlı derecede fazla olduğu belirlendi. Alkol madde kullanan şizofreni hastalarının alkol madde kullanan BAB hastalarına göre İDÖ, İGD ölçeklerinden daha düşük, KPDÖ'nden daha yüksek puan aldıkları saptandı.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bipolar affektif bozukluk, alkol-madde kullanım yaygınlığı

## ABSTRACT

**Uludag, YT. Prevalance of Substance Abuse in Patients diagnosed as Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder ; A Comparative Study. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Thesis of Specialization in Medicine, Eskişehir, 2012.** The aim of this study is to investigate the effects of prevalence of alcohol-substance abuse, the preferences of substances used, sociodemographical properties and the usage of alcohol of patients diagnosed as schizophrenia and bipolar affective disorder on the clinical properties and prognosis of schizophrenia and BAD. Sociodemographic Data Form, Medical History Form, Brief Disability Questionnaire, The UKU Side Effect Rating Scale, Insight Rating Scale (IRS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) , Fagerström Nicotine Dependence Test (FNND), Global Assessment of Functionality Scale (GAF), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) are applied to 100 schizophrenic and BAD patients recruited to the study. In addition to these scales, Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for the Negative Symptoms (SANS), Calgary Depression Scale are applied to schizophrenic patients while Hamilton Depression Scale and Young Mania Rating Scale (YMRS) are used to assess patients with bipolar affective disorder. Patients with a history of alcohol, nicotine or substance abuse or the ones continuing to use these substances were identified with DSM-IV diagnosis criterias. Patients with and without alcohol abuse history are compared in terms of sociodemographic properties, disease information and the scores of the scales they performed. The difference between patients with schizophrenia and BAD groups was not significant in terms of lifelong and ongoing alcohol abuse prevalence and rates of alcohol abuse disorders. The most preferred substances among patients with schizophrenia and BAD were nicotine, alcohol, biperidene, marijuana and volatile substance respectively. The difference between males and females were significant in terms of lifelong and ongoing prevalence of alcohol substance abuse in favor of women. Patients with schizophrenia were determined to have lower scores on IRS and GAF while performing higher scores on BPRS compared to BAD with alcohol substance abuse.

**Key Words:** Schizophrenia, bipolar affective disorder, prevalence of alcohol-substance abuse,

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.2. Bipolar Affektik Bozukluk	8
2.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	12
2.3.1. Alkol Kullanımı	13
2.3.2. Ülkemizde Alkol Kullanımı Yaygınlığı	16
2.3.3. Alkol Dışı Psikoaktif Madde Kullanımı	16
2.4.Eştanı	19
2.5.Şizofreni Hastalarında Alkol-Madde Kullanımı	20
2.6.Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Madde Kullanımı	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Örneklem	32
3.2.Çalışmada Kullanılan Gereçler	33
3.3.Verilerin Analizi	38
4. BULGULAR	39
4.1. Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk Hasta Gruplarının Tanımlanması ve Karşılaştırılmaları	39
4.2.Şizofreni Hastaları Örnekleminde Alkol Madde Kullanım Yaygınlığı ve Sosyodemografik Klinik Değişkenler	46
4.3.BAB Hastaları Örnekleminde Alkol Madde Kullanım Yaygınlığı ve Sosyodemografik Klinik Değişkenler	57



	Sayfa
4.4.Alkol Madde Kullanan Şizofreni Ve Bab Hasta Gruplarının Karşılaştırılması	68
5.TARTIŞMA	83
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	106
KAYNAKLAR	108
EKLER	

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKB	Alkol kullanım Bozukluğu
AKBTT	Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi
BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
CDÖ	Calgary Depresyon Ölçeği
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition
ECA	Epidemiologic Catchment Area
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GAF	Global Assessment of Functionality Scale
HDÖ	Hamilton Depresyon Ölçeği
HIV	Human Immunodeficiency Virus
İDÖ	İçgörü Değerlendirme Ölçeği
İGD	İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi
KPDÖ	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
KYYA	Kısa Yeti Yitimi Anketi
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NMDA	N Metil D Aspartik Asit
PANSS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
SAPS	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SANS	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
UKU-YEDÖ	UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği
YB	Yaşam Boyu
YBAKB	Yaşam Boyu Alkol Kullanım Bozukluğu
YBAMKB	Yaşam Boyu Alkol Madde Kullanım Bozukluğu
YBNAM	Yaşam Boyu Nikotin Alkol Madde
YMDÖ	Young Mani Derecelendirme Ölçeği
YY	Yüzyıl
5HT2/D2	Serotonin 5 Hidroksitriptamin Dopamin 2

## TABLULAR

	Sayfa
4.1. Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk (BAB) hastalarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	41
4.2.Şizofreni ve BAB hastalarının hastalık öykülerine ait özelliklerin ait birbirleriyle karşılaştırılması	44
4.3. Şizofreni ve BAB tanılı hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
4.4. Şizofreni grubunun sigara kullanımı	47
4.5. Şizofreni grubunun yaşam boyu alkol kullanımı	47
4. 6. Şizofreni grubunda madde kullanım yaygınlığı	48
4.7. Şizofreni hastalarında şimdi alkol madde kullanımı	48
4.8. Alkol madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması	51
4.9. Alkol madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarının, hastalık öyküsü özelliklerine ait sonuçları ve birbirleriyle karşılaştırılması	54
4.10. Alkol madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılması	57
4.11. BAB hastalarının sigara kullanımı	58
4.12. BAB hastalarının yaşam boyu alkol kullanımı	58
4.13. BAB hastalarında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu	59
4.14. BAB hastalarında şimdi alkol madde kullanımı	59
4.15. Alkol madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	62
4.16. Alkol madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının, hastalık öyküsü özelliklerinin karşılaştırılması	65
4.17. Alkol madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının ölçeklerden elde edilen puanlarının karşılaştırılması	67
4.18. Şizofreni ve BAB gruplarında yaşam boyu ve şimdi madde kullanım yaygınlık oranları ve karşılaştırılması	69
4.19. Alkol madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması	70
4.20. Alkol madde kullanan şizofreni ve BAB gruplarının	72

	Sayfa
hastalık öyküsü özellikleri ve karşılaştırılması	
4.21. Alkol madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının ölçek puanları ve madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması	74
4.22. YBNAM kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular	76
4.23. YBNAM kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular	78
4.24. YBNAM kullanan şizofreni BAB gruplarının sosyodemografik, hastalık özelliklerş, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı saptanan bulgular	80
4.25. YBAMKB olan ve olmayan BAB grupların karşılaştırılmasında anlamlı saptanan bulgular	81
4.26. YBAMKB olan şizofreni ve BAB grupları arasında ölçeklerden , elde edilen puanlar açısından farklı saptanan bulgular	82

## 1.GİRİŞ

Günümüzde alkol-madde kullanım bozuklukları en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların, dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artmaktadır (1). Psikiyatrik hastalarda da psikoaktif madde kullanım bozukluğunun göze çarpıcı bir şekilde fazla olduğu ileri sürülmektedir (2). Son 20 yıldır, psikiyatrik bozukluklarla alkol-madde kullanımının birlikteliği pek çok çalışmada tanımlanmaktadır (3). Epidemiyolojik çalışmalara göre, şizofreni hastalarında Madde Kullanım Bozukluğu'nun (MKB) yaşam boyu yaygınlığı %47 ile %70 arasında değişmekte, nikotin dahil edildiğinde bu oran %80'lere ulaşmaktadır. Nikotine ek olarak alkol ve esrar en fazla kullanılan maddeler olarak belirlenmiştir. Aynı anda ikiden fazla madde kullanımına da bu hasta grubunda sık rastlanmaktadır (4). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan Epidemiyolojik Alan Araştırması sonuçlarına göre yaşam boyu alkol kötüye kullanımı yaygınlığı %13.5, madde kullanımı yaygınlığı %6 olarak bildirilmektedir (5). Amerikan Ulusal Eştanı Taraması çalışmasının sonuçlarına göre alkol kötüye kullanımı %23.5, madde kullanımı %11,9 olarak bildirilmektedir.

Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) ve alkol-madde kullanım birlikteliği de oldukça sık görülmektedir. BAB hastalarında yaşam boyu alkol kullanımı %6 ile 69 , madde kullanımı ise %14 ile 60 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (5).

Bir çok çalışmada psikiyatrik hastalıklar ile alkol-madde kullanım birlikteliğinin, psikiyatrik hastalığın erken yaşta başlamasına, hastalığın klinik seyrinin ve tedaviye yanıtının kötüleşmesine, tekrarlama sıklığının artmasına, ilk psikiyatrik yatışlarının daha erken bir yaşta gerçekleşmesine, hastaneye yatış sayısının artmasına, toplumsal işlevselliğinin daha kötü olmasına, artmış psikotik semptomlara, yüksek PANSS pozitif puanlarına, zayıf tedavi uyumuna, şiddet kullanımına, yasal problemlere, Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan daha yüksek depresif puanlara, intihar girişimlerinde artışa, evsizlik, işsizlik ve zayıf sosyoekonomik duruma, HIV enfeksiyonu gibi medikal problemlere, artmış tardiv diskinezi ve ekstrapiramidal yan etki riskine neden olduğu gösterilmiştir (6,7,8,9). Ülkemizde, şizofreni ve BAB tanılı hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğu eştansı üzerine kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Akvardar ve arkadaşlarının (10) şizofreni hastalarında madde kullanımını araştırdıkları, 44 hasta ile yürüttükleri

çalışmada, şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol kullanım yaygınlığı %44.9, yaşam boyu alkol bağımlılığı yaygınlığı %8.2, esrar kullanım yaygınlığı ise %2.6'dır. Akkaya ve arkadaşlarının (11) BAB tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini inceledikleri çalışmada ise hastaların %4.9'unda alkol kullanımı/bağımlılığı, %3.2'sinde madde kullanımı/bağımlılığı saptanmış olup, ülkemizde yapılan çalışmalar, eştanının literatürde belirtildiği kadar sık olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada şizofreni ve BAB tanısı almış hastaların alkol-madde kullanım yaygınlığının, tercih ettikleri madde türlerinin, madde kullanan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve alkol-madde kullanımının şizofreni ve BAB'un klinik özelliklerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının kullanmayanlar ile, alkol-madde kullanan BAB hastalarının kullanmayanlar ile karşılaştırılması, ayrıca alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının madde kullanım özellikleri ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması planlanmıştır.

#### **Araştırmanın Hipotezleri:**

- 1- Şizofreni ve BAB hastalarında alkol-madde kullanımı erkek cinsiyet ve genç yaşta daha sık görülmektedir.
- 2- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında işsizlik, bekar olma, düşük eğitim seviyesi, kırsalda yaşama oranları alkol madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre daha yüksektir.
- 3- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının, hastalık başlangıç yaşı, doktora ilk başvuru yaşı, ilk yatarak tedavi gördüğü yaş, alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre daha genç; hastanede toplam yatış süresi ve hastalık süresi ise daha uzundur.
- 4- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre, yasal sorun, başkasına zara verme ve intihar davranışları daha yüksek oranda görülür.
- 5- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının ailelerinde alkol-madde kullanımı, alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastaların ailelerine göre daha sık görülür.

- 6- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında, nikotin kullanımı alkol-madde kullanımı olmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre daha yüksek orandadır.
- 7- Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında, alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre, ilaç yan etkisi, yeti yitimi, psikopatolojisi daha fazla, işlevsellikleri daha kötüdür. Alkol-madde kullanan şizofreni hastalarında, SAPS, SANS, Calgary Depresyon Ölçeklerinden aldıkları puanlar alkol-madde kullanmayan şizofreni hastalarından daha yüksektir. Alkol-madde kullanan BAB hastalarının Young Mani Derecelendirme ve Hamilton Depresyon Ölçeklerinden aldıkları puanlar, alkol-madde kullanmayan BAB hastalarından daha yüksektir.
- 8- Şizofreni ve BAB hastalarında en sık tercih edilen maddeler, nikotin, alkol, esrardır.
- 9- Şizofreni ve BAB hastalarında bağımlılık oranları benzerdir, bağımlılık olmaksızın alkol kullanım oranı şizofreniye göre BAB hastalarında daha sıktır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Şizofreni

Şizofreni genç yaşta başlayan, bireyin kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir iç dünyada yaşamasına neden olan; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü psikotik bir hastalıktır (12). Şizofreni bizar davranışlara, uyarıcı olmaksızın algılara, sıradan olayların garip yorumlarına, kendini ihmal etme ve evsizlikten, üretkenliğin yitimi ve kliniklerde bakıma kadar yüksek sosyal maliyete neden olmaktadır (12,13). Aynı zamanda tüm hastane yataklarının %25'inin işgal edilmesine, üretkenliğin yitimine ve sağaltımla ilişkili yüksek maliyete, şizofreni hastası olmayanlara göre %20 daha kısa yaşam beklentisine, intihar oranında artışa yol açmaktadır (12).

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin tanımlamalarında da şizofreni benzeri ruh hastalığının tariflendiği bildirilmektedir. Orta çağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümünün şizofreni hastaları olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastalarını tanımlamak için "Démence précoce" (erken bunama) deyimini ilk olarak Morel 1860'da kullanmıştır. 1871'de Hecker "hebefreni"yi ve 1874'de Kahlbaum "katatoni"yi tanımladıktan sonra, 1896'da tanınmış Alman ruh hekimi Kraepelin bu iki hastalık tipine "paranoid" ve "basit" tipleri de ekleyerek, hepsini "dementia praecox" tanısı altında toplamıştır. Eugen Bleuler 1911'de yayınladığı "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" adlı kitabı ile bu hastalığın Kraepelin'in sandığı gibi erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiş, bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek "schizophrenia", yani "zihin bölünmesi" terimini önermiştir. Bleuler ayrıca birincil ve ikincil belirtiler kavramını da tanımlamıştır (13).

Bleuler'in dört birincil belirtisi olan "4A Belirtisi"; Assosiasyon (çağrışımlarda bozulma), Affekt (anormal duygulanım), Autism (otizm) ve Ambivalansı kapsamaktadır. Yardımcı belirtiler arasında, halusinasyon ve hezeyanlar bulunmaktadır. Kişilerarası (interpersonal) psikoanalitik okulun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalnız başmalığın (izolasyonun), şizofreninin hem bir nedeni hem de bir belirtisi olduğu üzerinde durmuştur. Kurt Schneider, şizofrenide



birinci derece belirtiler olarak adlandırdığı düşünce okunması, düşünce çalınması, düşünce sokulması gibi belirtilerin şizofreniye özgü olmaktansa tanı koymada fayda sağladığını belirtmiştir (14).

Şizofreni yaygınlığı açısından erkeklerle kadınlar arasında fark olmamakla birlikte, hastalığın en sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Erkek şizofreni hastalarının yarısından çoğu, kadın şizofreni hastalarının ise üçte biri ilk kez 25 yaşından önce bir psikiyatri kliniğine yatırılmaktadır (14,15). Şizofreni yaygınlığının sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilirken; evlilerde, bekar ve dullardan daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir etken olduğu ileri sürülmektedir. Göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları şizofreni hastalığı için risk etkenleri arasında sayılmaktadır (12,14,16).

Şizofreni hastalarının beyinlerinin hipokampus ve entorinal kortekslerinde, gelişimin ileri evrelerine rastlayan genç nöron göçünün hatalı olması, hücre yapılanmasında potansiyel olarak hatalı gelişime neden olur. Bu hastalık etiolojisinde önemli bir noktadır. Çünkü temporal ve frontal lobların beyaz cevherlerindeki nöronların dağılımında oluşan değişikliklerin hatalı göçe veya programlanmış hücre ölümündeki değişikliklere bağlı olduğu bildirilmektedir (17). Yine etiolojide üzerinde durulan stres-diatez modeline göre; özel bir yatkınlığı bulunan kişinin stresli bir çevresel etkiyle karşılaşması üzerine şizofreni semptomları gelişmektedir. Diatezin ya da stresin biyolojik veya çevresel olabileceği ya da her ikisinin bir arada bulunabileceği; biyolojik temelin ilaç kötüye kullanımı, psikososyal stres ve travma gibi epigenetik faktörlerle de şekillenebileceği öne sürülmektedir (14,18).

Genetik çalışmalarda, 5., 11. ve 18. kromozomların uzun kolları, 19. kromozomun kısa kolu ve X kromozomu üzerindeki belirteçlerle şizofreni arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu da şizofreninin heterojen genetik bir temeli bulunduğunun göstergesidir (12,14,16) .

Şizofreni yaygınlığı toplumda % 0.5-1 arasında değişirken (12), bu oran ebeveyninden biri şizofreni hastası olan çocukta %12, her iki ebeveyni şizofreni hastası olan çocukta %40, şizofreni hastasının ikizi olmayan kardeşinde %8, dizigot ikizinde %12, monozigot ikizinde %47 olarak belirlenmiştir. Şizofrenik bireylerin

birinci derecede biyolojik akrabalarında hastalık gelişme olasılığının topluma oranla yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (13).

Şizofreni, genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkma eğilimi göstermekle beraber, son yıllarda yapılan araştırmalar, geç başlangıcın da sanıldığı kadar ender olmadığını ortaya koymaktadır. Hastaların yarısında, hastalığı başlatıcı bir neden gösterilemezken, psikososyal birtakım faktörlerin varlığının, hastalığın ilk epizodunu tetikleyebileceği ya da var olan hastalığın alevlenmesine yol açabileceğine dair kanıtlar vardır. Hastalık başlangıcı sinsi ve yavaş bir karakter gösterebilir. Hastanın yavaş yavaş içine kapanmaya ve kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı çok sayıda olgunun ise özellikle adolesan dönemde yoğun prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilmektedir. Bu hastaların, hastalığın başlangıç evrelerinde kendi bedeni ile yoğun uğraş sergilemesi, öz bakım ve kişilerarası ilişkilerini ihmal etmesi dikkati çeken belirtilerdendir (19). Şizofreninin hastalığa özgü belirtileri; algı, dil ve iletişim, davranışlar, duygulanım, düşünce, konuşma, zevk alabilme ve dikkati kapsayan geniş bir yelpazede yer alan bilişsel ve duygusal işlevlerdeki bozuklukları içerir (19,20).

#### **Şizofreninin DSM-IV 'e Göre Tanı Ölçütleri:**

A-Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması

- 1) hezeyanlar (sanrılar)
- 2) halüsinasyonlar (varsanılar)
- 3) dezorganize (karmakarışık) konuşma (örneğin çağrışımlarda dağınıklık ya da enkoherans)
- 4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- 5)negatif belirtiler, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerinde sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B-Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım

gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C-Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D-Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda major depresif, manik ya da karma ataklar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum atakları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E-Madde kullanımının ve genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F-Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle belirgin halüsinasyon ya da hezeyanlar da varsa şizofreni eştanısı konabilir (20).

Başlangıç akut bir biçimde gelişir, hastalık geç ortaya çıkarsa ve çevresel stres etkenlerinin yeri fazla ise, hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamına göreceli olarak iyi uyum sağlamışsa, evli ise, aile destek oluyorsa, gelişmekte olan ülkelerde veya kırsal alanda yaşıyorsa, düşünce ve algı bozukluklarından rahatsız oluyorsa hastalığın gidişi daha iyidir. Hastalık öncesi kişilik şizoid veya şizotipal ise, belirtiler sinsi ve yavaş ortaya çıkıyorsa, hastaneye yatış sayısı çok ve süreleri uzun ise, remisyon hali kısa ise, ailede kalıtımsal yüklülük yüksek ise ve negatif klinik belirtileri baskın ise hastalar sağaltımdan daha az yararlanmakta ve hastalığın gidişi

daha kötü olmaktadır ( 12,14,16,19).

Şizofreni sağaltımında, farmakoterapi, elektrokonvulziv tedavi ve psikososyal sağaltım yöntemlerini içeren bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir (16).

## **2.2.Bipolar Affektik Bozukluk**

BAB, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline (ötimik) dönebildiği, kronik seyirli bir hastalık olarak tanımlanır (21). Hem manik hem depresif dönemin ortak özelliği, kişinin duygu durumunda olağan gidişten farklı ve süreklilik gösteren emosyonel bir yaşantı olmasıdır. Bu farklılık, depresif dönemde duygulanımda izlenen elem ve keder yönünde artış (disfori) ya da manik dönemde izlenen neşe (öfori) tarzında bir artıştır (21).

Mani ve depresyon kavramlarının tarihçesi antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Maninin melankoli ile ilişkisi ikibin yıldır bilinmektedir (21). Bugün bilindiği şekli ile maninin ana belirtilerini tanımlayan Kapadokyalı Aretaeus'dur (Milattan Sonra yaklaşık 150). Bu temelden gelişen daha ciddi taşkınlık durumlarını da betimlemiştir (21,22). Melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu, aynı hastaların bu iki rahatsızlığı farklı zamanlarda yaşadığını gözlemlemiştir (21). Ondokuzuncu yüzyılda, yatan hastalar üzerinde yapılan gözlemler sonucunda, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşme gösterdiği ya da hastalığın birbirine zıt şekiller içinde dalgalanan bir kliniğe sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu gözlemler akıl hastanelerinde Philippe Pinel tarafından yapılan reformlar sayesinde ortaya çıkmıştır. Pinel 17.yüzyılda akıl hastalarının tedavi edilmesinin ve bu tedavi sırasında klinik gözlem ve vaka raporları yazılmasının gerekliliğini savunmuştur. Bu sayede Fransız psikiyatristler aynı hastayı çeşitli ataklar sırasında uzunlamasına izleme şansını elde etmişlerdir (23). 19.yüzyılda hastaların beslenme koşulları da düzelmiştir. Böylece hastalığın başlangıcı, gidişi ve sonucunun göz önünde bulundurulmasını öneren Hipokratik yaklaşımın uygulanmasıyla hastalık süreçleri açıklık kazanmaya başlamıştır. Tüm bu gelişmeler özellikle düzelmeler gösteren duygudurum bozukluğu bulunan hastaların akıl hastanelerinden çıkabilmelerini sağlamıştır (23). Mani ile melankolinin bağlantısı, Jean Pierre Falret'nin "folie circulaire" (döngüsel

ruh hastalığı) ve Lules Baillarger'nin "folie á la double forme" (çifte biçimli ruh hastalığı) kavramlarıyla yeniden keşfedilmiştir (21,23). Kraepelin depresyondaki temel patolojiyi ruh halinde düşme ile fiziksel ve mental işlevlerde yavaşlama; manideki temel patolojiyi ise ruh halinde yükselme ile fiziksel ve mental işlevlerde artma olarak belirtmiştir. Kraepelin 1895 yılında "manik-depresif hastalığı" tanımlayarak, bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü "depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonüs, daha önceki sağlıklı işlevsellığe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan bir çok atak yaşaması" olarak öne sürmüştür. Ayrıca "manik-depresif psikoz"da rol oynayan biyolojik etkenler üzerinde durmuştur (23). 1930'larda Bleuler, depresif ve manik sendromları "afektif bozukluklar" başlığı altında bir araya toplamıştır. 1959'da Leonard Kraepelin, manik depresif hastalık tanımını, manik ve depresif ataklarla giden "bipolar bozukluk" ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden "monopolar bozukluk" olmak üzere iki alt gruba bölmeyi önermiştir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra BAB tanımı içine sadece manik epizodlarla gidenler dahil edilirken, sadece depresif ataklarla giden hastalar "unipolar" olarak adlandırılmış ve bu şekilde kullanıma girmiştir (15,21). 1960'larda lityum tedavisinin yaygınlaşması ve BAB'ta etkinliğinin gösterilmesi ile farmakolojiye ve etyolojiye yönelik daha düzenli biyolojik araştırmalar da yapılmaya başlamıştır. 1970'lerde psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış ve bu hastaların tümü için "duygulanım bozukluğu" tanımı kabul görmüştür (21).

#### **Bipolar affektif bozukluğun DSM- IV'e göre sınıflandırılması:**

1. Bipolar I ve bipolar II bozukluk
2. Siklotimik bozukluk
3. Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk
4. Genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygu durum bozukluğu
5. Başka türlü adlandırılmayan duygu durum bozukluğu (20)

Bir manik dönem; en az 1 hafta, eğer hasta hastaneye yatırılmak zorundaysa daha kısa süreyle, anormal düzeyde ve ısrarlı yükselmiş, ekspansif ya da irritable duygu durumdan oluşan ayrı bir dönemdir. Hastanın sıklıkla dini, politik, ekonomik, cinsel ya da kötülük görme ile ilgili yoğun düşünce uğraşları olabilir. Kimi araştırmacılar için maninin temel özelliği artmış psikomotor aktivitedir. Hastanın düşünce süreçleri

hızlanmıştır, zihni hızla dağılır ve fikir uçuşması yaşar. Psikomotor kontrol kaybı, sıklıkla pek çok alanda risk alma davranışlarına yol açar. Hasta yorulmak bilmeden çeşitli etkinlikler yapar ve bu etkinlik alanlarında yargılaması kaybolabilir. Maddi ve manevi kayıplara uğrayabilir. Cinsel istek artışı tipiktir (24). Bir hipomanik dönem en az dört günlük süreye sahiptir. Hipomanik dönem, belirtilerin sosyal ya da mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açmayacak şiddette olması ve psikotik özelliklerin bulunmaması ile mani belirtilerinin süre ve şiddet olarak daha hafif seyrettiği durumdur. Hipomanide de özgüvende artış, uyku gereksiniminde azalma, distraktibilite, aşırı fiziksel ve mental aktivite, zevk verici davranışlara aşırı katılım vardır. Bir karma atak ise, en az bir haftalık süreyle hemen her gün hem manik hem de bir major depresif atağın belirtilerinin görüldüğü bir dönemdir. Bu tabloya neşeden çok iritabilite (disforik mani) hakim olmaktadır (15,20).

Bipolar-I bozukluğunun başlıca özelliği, bir ya da birden çok manik ya da karma atağın ortaya çıkması ile belirli bir klinik gidişin olmasıdır. Tanı için manik atağın görülmesi gereklidir. Çoğu zaman daha önce bir ya da birden çok depresif atak da olmuştur. Ancak tanı için depresif atağın görülmesi gerekli değildir. Manik ya da depresif ataklar, genel tıbbi durum, ilaç tedavisi, ilaç kötüye kullanımı, ya da depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmamıştır ve belirtiler şizofreni ya da sanrısız bozukluk gibi bir psikotik bozuklukla bağlantılı değildir. Bipolar-II bozukluğunun başlıca özelliği ise, en az bir hipomanik atağın yanı sıra bir ya da birden çok major depresif atağın ortaya çıkması ile belirli klinik gidişin olmasıdır (20). Bu bozukluk, bazen “hipomanik ataklarla giden tekrarlayıcı (rekürren) major depresif atak” olarak da isimlendirilir (21). Manik ya da depresif ataklar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa, bu duruma “hızlı döngülü bipolar bozukluk” adı verilmekte olup, bu tablolar kadınlarda daha sık olarak görülmektedir. BAB’un depresif dönemleri, unipolar depresyondan farklı olarak atipik depresyon belirtileri ile seyretmektedir. Hiperfaji, hipersomni ile beraber psikomotor reterdasyona sıklıkla rastlanmaktadır. Depresyonun başlangıcı ve sonlanımı ani olabilir. İyileşme dönemi görülmeden maniyeye kayma da görülebilir. Antidepresan kullanımına bağlı olmayan manik kaymaların antidepresan kullanımına bağlı olanlardan ayrılması hastalığın izleniminde önem kazanmaktadır. DSM IV major

depresyon ölçütlerini karşılamayan depresif ataklar ve hipomanik ataktan oluşan durum da siklotimi olarak adlandırılmaktadır (15,22).

BAB'un genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığı % 0,5–1,5 arasında değişmektedir (15). Kültürel ve etnik gruplar arasında yaygınlık açısından fark yoktur. Bipolar I görülme oranı her iki cinste de eşit olmakla birlikte, manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler de kadınlarda daha siktir (15). Genellikle erkeklerde hastalığın başlangıcı manik atak, kadınlarda ise depresif atakla olmaktadır (21). Bipolar II bozukluk ise klasik bilgi olarak kadınlarda daha fazladır ve toplumun % 0,5'ini etkilemektedir. Bu hastalar tipik olarak major depresyon belirtileri nedeni ile başvururlar ve araştırma sonunda hipomanik dönem öyküleri ortaya çıkar. Kesin tanı hastanın belleğine ve hekimlerin hipomanik dönemlerin varlığını titizlikle sorgulayıp sorgulamadığına bağlıdır. Bu nedenle, bipolar II bozukluk oranları yakın geçmişe kadar gerçeği yansıtmamaktadır. Bipolar II bozukluğu olan kadınların, sonraki ataklarını hemen postpartum dönemde geliştirme olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca hızlı döngülülük oranı kadınlarda erkeklere daha fazladır. Aynı yaşayan ya da boşanmış çiftlerde, ailesinde BAB öyküsü olanlarda hızlı döngülülük oranı daha yüksektir (15,25,26).

BAB'un etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. BAB hastalarıyla yapılan aile çalışmaları, hastalığın genetik temelleri olduğunu göstermektedir. Bipolar-I bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında bipolar-I bozukluğu gelişme olasılığı kontrol grubunu oluşturan kişilere göre 8-18 kat daha fazladır. Major depresif bozukluk gelişme olasılığı ise 2-10 kat daha fazladır (25). BAB, birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve bir çok etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterir. Ayrıca nörotransmitter çalışmaları (noradrenerjik, serotinerjik, dopaminerjik, gamaaminobutirik asit sistemleri ile), iyon sistemleri (sodyum, kalsiyum) ile ilgili çalışmalar, BAB ile ilgili etyolojik çalışmalar arasında yer almaktadır (21). Epidemiyolojik çalışmalar ve ikiz çalışmaları, BAB'un kalıtsal bir hastalık olduğunu kuvvetle desteklemektedir. Anababadan birinde bipolar-I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25'tir. Hem anne, hem de babada bipolar-I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (21,25). BAB'u olan hastaların birinci derecede akrabalarında, herhangi bir

duygudurum bozukluğu, psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol gruplarının yakınlıklarına göre belirgin şekilde daha fazladır. Major depresif bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında bipolar-I bozukluk gelişme olasılığı da kontrol grubunu oluşturan kişilere göre 1.5-2.5 kat daha fazladır (25). Bipolar I bozukluğu olan hastaların %50'sinin, en azından anababasından birinin, büyük bir çoğunlukla major depresif bozukluk olmak üzere bir duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmektedir (25).

BAB, hastalığın gidişi, sonlanımı ve tedaviye yanıt verme açısından kişiler arası büyük farklılıklar gösterse de, yineleyici ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Hastaların %90'ında ilk manik dönem sonrasında hastalık dönemleri tekrarlamaktadır. Kişi yaşlandıkça hastalık atakları arasındaki süre kısalma eğilimi gösterir (25).

BAB çoğunlukla depresif atakla başlar (kadınlarda %75, erkeklerde %67 oranında). Hastaların büyük bir çoğunluğu hastalık atakları arasında işlevsellik düzeylerine tam olarak geri dönerlerse de kimileri (%20-30) duygulanım oynaklığı, kişiler arası ve mesleki zorluklar göstermeye devam etmektedir (24). Semptomatik iyileşmeden sonra işlevsel iyileşme uzun zaman almaktadır. Hastalık atakları tekrarladıkça işlevsellikte ilerleyici bozulma görülür. Kişi psikotik özellikli mani atağı yaşadıkdan sonra daha sonraki manik dönemlerinde de olasılıkla psikotik özellikler yaşayacaktır (24).

Onsekiz yaşından önce başlayan olgularda, psikotik atak, karma atak daha fazla görülmekte, hastalık daha ağır seyretmekte ve bu hastalar tedaviye daha az yanıt vermektedir (21). Hastalığın kalıtsal yüklülüğü sonucunda bir sonraki nesilde tekrarladığı zaman, hastalığın başlama yaşı daha erken, gidiş daha kötü seyretmektedir (21). Cinsiyetin erkek olması, düşük sosyo-ekonomik sınıftan olma, ailede benzer hastalık öyküsünün varlığı, ayrılmış ya da hiç evlenmemiş olma, beyaz ırk dışındaki ırklarda gidiş daha kötü olmaktadır (21).

### **2.3. Alkol -Madde Kullanım Bozuklukları**

Yaygın biçimde kullanılan maddelerin önemli kısmı insanın varoluşunun binlerce yıldır parçasıdır. Örneğin, opium tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır. Esrar ile ilgili kaynaklar antik Çin'in bitkisel tedavilerine, şarabın varlığı İncil'e, batı yarıkürenin yerli halklarında tütün içme ve koka yaprakları



çiğneme İspanyollar'ın o topraklara varışından kuşaklar öncesine dayanır. Maddelerin yeni ve yoğunlaştırılmış biçimlerinin keşfedilmesi veya yeni uygulama yollarının geliştirilmesi kullanımla ilgili sorunları ortaya çıkarmıştır. Asya'da 18. ve 19. yy'larda opium içiciliği en büyük sorun olduğu halde, 1806' da daha etkili bir alkaloid olan morfinin ayrıştırılması ile dünyanın geri kalan kısmında yeni sorunlar görülür olmuştur. Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerinin bulunması ile morfin enjekte edilebilir olmuştur ve bu yoldan morfinin kötüye kullanımı başlamıştır. İntravenöz morfin ve eroin kullanımı 20.yy'ın başında uygulanmıştır. Yirminci yüzyılın ortalarında sigara içme popüler olmuştur ve sigara kullanımının sonucu akciğer kanseri gözlenmiştir. Sigara kullanımının bağımlılık yapıcı gücünün kabul edilmesi 20 yıllık bir zaman almıştır (15).

### **2.3.1. Alkol Kullanımı**

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlısını, “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı olarak ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen, değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, sağaltıma gereksinimi olan bir hastadır” diye tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre ise, alkolün işine engel olduğunu değil de işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişi alkol bağımlısı olarak görülmektedir (16).

Alkol kullanımı kişinin iş ve aile uyumuna, çevresine, beden sağlığına zarar vermiyorsa alkolizm sayılmamakta, ancak bazen normal içicilik nerede biter, alkolizm nerede başlar sınırını çizmek kolay olmamaktadır (27).

ABD'de toplumun %90'ı yaşamının bir döneminde, erişkinlerin %60-%70'i ise sıkça alkol almakta, %30-%45'i yaşamının bir döneminde en az bir kez aşırı alkol almaya bağlı bir sorunla (yasal, trafik, iş, okul) karşılaşmaktadır. Epidemiyolojik Alan Çalışmaları'nda (ECA) alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %20, kadınlarda %10; alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı ise erkeklerde %13.53, kadınlarda %2.82 olarak saptanmaktadır (16). Batı ülkelerinde alkol kullanım yaygınlığında 1/2-1/3 olan kadın/erkek oranı, doğu ülkelerinde 1/10 olarak bildirilmektedir (28).

Son 20 yıl içinde alkolün farmakolojik etkileri ile ilişkili yeni modeller ortaya konmuşsa da halen geçerliliğini koruyan yaklaşım, alkolün nörotransmitter sistemleri üzerindeki özgül etkileri üzerinde temellendirilmektedir. Akut alkol intoksikasyonu

gamaaminobutirik asit reseptör aktivitesinde, serotonerjik aktivitede, endorfin salınımında ve beyin ödül merkezlerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Bugün yoksunluk sendromundan sakınmak için madde almaya devam etmenin bağımlılığın sürdürülmesindeki katkısı açık olmakla beraber dikkatler daha çok madde arama davranışı üzerinde yoğunlaşmaktadır (28,29). Alkol arama davranışı dört temel süreç tarafından kontrol edilir. Bunlar alkolün pozitif pekiştirici, kendini tercih ettirici, koşullandırıcı ve aversif (itici) etkileridir. İlk üç süreç alkol arama davranışını uyarıcı yönde, sonuncusu ise azaltıcı yönde etkiler. Alkol arama davranışına en önemli katkıyı sağlayan pozitif pekiştirici etkinin davranışsal sürecinde, alkolün öfori yapıcı ve anksiyolitik etkileri ile bazı beyin fonksiyonlarını arttırıcı etkisi ve yoksunluk sendromundan sakınma önemli rol oynar. Pozitif pekiştirinin nöronal sürecinde başta dopamin olmak üzere bazı nöromediyatörlerin rolü vardır. Çalışmalarla tekrarlanan bir bulgu, kötüye kullanımı olan maddelerin mezotelensefalik sistemde ekstraselüler dopamin artışına neden olduğu ve nükleus akumbensin de bununla ilgili kritik bir bölge olduğudur (29).

Alkol bağımlılarının birinci dereceden akrabalarında, alkol bağımlılığı görülme sıklığının normal nüfusa oranla yedi kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Aile yüklülüğü olanlarda bağımlılığın daha ağır seyrettiği ve daha çok komplikasyon geliştiği bilinmektedir. Tek yumurta ikizlerinde alkol bağımlılığı riski %60-%70; çift yumurta ikizlerinde ise %25-%35 civarında olup ECA çalışmasında elde edilen sonuca göre genel popülasyonda alkol bağımlılık oranı %5-%10, alkol bağımlılarının ailelerinde ise %30-%40'dır. Alkol bağımlılarının erkek çocuklarında alkol bağımlılık riskinin 3-4 kat yüksek olduğu ileri sürülmektedir (28,29).

### **Alkol bağımlılığının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:

a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi

b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması

- 2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
- Alkole özgü yoksunluk sendromu
  - Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı
- 3) Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
- 4) Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
- 5) Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
- 6) Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
- 7) Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımını sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur (20).

### **Alkol kötüye kullanımının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

A) 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

- İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. Alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmeme ya da işte başarı gösterememe; okula gitmeme, okulu asma ya da okuldan kovulma; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi).
- Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. Alkol kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme)
- Alkole ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. alkol ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).

4) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örn. entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı).

B) Bu semptomlar, alkol bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır (20).

Alkol kullanım bozukluğu tedavisinde primer hedefler yoksunluk döneminde ortaya çıkan aritmileri, nöbetleri, deliryumu ve ölümü önlemek; subjektif belirtileri yatıştırmak; deliryum varsa tedavisini yapmak; uzun süreli rehabilitasyonun hazırlanması olmalıdır. Farmokoterapi, tedavi ve rehabilitasyona yönelik psikososyal yaklaşımlar, uygun psikoterapi yöntemlerinin seçimi ve uygulanması tedavi yöntemleri arasındadır (16,27,28).

### **2.3.2. Ülkemizde Alkol Kullanımı Yaygınlığı**

Batı toplumlarında alkol kullanım bozuklukları oldukça sık görülmesine karşın Türkiye’de daha düşük oranlar bildirilmektedir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" projesi kapsamında 1997 yılında 18 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol bağımlılığı yaygınlığı % 0.8 (erkeklerde % 1.7, kadınlarda % 0.1) olarak saptanmıştır (30). 1997 yılında İstanbul’da alkol kullanım yaygınlığı % 33.5, CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) tarama testi ile belirlenen riskli alkol kullanımı oranı % 6.8 olarak saptanmıştır (31). Türkiye’de alkol üretiminin ve özellikle genç nüfusta tüketiminin arttığı bildirilmektedir (32).

### **2.3.3. Alkol Dışı Psikoaktif Madde Kullanımı**

**A-Opiyatlar:** Opiyum ve türevleri ile yarı sentetik, sentetik opium benzeri narkotikler bu gruptadır. Morfin, kodein, tebain, papaverin, ve noskapin doğal opium alkaloidleridir. Eroin yarı sentetik, metadon ve petidin de sentetik yapıli narkotik analjeziklerdir. Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) hem depresan hem uyarıcı etki yaparlar. Alındığında bir iyilik, gevşeme ve rahatlama, uyuklama durumu olur. Kısa sürede bağımlılık gelişir (27).

**B-İnhalanlar:** En yaygın olarak kullanılan ucucu maddeler; yapıştırıcılar, boya, tiner, temizleme solüsyonları, aseton, çakmak gazları ve aerosollerdir. Uçucular, ucuz olması, yasal olarak serbestçe satılması, kolay ulaşılabilmesi ve hızlı etki göstermesi nedeni ile gençlerin kullandığı ilk madde olma özelliğini taşımaktadır.

MSS depresanlarına benzedikleri ve gamaaminobutirik asit sistemini yükselttikleri düşünülmektedir. İnhalasyona bağlı etkiler, kullanım sonrası, ani bir şekilde ortaya çıkar. Bu etkilerin ortaya çıkabilmesi için 1-2 nefes çekmek yeterlidir. Öfori, baş dönmesi, uyuşukluk, ağırlık hissi ve disosiyasyon yaşanır. Taşkın davranışlar, canlılık hali, disinhibisyon, anlaşılmayan konuşmalar, yargılama bozuklukları ve algısal çarpıtmalar da olabilir (33).

**C-Kannabis:** Bircok araştırmaya göre esrar dünyanın en sık kötüye kullanılan maddesidir. Tüm Dünya’da yaklaşık 200-300 milyon kişi tarafından kullanıldığı tahmin edilmektedir. Esrarın etken maddesi Tetrahidrokannabinoldür. Alındığında dış uyaranlara olan duyarlılık artar, zaman yer algısı değişir, öfori gelişir (33).

**D-Kokain:** Güney Amerika’da yetişen koka bitkisinin yapraklarından elde edilmektedir. MSS’nde mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemleri aktive eder. Dopamin taşıyıcı mekanizmayı işgal ederek salgılanan dopaminin geri alımını inhibe eder. Bunun neticesinde uyanıklık, iyi olma duygusu ve öfori gelişir. Açlık duygusu ve uyku ihtiyacı azalır. Yorgunluğun neden olduğu performans bozuklukları ortadan kalkar. Kokain aynı zamanda şüphecilik, paranoya ve paranoid şizofreniden ayırt edilemeyen psikoza neden olabilir. Kardiyovaskuler sistem üzerindeki etkileri ise taşikardi, kardiak aritmiler, yüksek kan basıncıdır (33).

**E-Halüsinojenler:** Bu grupta liserjik asid dietilamid, fenil alkil aminler, indoller ve piperidil benzilat esterler ve ekstazi yer alır. Bu ilaçlarla, algı artar ve yoğunlaşır. Normalde algılanmayacak uyaranlar algılanır. Eski anıların anımsanması, bilinçdışı içeriğinin açığa çıkması ve regresyona eğilim görülebilir. Fensiklidin kullanımı şiddete neden olabilir (33).

**F-Sedatif-Hipnotik-Anksiyolitikler:** Bu grupta benzodiazepinler ve benzodiazepin reseptor agonistleri, barbituratlar, meprobamat, kloralhidrat, glutetimid ve metakualon gibi çeşitli sedatif hipnotikler yer alır. Bağımlılık yaparlar ve ani bırakıldıklarında deliryum ve epilepsi nöbetlerine yol açabilirler. Kısa süreli gevşeme ve öfori dönemi ile birlikte cinsel aktivitede artış gözlenir. Daha sonra koordinasyon bozukluğu, düşünme ve bellekte zorluklar, cinsel ve agresif dürtülerde disinhibisyon ve emosyonel labilite tabloya eklenir (27,33).

**G-Nikotin:** Sigara içerdiği 4000'den fazla zararlı madde ile insan sağlığında ciddi bozulmalara yol açar. Nikotin sigarada bulunan bağımlılıktan sorumlu ana maddedir. Nikotin hem kolinerjik hem de dopaminerjik sistemi etkiler (33).

#### **Madde bağımlılığının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

- 1) Tolerans
- 2) Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma
- 3) Maddenin tasarlandığından (niyetlenenden) çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması
- 4) Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma
- 5) Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama
- 6) Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememesi
- 7) Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma

Fizyolojik bağımlılık var: Tolerans veya kesilme belirtileri var

Fizyolojik bağımlılık yok: Tolerans veya kesilme belirtileri yok (20)

#### **Madde kötüye kullanımının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması:

- 1) Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması
- 2) Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması
- 3) Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı
- 4) Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınları ile ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

B) Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması

Madde bağımlılığının tedavisinde 2 ana alan vardır:

- 1) Acil tedaviler: İntoksikasyon ve kesilme tedavisi
- 2) Uzun süreli, bağımlılık giderme ve nüksleri önleme tedavisi (16,20).

#### **2.4. Eştanı**

Eştanı, var olan veya inceleme altındaki bir hastalığa sahip olan hastanın, klinik seyri sırasında ortaya çıkabilen farklı, ek bir klinik durumu tanımlar. Bu terim, hastalık ya da bozukluk ölçütlerini tam olarak dolduran belirtilerle sınırlıdır. Bazı belirtiler bir bozukluk veya hastalığın seyri sırasında ya da eş zamanlı ortaya çıkabilirler. Bir kişi herhangi bir bozukluk için tüm tanı ölçütlerine sahipken başka bir bozukluğun teşhisine yetmeyecek belirtilere de sahip olabilir. Fakat bu eştanı anlamına gelmez. Eştanı kavramı, aynı kişide birden fazla bozukluğun teşhis edilebilmesi anlamında kullanılır (34).

Gerek klinik gerekse toplum örnekleri üzerinde yapılan araştırmalar, psikiyatrik bozukluklarda eştanının çok yaygın olduğunu bildirmektedir (35). Yapılan çalışmalarda eştanı oranlarının tüm psikiyatrik hastalıkların yaşam boyu yaygınlıkları ile pozitif bir ilişki içinde olduğu bildirilmektedir (36).

Eştanı fenomenine yaklaşımda primer, sekonder ayrımının kullanılması önemlidir. Primer, sekonder ayrımının 3 kullanım biçimi vardır (37).

1. Kronolojiye bağlı olan kullanım: Bu kullanımda primer durumlar zamansal olarak ilk ortaya çıkan durumlardır.
2. Genel medikal sınıflandırma sisteminde kullanım: Primer, sekonder ayrımı hastalığın nedeni ile ilişkilidir. Sekonder durumlar genellikle bir nedene bağlı olarak ortaya çıkarlar. Bu durum tanı ve tedavinin planlanmasında önem kazanır.
3. Baskın olan klinik özelliğe göre kullanım: Bu durumda klinisyenin hangi klinik durumun daha önde olduğuna ilişkin kanaati öne çıkar. Bu yaklaşım bilhassa tedavi için önemlidir. Araştırmalarda ise daha az kabul görür.

Yakın dönem çalışmaları iki tip eştanı kavramından söz etmektedir:

1. Homotipik eştanı: Aynı tanısal grup içinde, iki farklı bozukluğun eş zamanlı olarak bir arada bulunmasıdır (örneğin esrar ve alkol kullanımı).
2. Heterotipik eştanı: Farklı tanısal gruplar içinde iki farklı tanı grubuna ait bozukluğun eş zamanlı olarak bir arada bulunmasıdır (38-39).

Onyedinci yüzyıldan bu yana tıpta her hastada tek bir tanının bulunabileceği inancı egemendi. Psikiyatrik tanılar “herhangi bir tanının hiyerarşide daha yüksek konumdaki bütün bozuklukların belirtilerini dışladığı, daha düşük konumdaki bütün bozuklukların belirtilerini kapsadığı” bir hiyerarşiye göre sıralanırlar (40). DSM IV’ün eksen I’de çoklu tanılara izin vermesi, psikiyatrik eşanı üzerine bir çok çalışmanın yolunu açmıştır. Ne var ki DSM IV hiyerarşik olarak daha aşağı sıradaki bir bozukluğun daha yukarıdaki bir bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz koşulunu getirmiş ancak bunun nasıl belirleneceğine ilişkin bir yol göstermemiştir (41).

Son 30 yıldır, ruh sağlığı bozuk olan kişilerin madde kullanımı açısından risklerinin yükseldiğini, bu risklerin özellikle şizofreni ve BAB’ta diğer ruh sağlığı bozukluklarından daha yüksek olduğu, madde kullanımının ciddi ruh sağlığı bozukluklarında anlamlı semptomatik ve fonksiyonel etkilere neden olduğu bildirilmektedir (42).

## **2.5.Şizofreni Hastalarında Alkol-Madde Kullanımı**

### **Yaygınlık**

Son yıllarda şizofreni ve alkol-madde kullanımı eşanısına olan ilginin belirgin bir biçimde artış göstermiş olmasının başlıca nedeni, eşanın tanı, tedavi ve prognozda taşıdığı önemin farkedilmiş olmasıdır (43). Klinik örneklerde ve epidemiyolojik araştırmalarda, şizofrenide madde kullanım bozukluğu eşanısına ait yüksek oranlar saptanmaktadır (44, 45).

Şizofrenideki alkol-madde kullanım bozuklukları oranı, tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek olanıdır. Şizofrenideki madde kötüye kullanım eşanısı hastalığın seyri, nüksü, yaşam kalitesi, morbidite ve tedaviye uyum süreçlerinde son derece etkilidir. Madde kötüye kullanımı açısından bu yüksek eşanı oranı belki de bir kısım biyolojik faktörlere bağlı olabilir (46). Pek çok çalışmada, ilk psikotik atağı sırasında değerlendirilen şizofren bireylerde, madde kullanım bozukluğu en sık rastlanılan eşanı olarak bildirilmektedir (47,48).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün Epidemiyolojik Alan Çalışmasında şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerin %47’sinin alkol-madde kullanım bozukluğu eşanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu oran alkol kullanım bozukluğu tanısı için %33.7, madde kullanım bozukluğu tanısı için ise



%27.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, şizofrenili bireylere, genel toplumla kıyaslandığında 4.6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu ve 9 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmektedir (49). ABD’de Freed ve arkadaşları (50) daha önce yayınlanmış 11 çalışmayı gözden geçirerek, şizofreni hastalarında alkol kötüye kullanımı yaygınlığının %3 ile %63 arasında değiştiğini bildirmektedir. Son dönemde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde de, %40 ile %70 arasında değişen yaşam boyu madde kullanım bozukluğu yaygınlığı oranları saptanmakta ve şu anki madde kullanım oranları ise genellikle %20 ile %40 arasında bildirilmektedir (51,52). Oranlardaki farklılıklar, örneklemelere, sosyodemografik özelliklere, kullanım bozukluğu tanısına (kullanım, kötüye kullanım, bozukluk), tanıların şimdi, yaşam boyu ya da geçmişte alınıp alınmadığından kaynaklanmaktadır (33). Cuffel ve arkadaşları (53) şizofreni tanısı almış her üç kişiden birinin alkol probleminin bulunduğunu ileri sürmektedir.

Şizofreni hastaları daha çok sigara, alkol, esrar, kokain ve amfetamin kullanmaktadır. Hastalar öncelikle uyarıcı maddeleri tercih etmektedirler. Yaşam boyu kokain kötüye kullanımının %15-50 arasında, amfetamin kötüye kullanım oranının ise %2-25 arasında olduğu bildirilmektedir (44). Uyarıcı madde kullanımının şizofrenili bireylerde diğer bireylere göre dört kat daha fazla olması, madde tercihinde seçici davrandıklarını düşündürmektedir. Ancak, kullanılan maddenin tipini maddenin özel farmakolojik etkisinin değil, ulaşılabilirliğinin de belirlediği öne sürülmektedir (54). Şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğu %20-60, esrar kullanım bozukluğu %12-42 arasındadır (44). Ancak bazı yazarlar, gerçekte alkol ve esrar kullanımının çok daha sık olduğunu bildirmektedirler (44). Sigara kullanımının ise genel toplumda %26 iken şizofreni hastalarında %70-90 oranında olduğu, olguların %14’ünde çoğul madde kullanımı bulunduğu bildirilmektedir (55).

### **Sosyodemografik Özellikler**

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve ırk gerek genel, gerekse şizofrenik popülasyonda madde kullanımı açısından önemli belirleyicilerdir (56). Eşitlik olasılığı sıklıkla; genç yaş, erkek cinsiyet, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, antisosyal kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu öyküsü, ailevi problemler, evsizlik, erken

şizofreni başlangıç yaşı ile ilişkili bulunmuştur (57,58, 59). Myers ve arkadaşları (60) erkeklerin kadınlardan iki kat fazla madde kullanım bozukluğu, dört kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu sergilediğini saptamışlardır.

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, erkeklerden tercih ettikleri maddeler ve kullanım dozları bakımından da ayrılmaktadır. Ampirik çalışmalar kadın hastaların alkol ve esrar kötüye kullanımının daha nadir olduğunu, erkeklerin daha çok stimülanları tercih ettiklerini ve kadın hastaların yasadışı maddelerden ziyade reçete edilen maddeleri kötüye kullanmayı yeğlediklerini, erkeklere nazaran daha düşük dozlarda madde kullandıklarını bildirmektedir (61,62,63,64). Şizofrenide cinsiyet farklılıkları ile ilişkili literatür gözden geçirildiğinde, çalışmaların büyük bölümünde kadınların daha geç yaşta hastalandığı, hastane başvurularının daha ileri yaşta gerçekleştiği, premorbid işlevselliklerinin yüksek olduğu (eğitim düzeyi, medeni durum, maternal özellikler, mesleki durum vs bakımından), ağırlıklı olarak pozitif belirtiler sergiledikleri, tedaviye daha düşük ilaç dozlarında yanıt verdikleri ve daha az hastaneye yatıp daha kısa süre kaldıkları, daha az tutuklanıp daha nadiren agresif davranışlar sergiledikleri saptanmaktadır (64,65). Birçok çalışma şizofrenide madde kullanım bozukluğu ile genç yaşı ilişkilendirmiştir (44,47,66,67,68,69). Düşük eğitim düzeyinin de eşanı ile ilişkili olup, özellikle esrar kullanım bozukluğu için önemli belirleyicilerden olduğu ileri sürülmektedir (44,61). Farklı maddeler farklı sosyodemografik özelliklerle ilişkilidir. Örneğin genç yaş ve düşük eğitim seviyesi alkol-dışı madde kullanımı ile daha güçlü ilişki göstermektedir. Madde tercihinin zaman içinde ve toplumdan topluma değiştiğini göz önüne alınırsa, demografik ilişkilerin de değişim gösterebileceği bildirilmektedir (68, 70).

### **Tercih Edilen Maddeler**

Schneier ve Siris (63) yaptıkları gözden geçirme çalışmalarında, şizofreni hastalarının öncelikle uyarıcı maddeleri tercih ettiklerini öne sürmektedir. Şizofreni hastalarında yaşam boyu kokain kötüye kullanım yaygınlığı %15-50 olarak bildirilmektedir. Cuffel ve arkadaşlarının (56) 231 şizofreni hastası ile yürüttükleri çalışmada, hastaların %31'inin öncelikle alkol ve esrar, %14'ünün ise çoğul madde kötüye kullandıkları bildirilmektedir. Blanchard ve arkadaşlarının (71) gözden geçirme çalışmalarında, şizofrenide en sık kullanılan maddenin alkol olduğunu ve

onu esrar ve uyarıcıların izlediğini ileri sürmüşlerdir. ECA çalışmasında psikiyatrik tanıya göre madde kullanım tipinde farklılık saptanmamıştır (49). Mueser ve arkadaşları (54) çalışmalarında BAB, major depresyon ve şizofreni arasında madde kullanım tipi açısından fark olmadığını ileri sürmüşlerdir. Şizofrenili hastalarda alkol dışı madde kötüye kullanımı genel toplumdaki kullanımı yansıtır olabilir. Seçilen maddeler gözden geçirilirken çoğul madde kullanım bozukluğunun özellikle üzerinde durulmaktadır. Esrar kullanıcılarının hemen hepsinin sigara ve/veya alkol , alkol kullananların %95'ine yakın bir kısmı ise aynı zamanda sigara kullanmaktadır. Bununla birlikte sigara içenlerde içmeyenlere oranla alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı artmaktadır (72). Araştırmalar sigara kullanımının alkol kullanımına yatkınlığı arttırıyor olabileceğini göstermektedir (73). Bir çalışmada sigara ve alkol bağımlılığı arasında güçlü bir genetik korelasyon bulunduğu ve üst üste binen genetik faktörlerin klinik ve epidemiyolojik ilişkilere katkıda bulunuyor olabileceği ileri sürülmektedir (74). Çoğul madde kullanımı şehirlerde daha sık saptanırken (44), buna karşıt olarak kırsal bölgelerde yapılan çalışmalar alkol kullanım bozukluklarının ön plana çıktığını göstermektedir (75).

### **Etyoloji**

Şizofreni hastasının madde kullanımının 4 ana nedeni vardır:

- 1- Olumlu duygu durumu arttırmak
- 2- Olumsuz duygularla baş etmek
- 3- Sosyal etkiler; insanlara daha iyi tahammül etmek, halusinasyonu azaltmak, tedavi yan etkilerinden kurtulmak
- 4- Hastalık ve tedavi ile ilişkili etkiler; düşüncelerden uzaklaşmak, unutmak

Şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımı ile ilgili en çok ilgi gören hipotezler ise:

a-Self medikasyon (özsağaltım) hipotezi; hastalar disforiyi, şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerini, bilişsel kayıpları azaltmak amacı ile maddeleri kötüye kullanmaktadırlar.

b-Madde kullanımını bir ödül olarak görmekteyler (76).

Son zamanlardaki gelişmeler, şizofrenideki nöropatolojinin maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkileri ile ilişkili nöral devreler üzerine etki ederek, bağımlılık davranışına karşı artmış yatkınlığa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Şizofrenideki hipokampal yapı ve frontal korteks anormalliklerinin, maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkilerini kolaylaştırdığı ve madde arama davranışı üzerindeki baskılayıcı denetimi azalttığı varsayılmıştır. Bu modelde, hipokampal ve frontal kortikal işlev bozukluğundan kaynaklanan nükleus akumbensdeki dopamin ve glutamat nöral iletiminin düzenlenmesindeki bozukluk, kısmen ödül sisteminde bozukluğa neden olur. Bu da, uzun süreli madde kötüye kullanımı durumuna benzer nöral ve motivasyonel değişiklikler yaratır. Bu nedenlerle şizofreni hastalarının, şizofreniye bağlı olarak bağımlılık davranışına eğilimli oldukları öne sürülmektedir (77). Mezolimbik dopamin sistemi, uyarıcı maddelerin pekiştirici etkilerine aracılık eden major nöral sistemdir. Bu sistem, ventral tegmental alan ve nucleus accumbens gibi ön beyin alanlarındaki dopamin nöronlarından oluşur. Şizofreni hastalarının kullandığı alkol, nikotin, esrar olasılıkla ventral tegmental alandaki dopaminin disinhibisyonu yolu ile nükleus accumbensdeki dopamin salınımını artırır. Nükleus accumbensdeki dopamin artışı aşermeye neden olur. Stresin mezolimbik dopamin sistemini aktive etmesi ile hem psikotik belirtilerin alevlenmesi hem de madde arama davranışının artması destekleyici bir kanıttır (78).

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu için genetik bir yatkınlığın olabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bu kanıtlardan biri, ikiz çalışmalarında alkolizm ve şizofreninin dizigotlara göre monozigot ikizlerde daha yüksek oranda bir arada gösterilmesidir (78). İkinci kanıt Fransa'da yapılan bir çalışmada, yaşam boyu madde kötüye kullanımı olan şizofrenlerde Dopamin D3 reseptör homozigot alelinin anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (78).

### **Hastalık Gidişine Etkileri**

Madde kötüye kullanımı şizofreninin erken başlangıçlı olması ve kötü klinik gidişine ilişkilidir. Rabinowitz ve arkadaşlarının (79) yaptıkları çalışmada, şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan olgularda psikozun başlama yaş ortalaması ve ilk hastaneye yatış yaşı ortalaması sadece psikozlu olan olgulara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Alkol kötüye kullanan şizofreni hastalarının, kullanmayanlara göre daha şiddetli şizofreni belirtileri gösterdiği, daha fazla hastane yatışlarının olduğu ve hastalığın daha kötü gidiş gösterdiği bildirilmektedir (80). Bazı çalışmalar madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarında halusinasyon ve hezeyanların şiddetinin daha fazla olduğunu gösterirken, bazı çalışmalarda daha az

şiddetli ya da sadece madde kullanımı olmayan şizofreni hastalarından farksız olduğunu göstermektedir (75). Cuffel ve Chase (81) şizofreni hastalarıyla yaptıkları ve 1 sene süren izleme çalışmalarında, madde kullanımına devam eden ya da yeni madde kullanım bozukluğu geliştirenlerin yıl içinde anlamlı derecede daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini bildirmişlerdir. Madde kötüye kullanan şizofreni hastalarında, pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (75). Pozitif belirtiler, alkol bağımlısı şizofreni hastalarında, alkol bağımlısı olmayanlara göre, negatif belirtiler ise sigara kullanan şizofreni hastalarında kullanmayanlara göre daha sık bildirilmektedir (80,82). Kokain kullanımının daha aralıklı olması nedeni ile pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (75).

Madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarının, daha şiddetli bilişsel yetersizlik ve içe kapanıklığa bağlı olarak kötü toplumsal işlev gösterdiği bildirilmektedir (83). Addington ve Duchak (84) ise madde kötüye kullanan şizofreni hastalarında yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleşmiş, madde kötüye kullanmayan hastalar arasında bilişsel ve toplumsal işlev açısından fark saptamamışlardır.

Şizofrenide madde kullanım bozukluğu suç işleme, şiddet davranışı ve yasal sistemle sorun yaşama ile yakından ilişkilidir (78). Kullanılan maddeler farmakodinamik ve farmakokinetik etkileşimler nedeniyle ilaç kan düzeylerini ve yan etkilerin şiddetini değiştirebilir. Araştırmalar madde kullanım bozukluğunun daha erken ve daha ağır tardif diskineziyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (85).

Şizofreni genel topluma kıyasla artmış mortalite ile bağlantılı olup eşitani madde kullanımı bu mortaliteye anlamlı katkıda bulunuyor görünmektedir. Şizofreni hastalarında solunum ve dolaşım sistemi hastalıklarından ölüm oranının, yaş karşılaştırmalı olarak kontrol grubuna göre iki kat fazla olduğu ileri sürülmektedir (82).

## **2.6. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Madde Kullanımı**

### **Yaygınlık**

Toplumda alkol kullanımı yaygınlığı %14 olarak bildirilmekteyken, yapılan toplum bazlı çalışmalarda BAB hastalarında alkol kullanımının %46 olduğu bildirilmektedir (5,86). BAB hastalarının ailelelerinde de alkolizm yaygınlığı yüksektir (87). Epidemiyolojik Alan Çalışmasının sonuçlarına göre, BAB'ta, alkol

bağımlılığı riski 1,9 kez fazladır. Regier ve arkadaşları (49), ABD’de eşanlı alkol, madde ve mental bozuklukların yaygınlığını araştırmış olup, alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığın ABD’de %13.5, diğer ilaç bağımlılığının ise %6.1 olduğunu saptamışlardır. BAB tanılı hastalar için ise alkol bağımlılığı yaşam boyu yaygınlığı %44.7 ve diğer ilaç bağımlılığı %33.5, herhangi bir madde bağımlılığının yaygınlığı ise %56.1 olduğu bildirilmektedir (85). Bipolar I bozukluğu için herhangi bir madde bağımlılığının, yaşam boyu yaygınlığı şizofreni (%47) veya unipolar majör depresyon (%27.2) gibi diğer majör ruhsal bozukluklarıkinden yüksek olduğu bildirilmektedir (88). Regier ve arkadaşları (49) tarafından yayınlanan toplum bazlı çalışmanın sonuçlarında, bipolar-I hasta grubunda madde kullanım yaygınlığı % 61, bipolar-II hastalarında % 48 olarak bildirilmektedir. Genel olarak BAB tanısı olan hastalarda madde kullanım yaygınlığının %40 ile % 55 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir (89,90). Bipolar tip-I hastalardaki alkol-madde kullanımı genel popülasyona göre daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Bipolar-I hastalarında yaşam boyu alkol-madde kullanım oranlarına bakıldığında; % 48.5 oranında alkol, %41-60 aralığında madde kullanım oranları bildirilmektedir (5). Genel toplumda madde kötüye kullanım oranının %6 , alkol kullanımının da %14 olduğu düşünülürse; bipolar-I hastalarında on kat daha fazla alkol-madde kullanımı ve de bağımlılığı gözlenmektedir (91).

### **Sosyodemografik Özellikler**

1994 yılında Sonne ve arkadaşları (92) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, BAB tanılı hastalarda, hastalığın erken yaşta başlaması, erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, eşlik eden diğer bir eksen-I hastalığın varlığı, karma atak ve aile öyküsünün madde kullanımı için risk etkeni olduğu ileri sürülmektedir.

Eştanı olarak MKB olan BAB hastalarında, BAB’un başlama yaşının oldukça erken yaşta olduğunu ileri sürülmektedir (91). Feinman ve Dunner (93) hastalık başlama yaşının MKB’nun eşlik ettiği BAB vakalarında, MKB’nun eşlik etmediği BAB hastalarına ve primer olarak MKB olup daha sonra BAB gelişen hastalara göre daha erken olduğunu bildirmektedirler. Winokur ve arkadaşları (94), primer duyulanım bozukluğu olan BAB’lu alkoliklerde, BAB’un ilgi çekici derecede erken başlama yaşı olduğunu ileri sürmektedir.

## **Cinsiyet**

Yaşam boyu en az bir kez bağımlılık hikayesi olan erkek sayısının kadınlara göre çok daha fazla olduğunu bildirilmektedir (%9.2 ye karşı %5.9). Bununla birlikte yaşam boyu madde kullanım yaygınlığının, erkekler ve kadınlarda hemen hemen eşit olduğu da ileri sürülmektedir (95). Bazı çalışmalarda madde kullanımının erkeklerde kadınlara göre yüksek olduğu bildirilmektedir (93,94). Bu bulguyu desteklemeyen prospektif başka bir çalışmada, Tohen ve arkadaşları (96) ilk manik veya karma atakları nedeniyle hastaneye yatmış olan hastaları incelemişler ve eşanı MKB hikayesinin kadın hastalarda erkeklere göre 6 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır.

## **Karma Mani**

BAB hastaları üzerine çalışmaların çoğu karma atakları olan hastalarda, depresif ve manik atakları olan hastalara göre daha yüksek MKB oranlarını göstermektedir (91). Keller ve arkadaşları (97) hastalığın karma ve hızlı döngülü olan formlarında, alkol tüketiminin sadece mani ya da sadece depresyonu olan hastalara göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Sonne ve arkadaşları (92) madde kullanan BAB hastalarının, madde kullanmayanlara göre daha fazla hızlı döngülü olduklarını, disforik ve irrite ruh durumuna daha sık girdiklerini bildirmişlerdir. Feinman ve Dunner (93) “karışık” ve “sekonder” BAB hastalarında, “primer” BAB hastalarına göre hızlı döngü yüzdesini daha yüksek olarak saptamışlardır. Primer BAB terimiyle geçmişte ya da şimdi alkol ve madde kullanımı olmayan hastalar, karışık BAB terimiyle de BAB başladıktan sonra MKB da eşlik eden hastalar, sekonder BAB terimiyle de alkol ve madde kullanımı ya da bağımlılığı başladıktan sonra BAB gelişen hastalar kastedilmektedir. Tohen ve arkadaşları (96) ilk defa karma atak nedeniyle hastanede olan hastaların %60’ ında eşanı madde kullanımı olduğunu saptamışlardır. Ayrıca madde kullanımı ve bağımlılığının karma atağı olanlarda sadece tek manisi olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Tek manisi olanlara göre karışık manik-depresiflerde MKB oranının yüksek olduğu tezine karşıt çalışmalar da vardır. Örneğin Keck ve arkadaşları (98) tek manik atağı ve karma atağı olan hastalar arasında madde kullanımı açısından önemli bir fark gözlemediklerini bildirmişlerdir.

## **Aile Öyküsü**

BAB ve alkolizm birlikteliğinin genetik yatkınlık ilişkisi, aile öyküsü verilerinden elde edilebilir. Araştırmalar alkolik BAB hastalarında, alkolik olmayanlara göre daha yüksek ailesel alkolizm öyküsü olduğunu ileri sürmektedir (99). Hensel ve arkadaşları (100) alkol sorununun eşlik ettiği BAB'u olan erkek hastaların yakınları arasında morbid alkolizm riskinin alkol sorunu olmayanların yakınlarına göre 4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. Warner ve arkadaşları (101) orta – şiddetli derecede madde kullanımı olan BAB hastalarının yakınlarının %60' ında madde kullanım öyküsü olduğunu; madde kullanmayanların yakınları arasında bu oranın %30.8 olduğunu bildirmişlerdir. Feinman ve Dunner (93) karışık ve sekonder BAB hastalarının yakınlarında alkol-madde kullanımı riskinin primer BAB'u olanlara göre son derece yüksek olduğunu bildirmektedir. Bu gözlemler BAB ve alkolizmin, alkolik BAB hastalarında bağımsız olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Aksine Winokur ve arkadaşları (94) karmaşık ve sekonder grupların aile öyküsünde BAB, unipolar bozukluk veya alkolizm açısından önemli bir fark gözlemediklerini bildirmektedirler Winokur ve arkadaşlarının (94) 231 yatan ve ayakta tedavi gören BAB hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, BAB hastaları arasında alkol kullanım bozukluklarının bağımsız olarak ortaya çıkmadığını, alkol kullanım bozukluklarının genellikle BAB'un bir komplikasyonu olduğu hipotezi üzerinde durmaktadırlar.

## **Etyoloji**

### **1.Kendi kendini tedavi hipotezi**

İnsanların affektif rahatsızlıklarını yaygın olarak alkol, esrar gibi maddelerle gidermeye çalıştıkları ileri sürülmektedir (102). Bu nedenle de manik atakta hipereksitabilite yada iritabilite tolere edilemeyecek düzeye vardığında, hastalar anksiyolitik ve sedatif özelliklerinden dolayı alkol ya da esrar; depresyonda ise aktive edici ve duygu durumu yükseltici etkileri nedeni ile kokain kullanmaya başlayabilecekleri ileri sürülmektedir (103). Madde kullanımı amacının, BAB belirtilerini gidermek olan bir hasta grubu olsa bile, hastaların çoğunda MKB'u BAB başlamadan önce geliştiği için, bu hipotezin BAB hastalarında MKB görülme sıklığını açıklamakta yetersiz kaldığı bildirilmektedir (103).



## **2.MKB'nun BAB 'un bir belirtisi olarak ortaya çıkması**

Bu hipotezde, BAB hastalarında alkol-madde kullanımının, manik atağın zevk veren aktivitelere aşırı katılma davranışına bir örnek olup olmadığı üzerine durulmaktadır (103). Goodwin ve Jamison (104) alkol-madde kullanımını, maninin DSM-IV ölçütlerinin bir parçası olarak kabul edilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Fakat topluma dayalı çalışmalarının sonuçlarına dayanarak, BAB alkol-madde kullanımının yüksek oranlarda olmasının (%60), ayrıca bu hastalarda sadece kullanımın değil bağımlılık oranlarının da genel topluma kıyasla daha yüksek olmasının tek başına zevk veren aktivitelere düşünlük ile açıklanamayacağını, altta yatan başka nedenlerin de mevcut olabileceğini ileri sürmüşlerdir. BAB hastalarında MKB'nun tek bir nedene bağlı olmaktan çok çoğul sebeplerden kaynaklı olabileceği görüşü hakim olan görüştür (105).

## **3.MKB'nun BAB'a yol açma hipotezi**

Kötüye kullanımı olan çoğu maddenin, primer affektif bozukluğu taklit eden afektif belirtilere yol açabildiği bilinmektedir (106). Bu hipoteze göre MKB, ya primer BAB belirtilerine benzer belirtilere doğrudan yol açmakta ya da başka bir durumda hastalığın gelişmeyeceği duyarlı kişilerde BAB'un başlamasını tetikleyebilmektedir (103).

## **4.MKB ve BAB, ortak bir risk faktörünü paylaşmaktadır hipotezi**

Bu hipoteze göre, BAB'a yol açan gen ya da genler aynı zamanda MKB'nun gelişmesine de neden olmaktadır. Hem BAB hem de MKB nörofizyopatolojisi bilinmediğinden bu varsayımın doğrudan değerlendirilmesinin güç olduğu ileri sürülmektedir (103). Bir diğer olası açıklama, hem BAB hem MKB'na yol açan ortak bir anormalliğin bulunduğuudur. Bu anormallik ödüllendirme ya da dürtü kontrol mekanizmalarındaki sorunları içerebilir. Her iki bozukluk için nörotransmitter sistemlerinde ya da haberleşme yollarında bir düzensizlik olabilir (103).

## **Tercih Edilen Maddeler**

BAB hastalarında en sık kullanılan madde sigara ve alkol iken, depresyon hastalarında sedatif ve anksiyolitiklerin en sık kullanılan maddeler olduğu bildirilmektedir (107). Sigara ve alkol dışı maddelerden, en çok esrar, kokain, amfetamin, sedatif –hipnotik -anksiyolitikler, daha az oranda halüsinojen ve opiatlar

kullanılmaktadır (108). Brown ve arkadaşları (108) BAB'ta esrar ve stimulan kullanımı üzerine yoğunlaşmak gerektiğini işaret etmekte, sedatiflerin tercih edilmediğini ya da stimulanların sedatiflere oranla daha fazla tercih edildiğini bildirmektedir. BAB'ta kullanılan maddenin türünün saptanması için yapılan bir çok çalışmanın sonuçlarına göre, bu grup hastada %8-22 arasında esrar, %10 kokain, %10 liserjik asit dietilamid/halüsinojen, %5-10 opiat kullanım oranları bildirilmektedir (109). Hayat boyu risk hesabına göre en fazla %30-64 oranı ile esrar, %6-44 oranı ile çoğul madde kullanımı, %21-39 oranı ile amfetamin, % 15-39 oranı ile kokain, %31 oranı ile liserjik asit dietilamid /halüsinojen kullanımı bildirilirken, en düşük oranlar %3 ile barbitürat ve benzodiazepin kullanımı için bildirilmektedir (110, 111).

### **Klinik Seyir**

Eşanlı durumlar, BAB'ta ciddi risklerin oluşmasına sebep olmaktadır. Amerikan Ulusal Ektanı Taraması çalışmasının (112) sonuçlarına göre, Bipolar-I hasta grubunun %95,5'inde eşanlı birinci eksen tanısı bulunmaktadır. Bunların içerisinde birinci sırada anksiyete bozuklukları, ikinci sırada MKB, üçüncü sırada davranım bozuklukları gelmektedir. Eşanlı alkol-madde kullanımının BAB'un tedavisinden daha az yanıt alınmasına sebep olan, tedaviye uyumu bozan, prognoz üzerine olumsuz etkiler yaratan bir tablo oluşturduğu bildirilmektedir (5). Bazı çalışmalar, BAB ile birlikte bulunan MKB'nun hastalarının affektif bozukluk nedeni ile daha sık hastaneye yatmasına neden olduğunu bildirmektedir (91,103).

MKB eşlik ettiği BAB hastalarında affektif belirtilerin ortalama başlangıç yaşının, madde kullanımı olmayanlara göre daha düşük olduğu, MKB eşanlı BAB hastalarında disforik ya da karma tip atakların daha sık ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (102). Bazı çalışmalar MKB'nun BAB hastalarında affektif atağın daha geç iyileşeceğine ilişkin bir haberci olduğunu göstermektedir (5).

Yapılan araştırmalarda, alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastaların, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile birlikte tedaviye başvurularının daha fazla ve tedaviyi bırakma sıklığının daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (113). Reich ve arkadaşları (114) alkol-madde kullanımının daha sık hastaneye yatışlara sebep olduğunu, Goldberg ve arkadaşları (91) lityum tedavisine daha az cevap gözlendiğini, Keck ve arkadaşları (98) tedaviye uyumun azaldığını bildirmişlerdir.

BAB hastalarının uzunlamasına takip çalışmalarında, bu hastaların % 5 ile %37'sinin halen alkol kullanımını sürdürdüğü bildirilmektedir (103). Morrison ve arkadaşları (115), Feinman ve Dunner (93), Goldberg ve arkadaşları (91), alkol alan BAB hastalarında, alkol almayanlara göre daha yüksek intihar girişim oranı bildirmektedir. Tohen ve arkadaşları (96) bir dizi manik atak geçirmiş 75 hastanın 4 yıllık prospektif takibinde, alkol kullanımının BAB'ta kötü prognoza işaret ettiğini bildirmektedir. MKB varlığının, BAB hastalarında kısa sürede nüks ve zayıf psikososyal sonuca neden olduğu da ileri sürülmektedir (116).

BAB ve alkol bağımlılığının birlikte görüldüğü hastalarda tedavi önceliklerinin belirlenmesi gerekir. Çoğu durumda kesilme belirtileri, özellikle alkol kesilme sendromu öncelik taşır. Manik belirtiler şiddetliyse hastaneye yatırmayı, manik tablonun tedavisi ile eş zamanlı olarak kesilme belirtilerinin klasik tedavisini gerektirir. Akut mani ve alkol kesilme tedavisinde, lityumdan yarar görmeyen hastalarda, karbamazepin ve valproat gibi duygudurum düzenleyicilerin yararlı olduğuna ilişkin bazı veriler bulunmaktadır. Bu ilaçların hem bipolar hem de bağımlılık patofizyolojisinde rolü olduğu düşünülen tutuşturma (kindling) mekanizması yoluyla etkili olabileceği öne sürülmektedir (117).

### 3.GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada şizofreni ve BAB tanısı almış hastaların alkol-madde kullanım yaygınlığının, tercih ettikleri madde türlerinin, madde kullanan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve alkol-madde kullanımının şizofreni ve BAB'un klinik özelliklerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının kullanmayanlar ile, alkol-madde kullanan BAB hastalarının kullanmayanlar ile karşılaştırılması, ayrıca madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının madde kullanım özellikleri ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması planlanmıştır. Çalışmaya 100 şizofreni 100 BAB tanılı hasta alınmıştır.

#### 3.1. Örneklem

Çalışmaya ESOGÜ Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Eylül 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran, 100 BAB hastası, 85 şizofreni hastası ve aynı dönemde Eskişehir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bulunan 15 şizofreni hastası alınmıştır. DSM-IV tanı kriterlerine göre şizofreni ve BAB tanı ölçütlerini karşılayan hastalara öncelikle çalışmanın amacı, tanımı ve ayrıntıları konusunda bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış olup, hastalar arasında çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Bilgilendirme sonrasında olur formumuzu imzalayarak çalışmamıza katılmaya onay veren hastalar değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmada dışlama kriterleri:

- 18 yaş altında ve 65 yaş üzerinde olmak
- Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonun olması
- Hastalıkların akut alevlenme döneminde olması
- Geçirilmiş kafa travması ya da organik beyin sendromu olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan hastalar ile birebir görüşme yapılmış, MKB'nu değerlendirmek için DSM-IV'e göre yapılandırılmış SCID-I görüşme formunun MKB bölümü uygulanmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu, hastalık öyküsü formu, Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYAA),UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU-YEDÖ), İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ), Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT), Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT), İşlevselliğin Genel

Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca şizofreni hastalarına Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ), BAB hastalarına da Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Hastalardan yaşamının bir döneminde veya şu anda alkol, nikotin, madde kullanmış olanlar ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol-madde kullanım bozukluğu bulunanlar belirlenmiştir. Yaşamının herhangi bir döneminde veya şu anda alkol kullanımı olan hastaların, DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol kötüye kullanım ya da bağımlılık ölçütlerini karşılamayanları sosyal içici olarak nitelendirilmiştir. Hastalar, alkol-madde kullanımı bulunan ve bulunmayanlar olmak üzere 2 gruba ayrılarak her iki grubun sosyodemografik özellikleri, hastalık bilgileri ve ölçeklerden elde ettikleri puanlar bakımından karşılaştırılmıştır. Alkol-madde kullanımı bulunan grup, alkol-madde kullanım bozukluğu tanısını karşılayan hastalar ile sosyal içici olarak nitelendirilen hastalardan oluşmuştur. Alkol-madde kullanımı bulunan hastalara nikotin kullanımı olan hastaların eklenmesiyle yaşam boyu nikotin-alkol-madde (YBNAM) kullanan grup oluşturulmuş olup; YBNAM kullanan ve kullanmayan gruplar için analizler tekrarlanmıştır. Ayrıca DSM-IV'e göre yaşam boyu alkol-madde kötüye kullanım ve bağımlılık ölçütlerini karşılayan (YBAMKB) hasta grubu ile karşılamayan hasta grupları için de analizler tekrarlanmıştır. Çalışma ESOGÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca 23 Aralık 2011 tarih ve 335 sayılı yazısı ile onaylanmıştır.

### **3.2.Çalışmada Kullanılan Gereçler**

#### **DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

DSM IV tanı ölçütlerine göre birinci eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşmedir. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol-madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsar. Ciddi psikiyatrik bozukluklar için güvenilirliği yüksektir. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (118).

### **Sosyodemografik Veri Formu**

Hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; yaş, cinsiyet, doğum yeri, yaşadığı yer, tamamlanan eğitim süresi, medeni durum, çocuk ve kardeş sayısı, iş düzeni, maddi destek alıp almadığı, destek alıyorsa desteğin gelirinin çoğunluğu olup olmadığı, aylık geliri, sosyal güvencesi olup olmadığı, sosyoekonomik durumu, yasal sorun öyküsü, varsa suçun işleniş tarzı, gözaltına alınıp alınmadığı, cezaevi yaşantısı olup olmadığını araştıran sorulardan oluşturulmuştur.

### **Hastalık Öyküsü Formu**

Hastalık öyküsünü ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı, hastaneye ilk başvuru ve yatış yaşı, toplam yatış süresi, intihar girişimi olup olmadığı, intihar sayısı, kendine zarar verici davranışı olup olmadığı, başkasına zarar verici davranışı olup olmadığı, birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede yasal sorun öyküsü, kullandığı ilaçlar, yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı, alkol-madde başlama yaşı, sıklığı, günlük kullanım doz verilerinden oluşmaktadır.

### **Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (KPDÖ)**

Overall ve Gorham (119) tarafından 1962'de geliştirilen bu ölçek, kısa bir görüşmeden sonra belirtilerin ciddiyetini değerlendirmede kullanılan 18 maddelik likert tipi bir ölçektir. Her madde 0-6 arasında puanlama ile değerlendirilebilir. Toplam puan maddelerden elde edilen puanların toplanması ile elde edilir. En yüksek puanı 108'dir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (120). Kesme puanı olmadığından karşılaştırmalı çalışmalarda ve özellikle ilgi alanı olan ilaç çalışmalarında tedavi değişimini göstermek üzere kullanılması önerilir.

### **Kısa Yeti Yitimi Anketi (KY YA)**

Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki (121) yetiyitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (122). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KY YA 11 sorudan oluşur. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki

yetiyitimi 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yetiyitimi toplam puanları elde edilir. 0-4 puan yetiyitimi yok, 5-7 puan hafif yetiyitimi, 8-12 puan orta düzeyde yetiyitimi, 13 ve üstü puan ağır düzeyde yeti yitimi olarak değerlendirilir.

### **UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği (UKU-YEDÖ)**

Terapötik dozlarda kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla Lingjaerde ve arkadaşları (123) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Yan etkileri, psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer olmak üzere dört alt grupta içerir. 10 psikolojik, 10 nörolojik, 13 otonomik, 29 diğer belirti olmak üzere 52 maddeden oluşmuştur. Yan etkileri sorgulamak üzere soru listesi biçiminde hazırlanmış ölçekte; her yan etkinin karşısında, hem 0-3 puan arasında yan etkinin şiddetinin, hem de mümkün değil, mümkün ve muhtemel biçiminde ilaç kullanımıyla nedensel ilişkisinin işaretlenebileceği kutular bulunmaktadır. Puanların yorumlanmasından çok, ilaçların hangi alanlarda ne gibi ve ne şiddette yan etki yaptıkları karşılaştırılabilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Çevirisi kullanılmaktadır.

### **Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından birinci basamak hizmetlerinde zararlı ve riskli alkol tüketimini saptamak amacıyla geliştirilmiş, kesme noktası 8 veya 9 puan olarak önerilen, 10 sorudan oluşan bir tarama testidir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir (124). AKBTT' nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerli ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları (125) tarafından yapılmıştır.

### **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)**

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Fagerström ve arkadaşları (126) tarafından geliştirilen, Fagerström Tolerans Testinin yeniden düzenlenmiş şeklidir. Kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir. Ülkemizde Aksakal ve arkadaşları tarafından (127) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen puanlara göre nikotin bağımlılığı, çok düşük (0-

2 puan), düşük (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan) ve çok yüksek düzeyde (8-10 puan) olmak üzere beş grupta değerlendirilmektedir.

### **İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ)**

Bu ölçek, David ve arkadaşları tarafından (128) hazırlanan 7 itemli ölçeğin, araştırmacılarca Türkçe'ye çevrilip, 2 madde eklenmesiyle oluşturulmuştur. 1992 yılında geçerlilik ve güvenilirlik Arslan ve arkadaşları (129) tarafından yapılarak yayınlanmıştır. Ölçeğin, hastalığın kabul edilmesini, psikotik yaşantıları anormal olarak adlandırma yetisini, tedaviye tutumu, geçmişteki ruhsal rahatsızlıklara dair farkındalığı değerlendirmeyi hedefleyen 4 bölümü vardır. Her item 0,1,2 şeklinde değerlendirilerek şiddeti ölçmektedir. Puan ne kadar yüksekse içgörü o kadar fazla demektir.

### **İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD)**

Tek bir ölçü kullanarak, genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. İGD ölçeği ile sadece psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevsellik derecelendirilirken, fiziksel ya da çevresel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmaları değerlendirilememektedir. Ölçekle yapılan değerlendirme, o sıradaki ya da geçmişteki bir dönem için klinisyen tarafından 1-100 arasındaki bir puan verilerek kişinin işlevselliğinin derecelendirilmesi ile yapılır (20).

### **Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)**

Şizofreninin pozitif belirti düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimin ölçmek amacıyla kullanılan, Andreasen (130) tarafından geliştirilmiş, Erkoç ve arkadaşları (131) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir testtir. Varsanı, sanrı, garip davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğundan oluşan 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir.

### **Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS)**

Andreasen (132) tarafından geliştirilmiş, Erkoç ve arkadaşları (133) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Duygulanımsal düzleşme, aloji, avolüsyon, anhedoni ve dikkat bozukluğu olmak üzere beş alt ölçek ve 25 madde içermektedir.



### **Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ)**

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; Addington ve arkadaşları (134) tarafından geliştirilmiş şizofreni hastalarında depresyonu değerlendirmek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 9 maddeden oluşmakta, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Aydemir ve arkadaşları (135) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe için duyarlılık ve özgüllük makalesinde kesme puanınının 11/12 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

### **Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)**

Depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 17 sorudan oluşan bu ölçek, Hamilton gözetiminde Williams (136) tarafından yapılandırılmış hale getirilmiştir. Ölçeğin uygulanmasından en yüksek 53 puan alınır. 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Akdemir ve arkadaşları (137) tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

### **Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan ölçek 11 maddeden oluşur ve her bir madde beş şiddet derecesi içerir. Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddelere, iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırtedilmesi için iki kat ağırlık verilmiştir. Deneyimli bir klinisyen tarafından 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanmaktadır. Şiddetini derecelendirme ise son 48 saat içinde hastanın öznel kanaati ile bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasında hastanın davranışları ile ilgili gözlemlerine dayanmaktadır. Öncelikle klinisyenin görüşü önemlidir. Ancak daha sonraki yıllarda hastanın değerlendirilmesi için gereken sürenin bir haftaya kadar uzatılmasıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Yine çalışmalarda hastanın yakınlarının veya servis çalışanlarının da gözlemlerine başvurulmaktadır. Ölçek 3 kişilik bir ekip tarafından Türkçe'ye ve ardından İngilizce'yi iyi bilen bir psikiyatrist tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen biçimi ile ölçeğin aslı karşılaştırılarak Türkçe çevirisi yeterli bulunmuştur (138).

### **3.3.Verilerin Analizi**

Tüm veri analizi SPSS 15 paket programı ile yapıldı. Veriler Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edildiğinde hiçbir verinin normal dağılmadığı saptanmadı. Bunun üzerine sayısal değişkenler Mann Whitney U Testi, kategorik değişkenler Kikare Testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık olarak da  $p \leq 0.05$  değeri kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk Hasta Gruplarının Tanımlanması ve Karşılaştırılmaları

Çalışmaya alınan 100 şizofreni hastasının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; şizofreni hasta grubunun yaşlarının ortanca değerinin 42 (32-51) olduğu saptandı. Hastaların %33'ü (n=33) kadın, % 67'si (n= 67) erkekti. Medeni durum açısından incelediğimizde %41'i (n=41) evli, %45'i (n=45) bekar, %14'ü (n=14) dul-boşanmıştı. Şizofreni hastalarının %60'ı (n=60) il, %40'ı (n=40) ilçe-köyde doğmuş, %85'i (n=85) şehirde, %15' i (n=20) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış eğitim süresinin ortanca değeri 11 (5-11) yıl olarak saptandı. Evlilik sayısı ortanca değeri 1 (0-1), çocuk sayısı ortanca değeri 0 (0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 3 (2-4) olarak saptandı. Şizofreni hasta grubunun aylık gelir ortanca değeri 1000TL (700-1300) idi. İş düzenine bakıldığında hastaların % 38'inin (n=38) hiç düzenli işi olmadığı, %32'sinin (n=32) emekli olduğu, %12'sinin (n=12) düzensiz-aralıklı çalıştığı, %18'inin (n=18) düzenli ve aralıksız çalıştığı saptandı. Bir kimseden maddi destek alıp almadığı sorusuna 49 (%49) hasta evet cevabını verdi. Destek alan hastaların %73'ünün (n=36) aldığı destek gelirinin çoğunu oluşturuyordu. Sosyal güvence açısından değerlendirildiğinde 97 (%97) hastanın sosyal güvencesi varken, 3 (%3) hastanın sosyal güvencesi yoktu. Şizofreni hasta grubunun %29'u (n=29) düşük, %58'i (n=58) orta, %13'ü (n=13) yüksek sosyoekonomik düzeye sahipti.

Çalışmaya alınan 100 BAB hastasının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaşlarının ortanca değeri 40 (32-48) idi. Hastaların içinde kadınların oranı %53 (n=53), erkeklerin oranı %47 (n=47) olarak saptandı. BAB hastalarının %58'i (n=58) evli, %31'i (n=31) bekar, %11'i (n=11) dul-boşanmıştı. BAB hastalarının %61'i (n=61) il, %39'u (n=39) ilçe-köyde doğmuş, %82'si (n=82) il, %18' i (n=18) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış eğitim süresi ortanca değeri 11 (8-15) yıl olarak saptandı.. Evlilik sayısı ortanca değeri 1 (0-1), çocuk sayısı ortanca değeri 1 (0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 2 (1-4) olarak saptandı. Aylık gelir ortanca değeri 1200TL (860-2000) idi. İş düzenine bakıldığında, BAB hastaların % 40'ının (n=40) hiç düzenli işi olmadığı, %18'inin (n=18) emekli olduğu, %7'sinin (n=7) düzensiz-aralıklı çalıştığı, %35'inin (n=35) düzenli ve aralıksız çalıştığı

saptandı. Bir kimseden maddi destek alıp almadığı sorusuna 31 (%31) hasta evet cevabı verdi. Destek alan hastaların %84'ünün (n=26) aldığı desteğin gelirinin çoğunu oluşturduğu saptandı. Sosyal güvence açısından değerlendirildiğinde hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu (%100) , sosyoekonomik durumlarına bakıldığında ise %17'sinin (n=17) düşük, %50'sinin (n=50) orta, %33'ünün (n=33) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı.

Sosyodemografik özellikler açısından şizofreni ve BAB gruplarını karşılaştırdığımızda; iki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark vardı ( $\chi^2=8.160$ ,  $p=0.004$ ). Şizofreni hasta grubunun %67'si erkek iken BAB hasta grubunun %47'si erkekti Doğduğu yer, yaşadığı yer, medeni durum, yaş, eğitim süresi, evlilik sayısı, çocuk sayısı, kardeş sayısı, sosyal güvence açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p \geq 0.05$ ). İşdurumu ( $\chi^2=10.740$ ,  $p=0.013$ ), maddi destek alıp almadığı ( $\chi^2=6.750$ ,  $p=0.09$ ), destek alıyorsa gelirinin çoğu olup olmadığı ( $\chi^2=7.868$ ,  $p=0.02$ ) ve aylık gelir ( $z=-3.422$ ,  $p=0.001$ ) özellikleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Şizofreni hasta grubunda emekli olma oranı BAB hasta grubundan daha fazla iken, BAB hasta grubunda düzenli çalışma oranı şizofreni grubundan daha yüksekti. Şizofreni grubu, BAB grubuna göre daha fazla oranda maddi destek almaktaydı. Maddi destek alanlarda, alınan desteğin gelirinin çoğunu mu oluşturduğu sorusuna ise şizofreni grubu daha çok evet yanıtı verdi. BAB grubunun aylık geliri şizofreni grubunun aylık gelirinden daha yüksekti. Şizofreni ve BAB tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo4.1.Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk (BAB) hastalarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Şizofreni grubu (N=100) Ortanca(%25-75)		BAB grubu (N=100) Ortanca(% 25-75)		Z	P
Yaş	42(32-51)		40(32-48)		-0,862	A.D.
Eğitim süresi	11(5-11)		11(8-15)		-1,823	A.D.
Evlilik sayısı	1(0-1)		1(0-1)		-1,355	A.D.
Çocuk sayısı	0(0-2)		1(0-2)		-0,600	A.D.
Kardeş sayısı	3(2-4)		2(1-4)		-1,737	A.D.
Aylık gelir (TL)	1000(700-1300)		1200(860-2000)		-3,422	□0.01
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Cinsiyet Kadın Erkek	33	33	53	53	8,160	□0.01
	67	67	47	47		
Doğum yeri İl İlçe-köy	60	60	61	61	0,021	A.D.
	40	40	39	39		
Yaşadığı yer İl İlçe-köy	85	85	82	82	0,327	A.D.
	15	15	18	18		
Medeni durumu Evli Bekar Dul- boşanmış	41	41	58	58	5,858	A.D.
	45	45	31	31		
	14	14	11	11		
İş durumu Hiç çalışmamış Emekli Düzensiz aralıklı Düzenli aralıksız	38	38	40	40	10,740	□0,05
	32	32	18	18		
	12	12	7	7		
	18	18	35	35		
Maddi destek Evet Hayır	49	49	31	31	6,750	□0,01
	51	51	69	69		
Maddi destek, gelirinin çoğu mu ? Evet Hayır	36	73	26	84	7,868	□0,05
	13	27	5	16		
Sosyal güvence Var Yok	97	97	100	100	3.046	A.D.
	3	3	0	0		
Sosyo ekonomik durum Düşük Orta Yüksek	29	29	17	17	12,419	□0,01
	58	58	50	50		
	13	13	33	33		

p□ 0,05 =anlamli fark

p<0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

p<0,01 = ileri derecede anlamli farklılık

A.D.=anlamli değil

Hastalık öyküsü açısından şizofreni hastalarını incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaş ortancası 20 (18-28), hastaneye ilk başvuru yaşı ortancası 24 (19-30), hastaneye ilk yatış yaşı ortancası 24.5 (19-33) olarak saptandı. Şizofreni hasta grubunun hastalık süresine baktığımızda ortanca değeri 15 yıl (8-26), toplam yatış süresi ortancası 3 ay (2-6) olarak saptandı. İntihar girişimi ortanca değeri 0 (0-0), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısının ortanca değeri 0(0-0) idi. Şizofreni grubunun %8'i (n=8) yasal sorun yaşarken, %92'sinde (n=92) yasal bir sorun olmadığı saptandı. Yasal sorun yaşayan 8 hastanın 2'sinde (%25) yasal sorunun alkol madde etkisinde, 6'sında (%80) alkol madde etkisinden bağımsız olarak yaşandığı saptandı. Hastaların %7'sinin (n=7) gözaltına alındığı, %2'sinin (n=2) cezaevi yaşantısı olduğu saptandı. İntihar girişimi açısından incelendiğinde %35 (n=35) intihar girişimi, %18'inde (n=18) kendine zarar verici davranış, %10'unda (n=10) başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olduğu saptandı. Şizofreni hastalarının %50'sinin (n=50) birinci derece akrabasında ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, %32'sinde (n=32) şizofreni, %10'unda (n=10) duygudurum bozukluğu, %5'inde (n=5) anksiyete bozukluğu, %2'sinde (n=2) alkol madde kullanım bozukluğu, %1'inde (n=1) diğer başlığında incelenen ruhsal hastalıkların olduğu saptandı. Ailede yasal sorun öyküsüne bakıldığında ise; 99 (%99) hastanın ailesinde yasal sorun yokken, 1 (%1) hastanın ailesinde yasal sorun saptandı.

Hastalık öyküsü açısından BAB tanılı hastaları incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 24.5 (20-31), hastaneye ilk başvuru yaşı ortanca değeri 25 (20-33), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 25 (19-33) olarak saptandı. BAB grubunun hastalık süresi ortanca değeri 12 yıl (6-17), toplam yatış süresi ortanca değeri 2 ay (1-4) olarak saptandı. İntihar girişimi sayısı ortanca değeri 0 (0-0), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı ortanca değeri 0 (0-0) olarak saptandı. Yasal öyküye bakıldığında; BAB grubunun %6'sında (n=6) yasal sorun varken, yasal sorun yaşayan 6 hastanın 3'ünde (%50) sorunun alkol madde etkisinde, 3'ünde (%50) alkol madde etkisinden bağımsız olarak yaşandığı saptandı. Hastaların %4'ünün (n=4) gözaltına alındığı, %1'inin (n=1) cezaevi yaşantısı olduğu saptandı. BAB grubunda 21 hastada intihar girişimi (%21) varken, 7 hastada (%7) kendine zarar verici davranış, 1 hastada (%1) başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olduğu saptandı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık

öyküsü açısından değerlendirdiğimizde; %56'sının (n=56) akrabasında ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, %6'sında (n=6) şizofreni, %31'inde (n=31) duygudurum bozukluğu, %3'ünde (n=3) anksiyete bozukluğu, %4'ünde (n=4) diğer başlığında incelenen ruhsal hastalıkların olduğu saptandı. Ailede yasal sorun öyküsüne bakıldığında; 94 (%94) hastanın ailesinde yasal sorun yokken, 6 (%6) hastanın ailesinde yasal sorun olduğu saptandı.

Hastalık öyküsü açısından şizofreni ve BAB gruplarını karşılaştırdığımızda; şizofreni grubunda BAB grubuna göre hastalık belirtilerinin başlama yaşı ( $z=-2.344$ ,  $p=0.019$ ) daha erken iken, hastalık süresi ( $z=-2.712$ ,  $p=0.007$ ), toplam yatış süresi ( $z=-2.652$ ,  $p=0.008$ ) daha uzun, intihar sayısı ( $z=-2.066$ ,  $p=0.039$ ) daha fazla olarak saptandı. Hastaneye ilk başvuru, ilk yatış yaşı ve yatışları boyunca uygulanan toplam EKT seans sayısı, yasal sorun öyküsü, suçun işleniş tarzı, gözaltı öyküsü, cezaevi yaşantısı ve ailede yasal sorun öyküsü açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p \geq 0.05$ ). Şizofreni hastalarında BAB hastalarına göre intihar girişimi varlığı ( $\chi^2=5.593$ ,  $p=0.041$ ), kendine zarar verici davranışta bulunma ( $\chi^2=5.531$ ,  $p=0.019$ ), başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü ( $\chi^2=7.792$ ,  $p=0.005$ ) daha fazlaydı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü şizofreni grubunda BAB grubuna göre daha fazla olmakla beraber ( $\chi^2=34.053$ ,  $p \leq 0.001$ ), şizofreni hasta grubunda en fazla şizofreni, BAB hasta grubunda ise duygudurum bozukluğu görülme oranı fazlaydı. Şizofreni ve BAB tanıları hastaların hastalık öykülerine ait özelliklerin karşılaştırılması Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo4.2.Şizofreni ve BAB hastalarının hastalık öykülerine ait özelliklerin ait birbirleriyle karşılaştırılması

	Şizofreni grubu (N=100) Ortanca (%25-75)		BAB grubu (N=100) Ortanca (%25-75)		Z	P
Hastalık başlangıç yaşı	20(18-28)		24,5(20-31)		-2,344	□0.05
İlk başvuru yaşı	24(19-30)		25(20-33)		-1,268	A.D.
İlk yatış yaşı	24,5(19-33)		25(19-33)		-0,064	A.D.
Hastalık süresi (yıl)	15(8-26)		12(6-17)		-2,712	□0.01
Toplam yatış süresi (ay)	3(2-6)		2(1-4)		-2,652	□0.01
İntihar girişimi sayısı	0(0-1)		0(0-0)		-2,066	□0.05
EKT sayısı	0 (0-0)		0 (0-0)		-0.297	A.D.
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Yasal sorun						
Var	8	8	6	6	0,307	A.D.
Yok	92	9	94	94		
Suçun tarzı						
Madde etkisinde	2	25	3	50	1,253	A.D.
Maddeden bağımsız	6	75	3	50		
Gözaltı öyküsü						
Var	7	7	4	4	0,866	A.D.
Yok	93	93	96	96		
Cezaevi yaşantısı						
Var	2	2	1	1	0.338	A.D.
Yok	98	98	99	99		
İntihar girişimi						
Var	35	35	21	21	5,593	□0.05
Yok	65	65	79	79		
Kendine zarar verme						
Var	18	18	7	7	5,531	□0.05
Yok	82	82	93	93		
Başkasına zarar verme						
Var	10	10	1	1	7,792	□0.01
Yok	90	90	99	99		
Ailede ruhsal hastalık						
Yok	50	50	56	56	34,053	□0.001
Şizofreni	32	32	6	6		
Duygudurum bozukluğu	10	10	31	31		
Anksiyete bozukluğu	5	5	3	3		
MKB	2	2	0	0		
Diğer	1	1	4	4		
Ailede yasal sorun						
Yok	99	99	94	94	3.701	A.D.
Var	1	1	6	6		

p□ 0,05 =anamlı fark

p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

MKB=Madde kullanım bozukluğu

p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=anamlı değil

Şizofreni hastalarına uygulanan ölçeklerden elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan UKU-YEDÖ psikişik alt ölçek ortanca puanı 5 (3-9), nörolojik alt ölçek ortanca puanı 1 (0-3), otonomik alt ölçek ortanca puanı 1



(0-3), diğ er alt ölçek ortanca puanı 3(1-5) olarak saptanmıştır. KYYA puanı ortanca değ eri 9 (4-16.7), İDÖ ortanca puanı 13 (8-15) olarak saptandı. AKBTT tehlikeli kullanım alt ölçek ortanca puanı 0 (0-0), bağımlılık alt ölçek ortanca puanı 0(0-0), zararlı kullanım alt ölçek ortanca puanı 0(0-0), toplam puan ortancası 0(0-0) olarak saptandı. FNBT ortanca puanı 4.5 (0-8), İGD ortanca puanı 60 (60-70), KPDÖ ortanca puanı 21 (11-36) olarak saptandı.

BAB hastalarına uygulanan ölçeklerden elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; UKU-YEDÖ psikişik alt ölçek ortanca puanı 3 (1-6), nörolojik alt ölçek ortanca puanı 1 (0-2), otonomik alt ölçek ortanca puanı 2 (0-3), diğ er alt ölçek ortanca puanı 2 (1-4) olarak saptanmıştır. KYYA puanı ortancası 4(0.25-11), İDÖ puanı ortancası 14 (13-15) olarak saptandı. AKBTT ise tehlikeli kullanım alt ölçek ortanca puanı 0 (0-0), bağımlılık alt ölçek ortanca puanı 0 (0-0), zararlı kullanım alt ölçek ortanca puanı 0(0-0), toplam puanı ortancası ise 0 (0-0) olarak saptandı. FNBT) puanı ortancası 4 (0-7), İGD ortanca puanı 80 (70-90), KPDÖ puanı ortancası 5.5(1-12) olarak saptanmıştır.

Şizofreni ve BAB grubunun uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; UKU psikişik ( $z=-3.625$ ,  $p \leq 0.001$ ), UKU nörolojik ( $Z=3.043$ ,  $p=0.002$ ), UKU diğ er ( $z=-1.973$ ,  $p=0.049$ ), KYYA ( $z=-4.026$ ,  $p \leq 0.001$ ), AKBTT zararlı kullanım ( $z=-2.259$ ,  $p=0.024$ ), KPDÖ ( $z=-7.360$ ,  $p \leq 0.001$ ) puanları şizofreni grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede BAB grubuna göre daha yüksekti. İGD ( $z=-8.941$ ,  $p \leq 0.001$ ) ve İDÖ ( $z=4.113$ ,  $p \leq 0.001$ ) puanları ise istatistiksel olarak anlamlı derecede BAB grubunda şizofreni grubuna göre daha yüksekti. UKU otonomik, AKBTT tehlikeli kullanım-bağımlılık-toplam puanları, FNBT puanları açısından ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p \leq 0.05$ ). Şizofreni ve BAB tanılı hastaların ölçek puanları ve karşılaştırılması Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 3. Şizofreni ve BAB tanılı hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	<b>Şizofreni grubu (N= 100) Ortanca( %25-%75)</b>	<b>BAB grubu (N= 100) Ortanca(%25-75)</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>UKU-YEDÖ</b>				
<b>Psşik</b>	5 (3-9)	3 (1-6)	-3,625	□0.001
<b>Nörolojik</b>	1 (0-3)	1 (0-2)	-3,043	□0.01
<b>Otonomik</b>	1 (0-3)	2 (0-3)	-0,657	A.D.
<b>Diğer</b>	3 (1-5)	2 (1-4)	-1,973	□0.05
<b>KYYA</b>	9 (4-16,75)	4 (0,25-11)	-4,026	□0.001
<b>İGDÖ</b>	13 (8-15)	14 (13-15)	-4,113	□0.001
<b>AKBTT</b>				
<b>Tehlikeli kullanım</b>	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,271	A.D.
<b>Bağımlılık</b>	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,741	A.D.
<b>Zararlı kullanım</b>	0 (0-0)	0 (0-0)	-2,259	A.D.
<b>Toplam</b>	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,278	A.D.
<b>FNBT</b>	4,5 (0-8)	4 (0-7)	-1,042	A.D.
<b>İGD</b>	60 (60-70)	80 (70-90)	-8,941	□0.001
<b>KPDÖ</b>	21 (11-36)	5,5 (1-12)	-7,360	□0.001

UKU-YEDÖ = UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

İDÖ = İçgörü Değerlendirme Ölçeği

KYYA = Kısa Yeti Yitimi Anketi

AKBTT =Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

FNBT = Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

İGD = İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

KPDÖ =Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği

A.D.=Anlamlı değil

p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

p□ 0,05 =anlamlı fark

p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

Ayrıca şizofreni grubuna uygulanan SAPS ortanca puanı 23 (8-49), SANS ortanca puanı 42(33-53), CDÖ ortanca puanı 2 (1-5) olarak saptanmıştır. BAB grubuna, uygulanan YMDÖ ve HDÖ ortanca puanları sırasıyla 0 (0-4), 2(0-5) olarak saptanmıştır.

#### 4.2.Şizofreni Hastaları Örnekleminde Alkol-Madde Kullanım Yaygınlığı ve Sosyodemografik Klinik Değişkenler

100 şizofreni hastasının %70'i (n=70) yaşamının herhangi bir döneminde sigara kullanmıştı. Şizofreni hastalarının %18'i (n=18) sigarayı bırakırken, %52'si (n=52) sigara kullanımını sürdürüyordu (Bkz Tablo 4.4.).

Tablo 4. 4. Şizofreni grubunun sigara kullanımı

	N	%
<b>Yaşam boyu sigara kullanımı</b>	70	%70
<b>Şimdi sigara kullanımı</b>	52	%52
<b>Sigarayı bırakanlar</b>	18	%18

Şizofreni hastalarının yaşam boyu alkol kullanım yaygınlığı %32 (n=32) idi. Sosyal içicilerin sayısı 24 (%24), alkol kötüye kullanım ya da bağımlılığı (alkol kullanım bozukluğu) bulunan hasta sayısı 8 (% 8) olarak saptandı. (Bkz.Tablo 4.5.)

Tablo 4.5. Şizofreni grubunun yaşam boyu alkol kullanımı

	N	%
<b>Yaşam boyu alkol kullanımı</b>	32	32
<b>Yaşam boyu sosyal içicilik</b>	24	24
<b>Yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu (AKB)</b>	8	8

Şizofreni hastalarında yaşam boyu madde kullanım yaygınlık oranı %14 olarak saptandı. 9 hastada biperiden, 4 hastada esrar, 3 hastada uçucu madd , 1 hastada benzodiazepin, 1 hasta da amfetamin kullanımı olduğu saptandı. Şizofreni grubunda madde kullanım yaygınlığı Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 6. Şizofreni grubunda madde kullanım yaygınlığı

	Hasta sayısı N	%
<b>Madde kullanım yaygınlığı</b>	14	14
<b>Biperiden</b>	9	9
<b>Esrar</b>	4	4
<b>Uçucu madde</b>	3	3
<b>Benzodiazepin</b>	1	1
<b>Amfetamin</b>	1	1

Madde kullanımı olan şizofreni hastalarından 6'sında (%6) çoğul madde kullanımı vardı. Bir hasta (%1) alkol, uçucu madde, esrar kullanımı, bir hastada (%1) uçucu madde, esrar kullanımı, bir hastada (%1) alkol, esrar, benzodiazepin kullanımı, bir hastada da (%1) alkol, esrar, amfetamin, 1 hastada biperiden, alkol, 1 hastada da uçucu madde, alkol kullanımı vardı.

Yaşam boyu alkol kullanan 32 şizofreni hastasının %56'sının (n=18) halen alkol kullanmaya devam ettiği, halen alkol kullanan 18 şizofreni hastasının 2'sindeki alkol kullanımının, alkol kullanım bozukluğu düzeyinde olduğu saptandı. Şimdi alkol kullanım yaygınlığı %18, şimdi madde kullanım yaygınlığı oranı %3 (n=3) olarak saptandı. (Bakınız Tablo 4.7.)

Tablo 4. 7. Şizofreni hastalarında şimdi alkol madde kullanımı

	N	%
<b>Şimdi alkol kullanımı</b>	18	18
<b>Şimdi alkol kullanım bozukluğu</b>	2	2
<b>Şimdi biperiden kullanım bozukluğu</b>	3	3

Şizofreni grubun yaşam boyu sosyal içici şeklinde alkol kullanımı ve kötüye kullanım ya da bağımlılık düzeyinde alkol-madde kullanımı olup olmamasına göre iki gruba ayırdık. Şizofreni grubunda 41 (%41) hastada yaşam boyu alkol-madde kullanımı varken, 59 (%59) hastada yaşam boyu alkol-madde kullanımı yoktu.

Alkol-madde kullanan şizofreni hastalarını sosyodemografik özellikleri açısından incelediğimizde; yaşlarının ortanca değerinin 42 (32-51), kadınların oranının %15 (n=6), erkeklerin oranının % 85 (n=35) olduğu saptandı. Medeni durum açısından baktığımızda %46'sı (n=19) evli, %45'i (n=18) bekar, %9'u (n=4) dul- boşanmıştı. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunun %61'i (n=33) il, %39'u (n=8) ilçe-köyde doğmuş, %80'i (n=33) şehirde, %20' si (n=8) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış eğitim süresi ortanca değeri 11 (8-13) yıl olarak bulundu. Evlilik sayısı ortanca değeri 1(0-1), çocuk sayısı ortanca değeri 1(0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 3 (2-4), aylık gelir ortanca değeri 1000TL (800-1350) olarak saptandı. İş düzenine bakıldığında grubun % 20'sinin (n=8) düzenli işi olmadığı, %41'inin (n=17) emekli olduğu , %12'sinin (n=5) düzensiz-aralıklı çalıştığı, %27'sinin (n=11) düzenli ve aralıksız çalıştığı görülmüştür. Bir kimseden maddi destek alıp almadığı sorusuna verilen cevaplardan 16 (% 39) hastanın destek aldığı, 25 (%61) hastanın destek almadığı, destek alan hastaların %75'inin (n:12) aldığı desteğin gelirinin çoğunu oluşturduğu saptandı. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunda 39 (%95) hastanın sosyal güvencesi olduğu, 2 (%5) hastanın sosyal güvencesi olmadığı, % 29'unun (n=12) düşük, % 61'inin (n=25) orta, % 10'unun (n=4) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı.

Alkol-madde kullanmayan şizofreni hastalarını sosyodemografik özellikleri açısından incelediğimizde; yaş ortanca değeri 40 (33-49), kadınların oranının %45 (n=27), erkeklerin oranı % 55 (n= 32) olduğu saptandı. Medeni durum açısından baktığımızda %39'u (n=22) evli, % 45'i (n=27) bekar, %16'sı (n=10) dul-boşanmıştı. Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunun %59'u (n=35) il, %41'i (n=24) ilçe-köyde doğmuş, %88'i (n=52) il, %12' si (n=7) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış öğrenim süresi ortanca değeri 11 (5-11) yıl olarak bulundu. Evlilik sayısı ortanca değeri 1(0-1), çocuk sayısı ortanca değeri 1(0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 3 (2-4) olarak saptandı. Aylık gelir ortanca değeri 1000 (650-1300) TL idi. İş düzenine bakıldığında grubun % 51'inin (n=30) hiç düzenli işi olmadığı, %25'inin (n=15) emekli olduğu , %12'sinin (n=7) düzensiz-aralıklı çalıştığı, %12'sinin (n=7) düzenli ve aralıksız çalıştığı saptandı. Bir kimseden maddi destek alıp almadığı sorusuna verilen cevaplardan 33(% 56) hastanın destek aldığı, 26 (%44) hastanın destek almadığı, destek alanların %73'ünün (n=24) aldığı desteğin gelirinin çoğunu

oluşturduğu saptandı. Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunda 58 (%98) hastanın sosyal güvencesi olduğu, 1 (%2) hastanın sosyal güvencesi olmadığı, % 29'unun (n=17) düşük, % 56'sının (n=33) orta, % 15'inin (n=9) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı.

Sosyodemografik özellikler açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarını karşılaştırdığımızda cinsiyet açısından anlamlı fark saptandı ( $\chi^2 = 10.600$ ,  $p = 0.001$ ). Alkol-madde kullanan şizofreni grubunda erkekler daha fazla oranda bulunmaktaydı. Doğduğu yer, yaşadığı yer, medeni durum, yaş, eğitim süresi, evlilik sayısı, çocuk sayısı, kardeş sayısı, aylık gelir, maddi destek alıp almadığı, destek alıyorsa gelirin çoğu olup olmadığı, sosyal güvence, sosyoekonomik durum açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p \geq 0.05$ ). İş düzeni ( $\chi^2 = 11.207$ ,  $p = 0.009$ ) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hiç çalışmamış olma oranı alkol-madde kullanmayan grupta, düzenli çalışma ve emekli grubu alkol-madde kullanan grupta daha yüksekti. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerine ait sonuçlar ve birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo4.8.Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan şizofreni grubu (N=41) Ortanca( %25-75)		Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubu(N=59) Ortanca( % 25-75)		Z	P
Yaş	42(32-51)		40(33-49)		-0,210	A.D.
Eğitim süresi	11(8-13)		11(5-11)		-1,291	A.D.
Evlilik sayısı	1(0-1)		1(0-1)		-0,340	A.D.
Çocuk sayısı	1(0-2)		0(0-2)		-0,980	A.D.
Kardeş sayısı	3(2-4)		3(2-4)		-0,050	A.D.
Aylık gelir (TL)	1000(800-1350)		1000(650-1300)		-0371	A.D.
	n	%	n	%	χ <sup>2</sup>	P
Cinsiyet						
Kadın	6	15	27	45	10,600	□0.01
Erkek	35	85	32	55		
Doğum yeri					0,028	A.D.
İl	25	61	35	59		
İlçe-köy	16	39	24	41		
Yaşadığı yer					1,100	A.D.
İl	33	80	52	88		
İlçe-köy	8	20	7	12		
Medeni durumu					1,396	A.D.
Evlü	19	46	22	39		
Bekar	18	45	27	45		
Dul boşanmış	4	9	10	16		
İş durumu					11,207	□0.01
Hiç çalışmamış	8	20	30	51		
Emekli	17	41	15	25		
Düzensiz aralıklı	5	12	7	12		
Düzenli aralıksız	11	27	7	12		
Maddi destek					2,760	A.D.
Evet	16	39	33	56		
Hayır	25	61	26	44		
Gelirin çoğu mu					2,790	A.D.
Evet	12	75	24	73		
Hayır	4	25	9	27		
Sosyal güvence					0,842	A.D.
Var	39	95	58	98		
Yok	2	5	1	2		
Sosyo ekonomik durum					0,670	A.D.
Düşük	12	29	17	29		
Orta	25	61	33	56		
Yüksek	4	10	9	15		

p□ 0,05 = anlamlı fark

p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=anlamlı değil

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanan şizofreni hastalarını incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 21 (18-27),

hastaneye ilk başvuru yaşı ortanca değeri 24 (20-30), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 26 (20-31) olarak saptandı. Hastalık süresinin ortanca değeri 14 (8.5-27.5) yıl, toplam yatış süresi ortanca değeri 4 (3-6) ay olarak saptandı. İntihar sayısı ortanca değeri 0 (0-1), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı ortanca değeri 0(0-0) olarak saptandı. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunun %12'sinde (n=5) yasal sorun varken, %88'sinde (n=36) olmadığı, yasal sorun yaşayan 5 hastanın 2'sinin (%40) alkol-madde etkisinde, 3'ünün (%60) alkol-madde etkisinden bağımsız olarak suç işlediği ve %5'inin (n=2) cezaevi yaşantısı olduğu saptandı. Ayrıca 17 hastada intihar girişimi (%41) varken, 10 hastada (%24) kendine zarar verici davranış, 5 hastada (%12) başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olduğu saptandı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirdiğimizde %49'unun (n=20) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %39'unda (n=16) şizofreni, %10'unda (n=4) duygudurum bozukluğu, % 2'sinde (n=1) alkol-madde kullanım bozukluğu vardı. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunun hiçbirinde ailede yasal sorun öyküsü yoktu. Yaşam boyu nikotin kullanımının oranı %88 (n=36), şimdi nikotin kullanımının oranı ise %63 (n=26)'tü.

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanmayan şizofreni hastalarını incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 20 (17-28), hastaneye ilk başvuru yaşı ortanca değeri 23 (19-30), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 23 (17-35) olarak saptandı. Hastalık süresinin ortanca değeri 15 (8-27) yıl, toplam yatış süresi ortanca değeri 3 (1-6) ay olarak saptandı. İntihar sayısı ortanca değeri 0 (0-1), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı ortanca değeri 0 (0-0) olarak saptandı. Alkol madde kullanmayan şizofreni grubunun %5'inde (n=3) yasal sorun varken, yasal sorun yaşayan 3 hastanın 3'ünün de (%100) alkol madde etkisinden bağımsız olarak suç işlendiği saptandı. Hastaların %3'ünün (n=2) gözaltına alındığı, ancak hiçbirinde cezaevi yaşantısı olmadığı saptandı. Ayrıca 18 hastada intihar girişimi (%31) varken, 8 hastada (%14) kendine zarar verici davranış öyküsü, 5 hastada (%8) başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olduğu saptandı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirdiğimizde; %51'inin (n=30) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %27'sinde (n=16) şizofreni, %10'unda (n=6), duygudurum bozukluğu, %8'inde anksiyete bozukluğu (n=5), % 2'sinde (n=1) alkol-madde kullanım bozukluğu,



%2'sinde (n=1) diğer başlığı altında incelenen ruhsal hastalık olduğu saptandı. Ailede yasal sorun öyküsüne bakıldığında ise hastaların %98'inde (n=58) ailede yasal sorun öyküsü yokken, %2'sinde (n=1) yasal sorun öyküsü vardı. Yaşam boyu nikotin kullanım oranı %58 (n=34), şimdi nikotin kullanım oranı %44 (n=26)'tü.

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grubunu karşılaştırdığımızda, toplam yatış süresi ( $z=-2.302$ ,  $p= 0.021$ ) ve yaşam boyu nikotin kullanımını ( $\chi^2= 10.490$ ,  $p=0.001$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunda toplam yatış süresi ve yaşam boyu nikotin kullanım oranları alkol-madde kullanmayan şizofreni grubuna göre daha yüksekti. Hastalık belirtilerinin başlama yaşı, hastaneye ilk başvuru yaşı, ilk yatış yaşı, hastalık süresi, intihar sayısı, yatışları boyunca uygulanan toplam EKT seans sayısı, yasal sorun öyküsü, suçun işleniş tarzı, gözaltı öyküsü, cezaevi yaşantısı, ailede yasal sorun öyküsü ,intihar girişimi, kendine zarar verici davranışta bulunma , başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü, birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık, ailede yasal sorun, şimdi nikotin kullanımını açısından karşılaştırdığımızda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarının, hastalık öyküsü özelliklerine ait sonuçlar ve birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarının, hastalık öyküsü özelliklerine ait sonuçları ve birbirleriyle karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan şizofreni grubu (N=41) Ortanca( %25-75)		Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubu (N=59) Ortanca( %25-75)		Z	P
Hastalık başlangıç yaşı	21(18-27)		20(17-28)		-0,486	A.D.
İlk başvuru yaşı	24(20-30)		23(19-30)		-0636	A.D.
İlk yatış yaşı	26(20-31)		23(17-38)		-1,123	A.D.
Hastalık süresi (yıl)	14(8,5-27,5)		15(8-27)		-0,295	A.D.
Toplam yatış süresi (ay)	4(3-6)		3(1-6)		-2,302	□0.05
İntihar sayısı	0(0-1)		0(0-1)		-1.936	A.D.
EKT sayısı	0 (0-0)		0 (0-0)		-0.306	A.D.
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Yasal sorun					1,662	A.D.
Var	5	12	3	5		
Yok	36	88	56	95		
Suçun tarzı					2,887	A.D.
Madde etkisinde	2	40	0	0		
Madde etkisinde değil	3	60	3	100		
Gözaltı öyküsü					2,881	A.D.
Var	5	12	2	3		
Yok	36	88	57	97		
Cezaevi yaşantısı					2,937	A.D.
Var	2	5	0	0		
Yok	39	95	59	100		
İntihar girişimi					1,270	A.D.
Var	17	41	18	31		
Yok	24	59	41	69		
Kendine zarar verme					1,923	A.D.
Var	10	24	8	14		
Yok	31	76	51	86		
Başkasına zarar verme					0,372	A.D.
Var	5	12	5	8		
Yok	36	88	54	92		
Ailede ruhsal hastalık					5,330	A.D.
Yok	20	49	30	51		
Şizofreni	16	39	16	27		
Duygudurum bozukluğu	4	10	6	10		
Anksiyete bozukluğu	0	0	5	8		
Alkol madde	1	0	1	2		
Diğer	0	0	1	2		
Ailede yasal sorun					0,702	A.D.
Yok	41	100	58	98		
Var	0	0	1	2		
Yaşam boyu nikotin kullanımı					10,490	□0.01
Var	36	88	34	58		
Yok	5	12	25	42		
Şimdi nikotin kullanımı					3,620	A.D.
Var	26	63	26	44		
Yok	15	37	33	56		

A.D.=anlamli değil  
p □ 0,05 =anlamli fark

p<0,01 = ileri derecede anlamli farklılık  
p<0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

Alkol-madde kullanan şizofreni grubuna uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanı ortanca değeri 6 (3-10), nörolojik alt ölçek puanı ortanca değeri 2 (0-3.5), otonomik alt ölçek puanı ortanca değeri 1 (0.5-3), diğer alt ölçek puanı ortanca değeri 2 (1-5.5) olarak saptandı. KYYA toplam puanı ortanca değeri 7 (3-17.5), İDÖ puanı ortanca değeri 13 (7.5-14) olarak saptandı. FNBT puanı ortanca değeri 7 (0-8), İGD puanı ortanca değeri 60 (60-74.5), KPDÖ toplam puan ortanca değeri 20 (10-37) olarak saptandı. Şizofreninin pozitif belirtilerini tanımlamak için uygulanan SAPS ölçeğinde alt gruplara baktığımızda varsanı puanı ortanca değeri 0 (0-13.5), hezeyan puanı ortanca değeri 9 (5-26.5), garip davranış puanı ortanca değeri 0 (0-3), düşünce puanı ortanca değeri 5 (0-8), SAPS toplam puanı ortanca değeri 22 (7.5-46) idi. Şizofreninin negatif belirtilerini tanımlanmak için uygulanan SANS ölçeğinde altgruplara baktığımızda; күntlük puanı ortanca değeri 13 (9-16.5), aloji puanı ortanca değeri 5 (1.5-7), avölüsyon puanı ortanca değeri 8 (3.5-10), anhedoni puanı ortanca değeri 15 (10-16.5), dikkat puanı ortanca değeri 2 (1-6.5), SANS toplam puanı ortanca değeri 42 (31.5-51.5) idi. Depresyonu değerlendirmek için uygulanan CDÖ toplam puan ortanca değeri ise 2 (1-6.5) olarak saptandı.

Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubuna uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanı ortanca değeri 5 (2-9), nörolojik alt ölçek puanı ortanca değeri 1 (0-3), otonomik alt ölçek puanı ortanca değeri 1.5 (0-3.25), diğer diye anılan alt ölçek puanı ortanca değeri 4 (1-5) olarak saptandı. KYYA toplam puanı ortanca değeri 9.5 (4.75-14.75), İDÖ toplam puanı ortanca değeri 13.5 (8-15), FNBT puanı ortanca değeri 7 (0-7.25), İGD puanı ortanca değeri 60 (60-70), KPDÖ toplam puanı ortanca değeri 23 (10.5-36) olarak saptandı. SAPS ölçeğinde alt gruplara baktığımızda varsanı puanı ortanca değeri 4.5 (0-14), hezeyan puanı ortanca değeri 11 (2-26), garip davranış puanı ortanca değeri 0 (0-3.25), düşünce puanı ortanca değeri 5 (0-8.25), SAPS toplam puanı ortanca değeri 24 (8-48.25) ; SANS ölçeğinde altgruplara baktığımızda күntlük puanı ortanca değeri 13 (9-18), aloji puanı ortanca değeri 4 (0-6), avölüsyon puanı ortanca değeri 9 (6-12), anhedoni puanı ortanca değeri 15 (13.75-19), dikkat puanı ortanca değeri 2 (0.75-5), SANS toplam puanı ortanca değeri 41 (33-54.25) idi. Depresyonu

değerlendirmek için uygulanan CDÖ toplam puanı ortanca değeri ise 2 (0.75-5) olarak saptandı.

Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarına uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar karşılaştırıldığında hiçbir değişkende istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Her iki grubun ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10.'da gösterilmektedir.

Tablo4.10.Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan şizofreni grubu (N=41) Ortanca( %25-75)	Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubu(N=59) Ortanca %(25-75)	Z	P
<b>UKU-YEDÖ</b>				
<b>Psşik</b>	6(3-10)	5(2-9)	-1,041	A.D.
<b>Nörolojik</b>	2(0-3,5)	1(0-3)	-0,947	A.D.
<b>Otonomik</b>	1(0,5-3)	1,5(0-3,25)	-0,301	A.D.
<b>Diğer</b>	2(1-5,5)	4(1-5)	-0,856	A.D.
<b>KYYA</b>	7(3-17,5)	9,5(4,75-14,75)	-0,081	A.D.
<b>İGDÖ</b>	13 (7.5-14)	13.5 (8-15)	-0.787	A.D.
<b>FNBT</b>	7 (0-8)	7 (0-7.25)	-1.515	A.D.
<b>İGD</b>	60 (60-74.5)	60 (60-70)	-0.343	A.D.
<b>KPDÖ</b>	20 (10-37)	23 (10.5-36)	-0.280	A.D.
<b>SAPS</b>				
<b>Varsanı</b>	0 (0-13.5)	4.5 (0-14)	-0.670	A.D.
<b>Hezeyan</b>	9 (5-26.5)	11 (2-26)	-0.587	A.D.
<b>Garip davranış</b>	0 (0-3)	0 (0-3.25)	-0.357	A.D.
<b>Düşünce</b>	5 (0-8)	5 (0-8.25)	-0.393	A.D.
<b>SAPS Toplam</b>	22 (7.5-46)	24(8-48.25)	-0.270	A.D.
<b>SANS</b>				
<b>Küntlük</b>	13 (9-16.5)	13 (9-18)	-0.740	A.D.
<b>Aloji</b>	5 (1.5-7)	4 (0-6)	-0.850	A.D.
<b>Avolüsyon</b>	8 (3.5-10)	9 (6-12)	-0.775	A.D.
<b>Anhedoni</b>	15 (10-16.5)	15 (13.75-19)	-1.262	A.D.
<b>Dikkat</b>	2 (1-6.5)	2 (0.75-5)	-0.228	A.D.
<b>SANS toplam</b>	42 (31.5-51.5)	41 (33-54.25)	-0.630	A.D.
<b>CDÖ</b>	2 (1-6.5)	2 (0.75-5)	-0.400	A.D.

UKU-YEDÖ = UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

KYYA = Kısa Yeti Yitimi Anketi

İDÖ = İçgörü Değerlendirme Ölçeği

FNBT = Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

İGD = İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

KPDÖ =Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği

SAPS=Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği

SANS=Negatif semptomları değerlendirme ölçeği

p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

p□ 0,05 =anlamlı fark

p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=Anlamlı Değil

### 4.3.BAB Hastaları Örnekleminde Alkol-Madde Kullanım Yaygınlığı ve Sosyodemografik Klinik Değişkenler

100 BAB tanıli hastanın %60'ı (n=60) yaşamının herhangi bir döneminde sigara kullanmıştı. BAB tanıli hastaların %9'u (n=9) sigarayı bırakırken, %51'i (n=51) sigara kullanımını sürdürüyordu (Bakınız Tablo 4.11.).

Tablo 4. 11. BAB hastalarının sigara kullanımı

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yaşam boyu sigara kullanımı</b>	60	60
<b>Şimdi sigara kullanımı</b>	51	51
<b>Sigarayı bırakan</b>	9	9

BAB hastalarının yaşam boyu alkol kullanım oranı %34 (n=34) idi. Sosyal içicilerin sayısı 24 (%24), alkol kullanım bozukluğu bulunan hasta sayısı 10 (% 10) olarak saptandı (Bakınız Tablo 4.12).

Tablo 4.12.BAB hastalarının yaşam boyu alkol kullanımı

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yaşam boyu alkol kullanımı</b>	34	34
<b>Yaşam boyu sosyal içicilik</b>	24	24
<b>Yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu</b>	10	10

BAB grubunda madde kullanım bozukluğu bulunan hasta sayısı 7 (%7) idi. 4 kişi (%4) biperiden, 3 kişi (%3) esrar, 1 (%1) kişide amfetamin kullanımı saptandı (Bakınız Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. BAB hastalarında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu

	N	%
<b>Madde kullanım bozukluğu</b>	7	7
<b>Biperiden</b>	4	4
<b>Esrar</b>	3	3
<b>Amfetamin</b>	1	1

BAB madde kullanım bozukluğu bulunan hastalarımızın 2'sinde (%2) çoğul madde kullanım bozukluğu saptandı. Bir hastada (%1) alkol, esrar, amfetamin, bir hastada (%1) alkol,biperiden kullanımı vardı.

Hastalarımızın alkol-madde kullanımını sürdürenlerin oranına baktığımızda, yaşam boyu alkol kullanan BAB hastalarının %24'ünün (n=24) halen alkol kullanmaya devam ettiği, hastaların%2'sinin halen biperiden kullanmaya bozukluk düzeyinde devam ettiği saptandı. Şimdi alkol kullanım bozukluğu oranı %3 (n=3) olarak saptandı (Bakınız Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. BAB hastalarında şimdi alkol-madde kullanımı

	N	%
<b>Şimdi alkol kullanımı</b>	24	24
<b>Şimdi alkol kullanım bozukluğu</b>	3	3
<b>Şimdi biperiden kullanımı</b>	2	2

BAB grubunu yaşam boyu alkol-madde kullanımı olup olmamasına göre iki gruba ayırdık. BAB grubunda 35 (%35) kişide yaşam boyu alkol madde kullanım varken, 65 (%65) kişide yaşam boyu alkol madde kullanımı yoktu.

Alkol madde kullanan BAB grubunun sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortanca değeri 38 (29-50) idi. Grubun içinde kadınların oranı %23 (n=8), erkeklerin oranı %77 (n=27) idi. Medeni durum açısından incelendiğinde grubun %54 'ü (n=19) evli, %46'sı (n=16) bekarı. Alkol madde kullanan BAB grubunun %54'ü (n=19) il, %46'sı (n=16) ilçe-köyde doğmuş, %74'ü (n=26) il, %26'sı (n=9) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış eğitim süresi ortanca değeri 11 (8-

13) yıl, evlilik sayısı ortanca değeri 1 (0-1), çocuk sayısı ortanca değeri 0 (0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 2 (1-3), aylık gelir ortanca değeri 1000 (850-1700) TL olarak saptandı. İş düzenine bakıldığında grubun % 29'unun (n=10) hiç çalışmadığı, %29'unun (n=10) emekli olduğu, %8'inin (n=3) düzensiz aralıklarla çalıştığı, %34'ünün (n=12) düzenli ve aralıksız çalıştığı saptandı. Alkol-madde kullanan BAB grubunda 11 (%31) hastanın maddi destek aldığı, destek alan hastaların %91'inin (n=10) aldığı desteğin gelirinin çoğunu oluşturduğu, hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu (%100), %14'ünün (n=5) düşük, %57'sinin (n=20) orta, %29'unun (n=10) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı.

Alkol-madde kullanmayan BAB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortanca değeri 40 (33.5-48)'tı. Grubun içinde kadınların oranı %69 (n=45), erkeklerin oranı % 31 (n= 20)'di. Alkol-madde kullanan BAB grubunun %60'ı (n=39) evli, %23'ü (n=15) bekar, % 17'si (n=11) dul-boşanmış, %65'i (n=42) il, %35'i (n=23) ilçe-köyde doğmuş, %86'sı (n=56) il, %14'ü (n=9) ilçe-köyde yaşıyordu. Tamamlanmış eğitim süresi ortanca değeri 11 (5-15) yıl, evlilik sayısı ortanca değeri 1 (1-1), çocuk sayısı ortanca değeri 1 (0-2), kardeş sayısı ortanca değeri 2 (1-4), aylık gelir ortanca değeri 1200 (900-2000) TL olarak saptandı. İş düzenine bakıldığında hastaların %47'sinin (n=30) hiç düzenli işi olmadığı, %12'sinin (n=8) emekli olduğu, %6'sının (n=4) düzensiz aralıklarla çalıştığı, %35'inin (n=23) düzenli ve aralıksız çalıştığı, 20 (%31) hastanın maddi destek aldığı, destek alan hastaların %80'inin (n=16) aldığı desteğin gelirinin çoğunu oluşturduğu, hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu (%100) , %18'inin (n=12) düşük, %47'sinin (n=30) orta, %35'inin (n=23) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı.

Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarını sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırdığımızda; cinsiyet ( $\chi^2=19.640$ ,  $p \leq 0.001$ ), medeni durum ( $\chi^2=9.812$ ,  $p=0.007$ ), evlilik sayısı ( $z=-2.191$ ,  $p= 0.028$ ) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Alkol-madde kullanan BAB grubunda daha yüksek oranda erkek cinsiyet saptandı. Alkol-madde kullanmayan BAB grubunda ise dul-boşanmış olma oranı ve evlilik sayısı, alkol-madde kullanan BAB gruba göre daha yüksekti. Diğer sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında iki



grup arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilmemiştir ( $p \geq 0.05$ ). Her iki grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.15.'de gösterilmiştir.

Tablo4.15.Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan BAB (N=35) Ortanca( %25-75)		Alkol-madde kullanmayan BAB (N=65) Ortanca(% 25-75)		Z	P
Yaş	38 ( 29-50)		40 (33.5-48)		-0,524	A.D.
Eğitim süresi	11 (8-13)		11 (5-15)		-0,037	A.D.
Evlilik sayısı	1 (0-1)		1 (1-1)		-2,191	□0.05
Çocuk sayısı	0 (0-2)		1 (0-2)		-0,861	A.D.
Kardeş sayısı	2 (1-3)		2 (1-4)		--1,650	A.D.
Aylık gelir (TL)	1000 (850-1700)		1200 (900-2000)		-0,752	A.D.
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Cinsiyet Kadın Erkek	8	23	45	69	19,640	□0.001
	27	77	20	31		
Doğum yeri İl İlçe-köy	19	54	42	65	1,020	A.D.
	16	46	23	35		
Yaşadığı yer İl İlçe-köy	26	74	56	86	2,170	A.D.
	9	26	9	14		
Medeni durumu Evli Bekar Dul- boşanmış	19	54	39	60	9,812	□0.01
	16	46	15	23		
	0	0	11	17		
İş durumu Hiç başlamamış Emekli Düzensiz aralıklı Düzenli aralıksız	10	29	30	47	5,290	A.D.
	10	29	8	12		
	3	8	4	6		
	12	34	23	35		
Maddi destek Evet Hayır	11	31	20	31	0,050	A.D.
	24	69	45	69		
Gelirin çoğumu Evet Hayır	10	91	16	80	0,630	A.D.
	1	9	4	20		
Sosyal güvence Var Yok	35	100	65	100	-	-
	0	0	0	0		
Sosyo ekonomik durum Düşük Orta Yüksek	5	14	12	18	1,103	A.D.
	20	57	30	47		
	10	29	23	35		

A.D.=Anlamli değil  
p □ 0,05 =anlamli fark

p<0,01 = ileri derecede anlamli farklılık  
p<0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanan BAB hastalarını incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 21 (18-30), hastaneye ilk başvuru yaşı ortanca değeri 21 (18-30), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 24 (19-30), hastalık süresi ortanca değeri 13 (8-18) yıl, toplam yatış süresi ortanca değeri 2 (1-4) ay olarak saptandı. İntihar sayısı ortanca değeri 0 (0-0), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı ortanca değeri 0(0-0) olarak saptandı. Yasal öyküye bakıldığında %11'inde (n=4) yasal sorun varken, yasal sorun yaşayan 4 hastanın 3'ünde (%75) alkol-madde etkisine, 1'inde (%25) alkol-madde etkisinden bağımsız olarak suç işlendiği saptandı. Hastaların %11'inin (n=4) gözaltına alındığı, %3'ünün (n=1) cezaevi yaşantısı olduğu, 7 hastada intihar girişimi (%20), 5 hastada (%14) kendine zarar verici davranış, 1 hastada (%3) ise başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olduğu saptandı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde %66'sının (n=23) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %5'inde (n=2) şizofreni, %29'unda (n=10) ise duygudurum bozukluğu bulunduğu, ailelerinde yasal sorun öyküsü olmadığı saptandı. Yaşam boyu nikotin kullanım oranı %86 (n=30), şimdi nikotin kullanım oranı %74 (n=26)'tü.

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanmayan BAB hastalarını incelediğimizde; hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 25 (20-34), hastaneye ilk başvuru yaşı ortanca değeri 25 (20-34.5), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 26 (20-34.5), hastalık süresi ortanca değeri 12 (8-27) yıl, toplam yatış süresi ortanca değeri 2 (1-4) ay olarak saptandı. İntihar sayısı ortanca değeri 0 (0-0), yatışları esnasında uygulanan toplam EKT seans sayısı ortanca değeri 0(0-0) olarak saptandı. Yasal öyküye bakıldığında %3'ünde (n=2) yasal sorun olduğu, yasal sorun yaşayan 2 hastanın da alkol-madde etkisinden bağımsız olarak suç işlediği, hastalarda gözaltına alınma ve cezaevi yaşantısı olmadığı, 14 hastada intihar girişimi (%22) , 2 hastada (%3) kendine zarar verici davranış öyküsü olduğu ancak hiçbir hastada başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olmadığı saptandı. Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirdiğimizde %51'inin (n=33) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %6'sında (n=4) şizofreni, %32'sinde (n=21), duygudurum bozukluğu, %5'inde anksiyete bozukluğu (n=3), %6'sında (n=4) diğer başlığı altında incelenen ruhsal hastalık olduğu saptandı.

Grubun %9 'unda (n=6) yasal sorun öyküsü vardı. Yaşam boyu nikotin kullanım oranı %46 (n:30), şimdi nikotin kullanım oranı %39 (n=25)'du.

Hastalık öyküsü açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarını karşılaştırdığımızda; alkol-madde kullanan BAB grubunda gözaltına alınma öyküsü ( $\chi^2 = 7.730, p = 0.013$ ), kendine zarar verme davranışı ( $\chi^2 = 4.391$ ,  $p = 0.049$ ), yaşam boyu nikotin kullanım oranı ( $\chi^2 = 14.835$ ,  $p < 0.001$ ) ve şimdi nikotin kullanım oranı ( $\chi^2 = 11.683$ ,  $p = 0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede alkol-madde kullanmayan BAB grubundan yüksekti. Hastalık belirtilerinin başlama yaşı, hastaneye ilk başvuru yaşı, ilk yatış yaşı, hastalık süresi, toplam yatış süresi, intihar sayısı, yatışları boyunca uygulanan toplam EKT seans sayısı, yasal sorun öyküsü, suçun işleniş tarzı, cezaevi yaşantısı, ailede yasal sorun öyküsü, intihar girişimi, başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü, birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık, ailede yasal sorun açısından ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının hastalık öyküsü özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.16.'da gösterilmektedir.

Tablo 4.16. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının, hastalık öyküsü özelliklerinin karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan BAB Grubu(N=35) Ortanca( %25-75)		Alkol-madde kullanmayan BAB Grubu (N=65) Ortanca( %25-75)		Z	P
Hastalık başlangıç yaşı	21 (18-30)		25 (20-34)		-1,578	A.D.
İlk başvuru yaşı	21 (18-30)		25 (20-34.5)		-1,633	A.D.
İlk yatış yaşı	24 (19-30)		26 (20-34.5)		-0,731	A.D.
Hastalık süresi (yıl)	13 (8-18)		12 (5.5-15.5)		-0,861	A.D.
Toplam yatış süresi (ay)	2 (1-4)		2 (1-4)		-0,723	A.D.
İntihar sayısı	0 (0-0)		0 (0-0)		-0,315	A.D.
EKT sayısı	0 (0-0)		0 (0-0)		-0.303	A.D.
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Yasal sorun						
Var	4	11	2	3	2,810	A.D.
Yok	31	89	63	97		
Suçun tarzı						
Madde etkisinde	3	75	0	0	5,740	A.D.
Madde etkisinde değil	1	25	2	100		
Gözaltı öyküsü						
Var	4	11	0	0	7,730	□0.05
Yok	31	89	65	100		
Cezaevi yaşantısı						
Var	1	3	0	0	1,870	A.D.
Yok	34	97	65	100		
İntihar girişimi						
Var	7	20	14	22	0,592	A.D.
Yok	28	80	51	78		
Kendine zarar verme						
Var	5	14	2	3	4,391	□0.05
Yok	30	86	63	97		
Başkasına zarar verme						
Var	1	3	0	0	1,876	A.D.
Yok	34	97	65	100		
Ailede ruhsal hastalık						
Yok	23	66	33	51	4,780	A.D.
Şizofreni	2	5	4	6		
Duygudurum bozukluğu	10	29	21	32		
Anksiyete bozukluğu	0	0	3	5		
Alkol madde	0	0	0	0		
Diğer	0	0	4	6		
Ailede yasal sorun						
Yok	35	100	59	91	3,430	A.D.
Var	0	0	6	9		
Yaşam boyu nikotin						
Var	30	86	30	46	14,835	□0.001
Yok	5	14	35	54		
Şimdi nikotin						
Var	26	74	25	39	11,638	□0.01
Yok	9	26	40	61		

A.D.=Anlamli değil  
p □ 0,05 =anlamli fark

p<0,01 = ileri derecede anlamli farklılık  
p<0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

Alkol-madde kullanan BAB hastalarına uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar incelendiğinde; UKU-YEDÖ psikişik alt ölçek puanı ortanca değeri 5 (2-8),

nörolojik alt ölçek puanı ortanca değeri 1 (0-2), otonomik alt ölçek puanı ortanca değeri 2 (1-3), diğer alt ölçek puanı ortanca değeri 2 (0-5), KYYA toplam puanı ortanca değeri 5 (2-11), İDÖ toplam puanı ortanca değeri 14 (12-14), FNBT puanı ortanca değeri 6 (0-7), İGD puanı ortanca değeri 80 (70-90), KPDÖ toplam puanı ortanca değeri 7 (3-18) olarak saptandı. YMDÖ toplam puanı ortanca değeri 2 (0 -7 ), HDÖ toplam puanı ortanca değeri ise 4 (0-6)'tü.

Alkol-madde kullanmayan BAB hastalarına uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar incelendiğinde; UKU-YEDÖ psikişik alt ölçek puanı ortanca değeri 3 (1-5.5), nörolojik alt ölçek puanı ortanca değeri 0 (0-2), otonomik alt ölçek puanı ortanca değeri 1 (0-2.5), diğer alt ölçek ortalama puanı ortanca değeri 2 (1-4), KYYA toplam puanı ortanca değeri 3 (0-11), İDÖ toplam puanı ortanca değeri 14 (14-15), FNBTpuanı ortanca değeri 0 (0-7), İGD puanı ortanca değeri 90 (80-90), KPDÖ toplam puanı ortanca değeri 4 (1-10.5) olarak saptandı. YMDÖ toplam puanı ortanca değeri 0 (0 -3.5), HDÖ toplam puanı ortanca değeri ise 2 (0 -4.5) idi.

Alkol-madde kullanan BAB grubunda, alkol-madde kullanmayan gruba göre İGD ( $z = -2.455$ ,  $p = 0.014$ ) puanları daha düşük, UKU-YEDÖ psikişik alt ölçek ( $z = -2.462$ ,  $p = 0.014$ ), FNBT ( $z = -2.514$ ,  $p = 0.012$ ), YMDÖ ( $z = -2.079$ ,  $p = 0.038$ ) puanları daha yüksek saptanmıştır. Diğer ölçekler açısından iki grup arasından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p \geq 0.05$ ). Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının ölçeklerden elde edilen puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.17.'de gösterilmiştir

Tablo4.17.Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının ölçeklerden elde edilen puanlarının karşılaştırılması

	<b>Alkol-madde kullanan BAB grubu (N=35) Ortanca( %25-%75)</b>	<b>Alkol-madde kullanmayan BAB grubu(N=65) Ortanca(%25-75)</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>UKU-YEDÖ</b>				
<b>Psşik</b>	5 (2-8)	3 (1-5.5)	-2462	0.05
<b>Nörolojik</b>	1 (0-2)	0 (0-2)	-0,732	A.D.
<b>Otonomik</b>	2 (1-3)	1 (0-2.5)	-1,519	A.D.
<b>Diğer</b>	2 (0-5)	2 (1-4)	-0,253	A.D.
<b>KYYA</b>	5 (2-11)	3 (0-11)	-1390	A.D.
<b>İGDÖ</b>	14 (12-14)	14 (14-15)	-0,3	A.D.
<b>FNBT</b>	6 (0-7)	0 (0-7)	-2,514	0.05
<b>İGD</b>	80 (870-90)	90 (80-90)	-2,455	0.05
<b>KPDÖ</b>	7 (3-18)	4 (1-10.5)	-1.873	A.D.
<b>YMDÖ</b>	2 (0-7)	0 (0-3.5)	-2,079	0.05
<b>HDÖ</b>	4 (0-6)	2 (0-4.5)	-1,324	A.D.

UKU-YEDÖ = UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği ,

KYYA = Kısa Yeti Yitimi Anketi

İDÖ = İçgörü Değerlendirme Ölçeği

FNBT = Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

İGD = İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

KPDÖ =Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği

SAPS=Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği

SANS=Negatif semptomları değerlendirme ölçeği

p  $\geq$  0,05 =anamlı fark

p < 0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

p < 0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=Anamlı Değil

#### **4.4.Alkol-Madde Kullanan Şizofreni ve BAB Hasta Gruplarının Karşılaştırılması**

Şizofreni ve BAB hastalarını, alkol-madde kullanım yaygınlığı açısından karşılaştırdığımızda; şizofreni grubunda yaşam boyu sigara kullanımı %70, şimdi sigara kullanımı %52, BAB grubunda ise sırasıyla %60 ve %51; şizofreni grubunda yaşam boyu alkol kullanımı %32, şimdi alkol kullanımı %18, yaşam boyu AKB %8, şimdi AKB %2, yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %14, şimdi madde kullanım yaygınlığı %3, yaşam boyu alkol kullanımı %34, şimdi alkol kullanımı %24, yaşam boyu AKB %10, şimdi AKB % 3, yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %7, şimdi madde kullanım yaygınlığı %3 olarak saptandı. Her iki grup, madde kullanım yaygınlıkları açısından oranlar t testi ile analiz edilip, şizofreni ve BAB hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Bakınız Tablo 4.18.).



Tablo4.18. Şizofreni ve BAB gruplarında yaşam boyu ve şimdi madde kullanım yaygınlık oranları ve karşılaştırılması

	Şizofreni grubu N=100		BAB grubu N=100		t	p
	n	%	n	%		
YB sigara kullanımı	70	70	60	60	1,48	p>0,05
Şimdi sigara kullanımı	52	52	51	51	0,14	p>0,05
Sigarayı bırakan	18	18	9	9	1,86	p>0,05
YB alkol kullanan	32	32	34	34	-0,30	p>0,05
YB sosyal içicilik	24	24	24	24	0	p>0,05
YBAKB	8	8	10	10	-0,49	p>0,05
YBMKB	14	14	7	7	1,61	p>0,05
Şimdi alkol kullanımı	18	18	24	24	-1,04	p>0,05
Şimdi AKB	2	2	3	3	-0,45	p>0,05
Şimdi MKB	3	3	2	2	0,45	p>0,05

YBAKB=yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu, AKB=alkol kullanım bozukluğu

YBMKB=yaşam boyu madde kullanım bozukluğu,

MKB=madde kullanım bozukluğu, YB=yaşam boyu

Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastaları sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırdığımızda; alkol-madde kullanan şizofreni grubunda alkol-madde kullanan BAB grubuna göre kardeş sayısı ( $z=-1.988$ ,  $p=0.047$ ) daha fazlaydı. Diğer sosyodemografik özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması Tablo 4.19.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan şizofreni grubu (N=41) Ortanca(%25-75)		Alkol-madde kullanan BAB grubu(N=35) Ortanca% 25-75		Z	P	
Yaş	42 (32-51)		38(29-50)		-0,960	A.D.	
Eğitim süresi	11 (8-13)		11 (8-13)		-0.223	A.D.	
Evlilik sayısı	1 (0-1)		1 (0-1)		-0,536	A.D.	
Çocuk sayısı	1 (0-2)		0 (0-2)		-0,699	A.D.	
Kardeş sayısı	3 (2-4)		2 (1-3)		-1,988	0.05	
Aylık gelir (TL)	1000 (800-1350)		1000 (850-1700)		-1,401	A.D.	
	n	%	n	%	$\chi^2$	P	
Cinsiyet					0,840	A.D.	
	Kadın	6	15	8			23
Erkek	35	85	27	77			
Doğum yeri					0,347	A.D.	
	il	25	61	19			54
ilçe-köy	16	39	16	46			
Yaşadığı yer					0,418	A.D.	
	il	33	80	26			74
ilçe-köy	8	20	9	26			
Medeni durumu					3,387	A.D.	
	Evli	19	46	19			54
	Bekar	18	45	16			46
Dul- boşanmış	4	9	0	0			
İş durumu					2,141	A.D.	
	Hiç çalışmamış	8	20	10			29
	Emekli	17	41	10			29
	Düzensiz aralıklı	5	12	3			8
Düzenli aralıksız	11	27	12	34			
Maddi destek					0,476	A.D.	
	Evet	16	39	11			31
Hayır	25	61	24	69			
Gelirin çoğu mu					1,410	A.D.	
	Evet	12	75	10			91
Hayır	4	25	1	9			
Sosyal güvence					1,753	A.D.	
	Var	39	95	35			100
Yok	2	5	0	0			
Sosyo ekonomik durum					5,570	A.D.	
	Düşük	12	29	5			14
	Orta	25	61	20			57
Yüksek	4	10	10	29			

A.D.=anlamli değil  
p < 0,05 =anlamli fark

p < 0,01 = ileri derecede anlamli farklılık  
p < 0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarını, hastalık öyküsü açısından karşılaştırdığımızda, alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, alkol-madde kullanan BAB grubuna göre toplam yatış süresi (z=- 2.702, p=0.007), intihar girişimi varlığı ( $\chi^2=4.02$ , p=0.045) daha fazlaydı. Alkol-madde kullanan şizofreni

grubu hastalarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olarak şizofreni, alkol-madde kullanan BAB grubu hastalarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olarak duygudurum bozukluğu ( $\chi^2= 14.285$ ,  $p= 0.01$ ) daha sık görülmekteydi. Diğer hastalık öyküsü parametreleri açısından her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ( $p \geq 0.05$ ). Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB grupların hastalık öyküsü özellikleri ve karşılaştırılması Tablo 4.20.'de gösterilmiştir.

4. 20. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB gruplarının hastalık öyküsü özellikleri ve karşılaştırılması

	Alkol Madde kullanan Şizofreni grubu (N=41) Ortanca( %25-75)		Alkol Madde kullanan BAB grubu (N=35) Ortanca %25-75		Z	P
Hastalık başlangıç yaşı	21 ( 18-27)		21 (18-30)		-0,241	A.D.
İlk başvuru yaşı	24 (20-30)		21 (18-30)		-0,565	A.D.
İlk yatış yaşı	26 (20-31)		24 (19-30)		-1,175	A.D.
Hastalık süresi (yıl)	14 (8.5-27.5)		13 (8-18)		-0,979	A.D.
Toplam yatış süresi (ay)	4 (3-6)		2 (1-4)		-2,702	□0.01
İntihar sayısı	0 (0-1)		0 (0-0)		-1,941	A.D.
EKT sayısı	0 (0-0)		0 (0-0)		-0,303	A.D.
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Yasal sorun					0,011	A.D.
Var	5	12	4	11		
Yok	36	88	31	89		
Suçun tarzı					1,13	A.D.
Madde etkisinde	2	40	3	75		
Madde etkisinde değil	3	60	1	25		
Gözaltı öyküsü					0,011	A.D.
Var	5	12	4	11		
Yok	36	88	31	89		
Cezaevi yaşantısı					0,203	A.D.
Var	2	5	1	3		
Yok	39	95	34	97		
İntihar girişimi					4,026	□0.05
Var	17	41	7	20		
Yok	24	59	28	80		
Kendine zarar verme					1,217	A.D.
Var	10	24	5	14		
Yok	31	76	30	86		
Başkasına zarar verme					2,264	A.D.
Var	5	12	1	3		
Yok	36	88	34	97		
Ailede ruhsal hastalık					14,285	□0.01
Yok	20	49	23	66		
Şizofreni	16	39	2	5		
Duygudurum	4	10	10	29		
Anksiyete	0	0	0	0		
Alkol madde	1	2	0	0		
Diğer						
Ailede yasal sorun					-	-
Yok	41	100	35	100		
Var	0	0	0	0		
İç görü					3,657	A.D.
Var	19	46	23	66		
Kısmen	13	32	9	26		
Yok	9	22	3	8		
Yaşam boyu nikotin					0,072	A.D.
Var	36	88	30	86		
Yok	5	12	5	14		
Şimdi nikotin					1,033	A.D.
Var	26	63	26	74		
Yok	15	37	9	26		

A.D.=anlamli değil  
p□ 0,05 =anlamli fark

p<0,01 = ileri derecede anlamli farklılık  
p<0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB gruplarını, uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında alkol madde kullanan şizofreni grubunda, alkol-madde kullanan BAB grubuna göre İDÖ ( $z=-2.810$ ,  $p=0.005$ ), AKBTT tehlikeli alkol kullanımı alt ölçeği ( $z=-2.289$ ,  $p=0.022$ ), zararlı alkol kullanımı alt ölçeği ( $z=0-2.486$ ,  $p=0.013$ ), toplam puanı ( $z=-2.312$ ,  $p=0.021$ ), İGD ( $z=-4.584$ ,  $p \leq 0.001$ ) puanı daha düşük saptanırken, KPDÖ ( $z=4.182$ ,  $p \leq 0.001$ ) puanı daha yüksek saptandı. Diğer ölçek puanları arasında her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p \leq 0.05$ ). Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4. 21.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarının ölçek puanları ve madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

	Alkol-madde kullanan Şizofreni grubu (N= 41) Ortanca %25-75	Alkol-madde kullanan BAB grubu (N=35) Ortanca %25-75	Z	P
<b>UKU</b>				
<b>Psşik</b>	6 (3-10)	5 (2-8)	-1,539	0.05
<b>Nörolojik</b>	2 (0-3.5)	1 (0-2)	-1,814	A.D.
<b>Otonomik</b>	1 (0.5-3)	2 (1-3)	-0,271	A.D.
<b>Diğer</b>	2 (1-5.5)	2 (0-5)	0,601	A.D.
<b>KYYA</b>	7 (3-17.5)	5 (2-11)	-1,568	A.D.
<b>İç görü toplam</b>	13 (7.5-14)	14 (12-14)	-2,810	0.01
<b>AKBTT</b>				
<b>Tehlikeli alkol</b>	0 (0-1)	1 (0-1)	-2,289	0.05
<b>Bağımlılık</b>	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,900	A.D.
<b>Zararlı kullanım</b>	0 (0-0)	0(0-0)	-2,486	0.05
<b>Toplam</b>	0 (0-1)	1 (0-1)	-2,312	0.05
<b>FNBT</b>	7 (0-8)	6 (0-7)	-0,510	A.D.
<b>İGD</b>	60 (60-74.5)	80 (70-90)	-4.584	0.001
<b>KPDÖ</b>	20 (10-37)	7 (3-18)	-4.182	0.001

UKU-YEDÖ = UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği ,

KYYA = Kısa Yeti Yitimi Anketi

İDÖ = İçgörü Değerlendirme Ölçeği

FNBT = Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

İGD = İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

KPDÖ =Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği

p  $\leq$  0,05 =anlamli fark

p < 0,001 = çok ileri derecede anlamli farklılık

p < 0,01 = ileri derecede anlamli farklılık

A.D.=Anlamli Değil

Yaşam boyu alkol-madde kullanımını içine nikotin kullanımını da dahil edip, analizleri tekrarladığımızda; şizofreni grubunda yaşam boyu nikotin-alkol-madde (YBNAM) kullanım oranı %75 (n=75)'ti. Bu 75 hastanın 17'si (%23) kadın, 58'i (%77) erkekti. 25 kişiden oluşan YBNAM kullanmayan şizofreni grubununun 16'sı (%64) kadın, 9'u (%36) erkekti.

Şizofreni grubunda YBNAM kullanan ve kullanmayan hastaların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığımızda; yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan grupta kullanmayan gruba göre erkek cinsiyetin daha fazla görüldüğü ( $\chi^2=14.488$ , p  $\leq$  0.001), emekli, düzenli-aralıksız çalışanların daha fazla olduğu ( $\chi^2=13.611$ , p=0.002) saptandı. Diğer sosyodemografik özellikler açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamli fark saptanmadı (p  $\leq$  0.05).

Hastalık öyküsü açısından YBNAM kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarını karşılaştırdığımızda; YBNAM kullanan şizofreni grubunda, kullanmayan gruba göre hastanede toplam yatış süresinin daha uzun ( $z=-2.843$   $p=0.004$ ), hastaneye ilk yatış yaşının daha küçük ( $z=-2.045$ ,  $p=0.041$ ), kendine zarar verme davranışının ( $\chi^2=4.426$ ,  $p=0.038$ ) daha fazla olduğu saptandı. Hastalık öyküsünün diğer özellikleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p \geq 0.005$ ).

YBNAM kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarını, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında; YBNAM kullanan grupta kullanmayan gruba göre UKU-YEDÖ otonomik alt ölçek puanı ( $z=-2.032$ ,  $p=0.040$ ) daha yüksek saptandı. Uygulanan diğer ölçeklerden elde edilen puanlar açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p \geq 0.005$ )

YBNAM kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo4.22.YBNAM kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından

	YBNAM Kullanan Şizofreni Grubu N=75		YBNAM Kullanmayan Şizofreni Grubu N=25		X <sup>2</sup>	P
	n	%	n	%		
Cinsiyet	17	23	16	64	14,488	<0,001
	Kadın					
Erkek	58	77	9	36		
İş durumu						
Hiç çalışmamış	21	28	17	68	13,611	□0.01

karşı  
laştır  
ıldığı  
nda  
anla  
mlı  
sapta  
nan  
bulg  
ular



<b>Emekli</b>	28	37	4	16		
<b>Düzensiz aralıklı</b>	9	12	3	12		
<b>Düzenli aralıksız</b>	17	23	1	4		
<b>Kendine zarar verme</b>						
<b>Var</b>	17	23	1	4	4,426	<0,05
<b>Yok</b>	58	77	24	96		
	<b>Ortanca%25-75</b>	<b>Ortanca %25-75</b>	<b>z</b>	<b>p</b>		
<b>Hastaneye ilk yatış yaşı</b>	20(16,5-25)	27,4(17-29,4)	-2,843	<0,01		
<b>Toplam yatış süresi(ay)</b>	4(2,75-6)	3,1(2,4-5,6)	-2,045	<0,05		
<b>UKU-YEDÖ otonomik</b>	2(1-4)	1,5(1-3)	-2,032	<0,05		

p < 0,05  
= anlamlı fark  
p < 0,01 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

ede anlamlı farklılık

p < 0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=Anlamlı Değil

UKU-YEDÖ=UKU yan etki değerlendirme ölçeği

BAB grubunda YBNAM kullanım oranı %66 (n=66)'ydı. 66 hastanın 27'si (%41) kadın, 39'u (%59) erkekti. BAB grubunda YBNAM kullanan ve kullanmayan hastaların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığımızda; YBNAM kullanan BAB grubunda kullanmayan gruba göre erkek cinsiyet ( $\chi^2=11.392$ , p=0.001), emekli, düzensiz-aralıklı çalışan, düzenli-aralıksız çalışan ( $\chi^2 =11.536$ , p=0.007) daha fazla, kardeş sayısının (z=-2.127, p=0.033) daha az olduğu saptandı. Diğer sosyodemografik özellikler açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p < 0.005).

Hastalık öyküsü açısından YBNAM kullanan ve kullanmayan BAB hastalarını karşılaştırdığımızda; YBNAM kullanan grupta, kullanmayan gruba göre, hastanede toplam yatış süresinin daha uzun (z=-2.281, p=0.023) olduğu saptandı. Hastalık öyküsünün diğer özellikleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p < 0.005).

YBNAM kullanan ve kullanmayan BAB hastaları, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında; YBNAM kullanan grupta kullanmayan gruba göre, UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanının (z=-2.679 p=0.007), otonomik alt ölçek puanının (z=-1.961 p=0.049) daha yüksek, İGD ölçek puanının (z=-2.419, p=0.015) daha düşük olduğu saptandı. Uygulanan diğer ölçeklerden elde edilen puanlar açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p < 0.005).

YBNAM kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından

karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular Tablo 4.23.'de gösterilmiştir.

	<b>YBNAM Kullanan BAB Grubu N=66</b>		<b>YBNAM Kullanmayan BAB Grubu N=34</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Cinsiyet</b> <b>Kadın</b> <b>Erkek</b>	27	41	26	76	11,392	<0,01
	39	59	8	24		
<b>İş durumu</b> <b>Hiç çalışmamış</b> <b>Emekli</b> <b>Düzensiz aralıklı</b> <b>Düzenli aralıksız</b>	19	29	21	62	11,536	<0,01
	16	24	2	6		
	6	9	1	3		
	25	38	10	29		

Tablo4.23. YBNAM kullanan ve kullanmayan BAB gruplarının sosyodemografik özellikleri, hastalık öyküsü, ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular

	Ortanca%25-75	Ortanca%25-75	z	p
Toplam yatış süresi(ay)	2,5(1-4,25)	1,25(0,5-2)	-2,281	<0,05
UKU-YEDÖ psikik	4(2-7)	2(0-4,25)	-2,679	<0,05
UKU-YEDÖ otonomik	2(0,75-3)	1(0-2,25)	-1,961	<0,05
İGD	80(70-90)	90(80-92,5)	-2,415	<0,05

p  $\leq$  0,05 = anlamlı fark

p < 0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

UKU-YEDÖ=UKU yan etki değerlendirme ölçeği

p < 0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=Anlamlı Değil

İGD=işlevselliğin genel değerlendirilmesi

Yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB gruplarının sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığımızda; yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, BAB grubuna göre erkek cinsiyetin daha fazla görüldüğü ( $\chi^2 = 5.442$  p=0.020), kardeş sayısının (z=-2.712 p=0.007) daha fazla olduğu, aylık gelir (z=-3.513, p=0.000) ve sosyoekonomik düzeylerinin ( $\chi^2 = 16.545$  p=0.000) daha düşük olduğu saptandı. Diğer sosyodemografik özellikler açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p  $\geq$  0.05). (Bakınız Tablo 4.24)

Hastalık öyküsü açısından YBNAM kullanan şizofreni ve BAB gruplarını karşılaştırdığımızda; YBNAM kullanan şizofreni grubunda, BAB grubuna göre hastalık süresi (z=-2.476 p=0.013), toplam yatış süresi (z=-2.392, p=0.017), homisid girişim öyküsü ( $\chi^2 = 6.817$ , p=0.000) daha fazla iken, yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan şizofreni grubunun birinci derece akrabalarında şizofreni, yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan BAB grubunun birinci derece akrabalarında duygu durum bozuklukları ( $\chi^2 = 16.455$ , p=0.002) daha fazla görüldüğü saptandı. Hastalık

öyküsünün diğer özellikleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p \geq 0.05$ ). (Bakınız Tablo 4.24.)

Yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastaları, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında; yaşam boyu nikotin-alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, BAB grubuna göre UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanının ( $z=-2.729$   $p=0.016$ ), nörolojik alt ölçek puanının ( $z=-2.729$   $p=0.004$ ), KYYA puanının ( $z=-3.467$   $p=0.001$ ), KPDÖ puanının ( $z=-5.918$   $p=0.000$ ) daha yüksek, İGD ölçek puanının ( $z=-7.050$   $p=0.000$ ) ve içgörü değerlendirme ölçek puanının ( $z=-3.300$   $p=0.001$ ) daha düşük olduğu saptandı. Uygulanan diğer ölçeklerden elde edilen puanlar açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p \geq 0.05$ ). (Bakınız Tablo 4.24.)

Tablo4.24.YBNAM kullanan şizofreni BAB gruplarının sosyodemografik, hastalık özellikleri, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı saptanan bulgular

	YBNAMkullanan şizofreni grubu N=75		YBNAM kullanan BAB grubu N=66		X <sup>2</sup>	P
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	17	23	27	41	5,442	□0,05
	58	77	39	59		
<b>Sosyo ekonomik durum</b> Düşük Orta Yüksek	24	32	8	12	16,545	<0,001
	43	57	34	52		
	8	11	24	36		
<b>Başkasına zarar verme</b> Var Yok	10	13	1	2	6,817	<0,001
	65	87	65	98		
<b>Ailede ruhsal hastalık</b> Yok Şizofreni Duygudurumbozukluğu Anksiyete bozukluğu Alkol madde Diğer	36	48	37	56	16,455	□0,01
	24	32	6	9		
	9	12	19	29		
	3	4	2	3		
	2	3	-	-		
	1	1	2	3		
				<b>Z</b>	<b>P</b>	
<b>Kardeş sayısı</b>	3(2-4)		2(1-3)		-2,712	□0,01
<b>Aylık gelir (TL)</b>	950(662.5-1275)		1200(850-2000)		-3,313	<0,001
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>	15.5 (9.5-27.25)		13 (7.75-17.25)		-2,476	□0,05
<b>Toplam yatış süresi (ay)</b>	4 (2.75-6)		2.5 (1-4.25)		-2,392	□0,05
<b>UKU-YEDÖ</b> Psşik Nörolojik	6 (3-10)		4 (2-7)		-2,729	<0,05
	1.5 (0-3)		1 (0-2)		-2,729	<0,01
<b>KYYA</b>	9.5 (4-18.25)		4.5 (1-10.25)		-3,467	<0,01
<b>İDÖ</b>	13 (9-15)		14 (13-15)		-3,300	<0,01
<b>İGD</b>	60(60-70)		80(70-90)		-7,050	<0,001

UKU-YEDÖ = UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği , KYYA= Kısa Yeti Yitimi Anketi  
İDÖ = İlgörü Değerlendirme Ölçeği, İGD = İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği  
p□ 0,05 = anlamlı fark p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık  
p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık A.D.=Anlamlı Değil

Literatürde şizofreni ve BAB tanılı hastaların bazı çalışmalarda alkol-madde kullanım yaygınlığı, bazı çalışmalarda ise alkol-madde kötüye kullanım/bağımlılık (kullanım bozukluğu) ek tanılarıyla değerlendirildiği görülüp, şizofreni ve BAB gruplarına, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği uygulanıp, alkol madde kullanım bozukluğu olanlar tespit edildi. Böylece şizofreni grubunda 19, BAB grubunda ise 14 hastada yaşam boyu alkol madde kullanım bozukluğu (YBAMKB) saptandı. YBAMKB olan ve olmayan şizofreni grubu ve YBAMKB olan ve olmayan BAB grubuna da aynı istatistiksel analizler

uygulandı.

YBAMKB olan ve olmayan şizofreni grubunu karşılaştırdığımızda; YBAMKB olan hastalarda cezaevi yaşantısı daha sıklı. YBAMKB olan şizofreni grubu, YBAMKB olmayanlara göre İGD ölçeğinden daha düşük puanlar aldığı saptandı.

YBAMKB olan ve olmayan BAB grubunu karşılaştırdığımızda; YBAMKB olan BAB grubunda, YBAMKB olmayan BAB grubuna göre; toplam yatış süresinin daha uzun, FNBT ölçeğinden elde edilen puanların daha yüksek, kendine zarar verici davranışta bulunma öyküsünün daha fazla, İGD ölçeğinden daha düşük puanlar aldığı, kadın hasta oranının daha az olduğu saptanmıştır (Bakınız Tablo4.25.).

Tablo 4.25.YBAMKB olan ve olmayan BAB grupların karşılaştırılmasında anlamlı saptanan bulgular

	YBAMKB olan BAB grubu N= 14		YBAMKBolmayan BAB grubu N= 86		X <sup>2</sup>	P
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
<b>Kadın</b>	3	21	50	58	6,514	□0,05
<b>Erkek</b>	11	79	36	42		
<b>Kendine zarar verici davranış</b>						
<b>Var</b>	4	29	3	3	11,636	□0,01
<b>Yok</b>	10	71	83	97		
					<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Toplam yatış süresi (ay)</b>	4(1-12)		2(1-4)		-2,079	□0.05
<b>FNBT</b>	6.5(4.75-7)		0(0-7.25)		-1,978	□0.05
<b>İGD</b>	70(67.5-90)		90(80-90)		-2,626	□0.01

FNBT=fagerström nikotin bağımlılık testi, İGD=işlevselliğın genel değeriendirilmesi  
p□ 0,05 =anlamlı fark p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık  
p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık A.D.=Anlamlı Değil

YBAMKB olan şizofreni ve BAB hastalarını karşılaştırdığımızda; YBAMKB olan şizofreni hastalarında YBAMKB olan BAB hastalarına göre, UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanı, KPDÖ puanı daha yüksek, İDÖ ve İGD ölçeklerinden elde edilen puanlar daha düşük olup, anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grup arasında birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık oranları açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. YBAMKB olan şizofreni ve BAB hastalarını

ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırdığımızda anlamlı saptanan bulgular Tablo 4.26.'da gösterilmiştir.

Tablo4.26.YBAMKB olan şizofreni ve BAB hastalarının ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı saptanan bulgular

	<b>YBAMKB olan Şizofreni grubu N=19</b>	<b>YBAMKB olan BAB grubu N=14</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>UKU-YEDÖ Psşik</b>	7 (3-10)	2.5(1.75-7.25)	-2,068	□0.05
<b>İDÖ</b>	13 (6-14)	15(11.75-15)	-2,352	□0.05
<b>KPDÖ</b>	29 (14-41)	9.5(1-18.75)	-2,989	□0.01
<b>İGD</b>	60 (50-70)	70(67.5-90)	-2,806	□0.01

İGD=işlevselliğin genel değerlendirilmesi, İDÖ=içgörü değerlendirme ölçeği

KPDÖ=kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği, UKU-YEDÖ=UKU yan etki değerlendirme ölçeği

p□ 0,05 =anlamlı fark

p<0,01 = ileri derecede anlamlı farklılık

p<0,001 = çok ileri derecede anlamlı farklılık

A.D.=Anlamlı Değil

## 5. TARTIŞMA

### 5.1.Şizofreni Grubu

Çalışmaya alınan 100 şizofreni hastasının %41 (n=41)'inde yaşam boyu alkol madde kullanımı saptandı. Alkol-madde kullanan şizofreni grubunu sosyodemografik özellikleri açısından incelediğimizde; hastaların yaş ortanca değeri 42 (32-51), %15'i (n=6) kadın, %85'i erkekti. Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunda (n=59) hastaların yaş ortanca değeri 40 (33-49), kadınların oranının %45 (n=27), erkeklerin oranı % 55 (n= 32)'di. Literatürle uyumlu bir şekilde, alkol-madde kullanım yaygınlığı, erkek şizofreni hastalarında kadınlara göre, ileri derecede anlamlı olacak şekilde fazlaydı (8,44,54,139).

Mueser ve arkadaşları (68), alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının yaş ortalamasını 35, kullanmayan hastaların yaş ortalamasını ise 48 olarak saptanmış olup, yaşam boyu esrar ve kokain kullanım bozukluğu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Wobrock ve arkadaşları (83) alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının nörokognitif fonksiyonlarını inceledikleri çalışmada, alkol-madde kullanan grubun yaş ortalamasını  $22.1 \pm 3.9$ , kullanmayan grubun yaş ortalamasını  $29 \pm 6.4$  olarak saptanmış olup, alkol-madde kullanımını genç yaş ile ilişkilendirmiştir. Çalışmamızın sonuçları şizofrenide madde kullanım yaygınlığını genç yaş ile ilişkilendiren çalışmaların (44,68,83) sonuçlarıyla uyumsuzdu. Çalışmamızın sonuçları Mueser ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaş ortalamalarına benzer olmakla birlikte, çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grubunun yaşları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde, 300 şizofreni hastası ile yürütülen bir çalışmada yaşam boyu alkol-madde kötüye kullanımı bulunan hastalarda yaş ortalaması  $37.95 \pm 9.302$ , yaşam boyu alkol-madde kötüye kullanımı bulunmayan hastalarda ise yaş ortalaması  $37.54 \pm 11.153$  olarak saptanmıştır (140). Çalışmamızda da Altınay ve arkadaşlarının (140) çalışmasına benzer olarak alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grubunda yaş açısından anlamlı fark saptanmadı. Yine Aich ve arkadaşlarının (141) 70 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada da alkol-madde kullanan ve kullanmayan grup arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmamış olup, grupların yaş ortalamaları değerleri çalışmamızın sonuçlarından yaklaşık 1 dekat daha küçük saptanmıştır. Literatürdeki çalışmaların bir kısmında genç hastaların yasadışı maddelerden daha çok stimülanları kullanma eğiliminde olduğu ileri sürülmektedir (44). Çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grupları arasında yaş açısından



anlamli fark olmaması ve grupların genç yaşta olmaması; çalışmamızda en çok kullanılan madde türlerinin nikotin, alkol ve biperiden olması, genellikle genç yaş ile ilişkilendirilen stimulan kullanımının çok az olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Medeni durum açısından baktığımızda çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni grubunun %46'sı (n=19) evli, %45'i (n=18) bekar, %9'u (n=4) dul-boşanmış, kullanmayan grubun %39'u (n=22) evli, % 45'i (n=27) bekar, %16'sı (n=10) dul-boşanmış olup, Westermeyer ve arkadaşlarının (142) bulguları ile uyumlu bir biçimde madde kullanımı ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmadı. Ülkemizde, Akvardar ve arkadaşlarının (143), Altınay ve arkadaşlarının (140) yapmış oldukları çalışmalarda da şizofreni hastalarında alkol-madde kullanımı ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde bekar şizofreni hastalarında, evli olanlara göre alkol-madde kullanımının daha yaygın olduğunu saptayan çalışmalar (44,83,144) olduğu gibi aksine evli şizofreni hastalarında alkol-madde kullanımının daha sık saptandığını iddia eden (141) çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda alkol-madde kullanımı ile medeni durum arasında fark saptanmamasının nedeni, şizofreni hastalarının bekar veya boşanmış olsalar da aile yakınları tarafından destek almaları olabilir.

Çalışmamızda şizofreni grubunda alkol-madde kullanan ve kullanmayanlar arasında doğum yeri ve yaşadığı yer açısından Altınay ve arkadaşlarının (140) çalışmasına benzer şekilde anlamlı fark elde edilmemiştir. Bu sonuç madde kullanımının daha çok kırsal kesimlerde yaşayan hastalarda görüldüğüne dair literatürle uyumlu değildir (53,141,145). Bu uyumsuzluğun bir nedeni, şizofreni örneklem grubundaki hastaların küçük bir kısmının kırsalda yaşıyor olması olabilir.

Çalışmamız, eğitim süresi bakımından alkol-madde kullanan şizofreni grubu ile kullanmayan şizofreni grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın bulunmamasıyla, düşük eğitim düzeyi ile alkol-madde kullanımı arasında ilişki bulunduğunu ileri süren çalışmalardan ayrılmaktadır (44,68,83). Swartz ve arkadaşlarının 1460 şizofreni hastası ile yaptıkları Catie çalışmasında (144) alkol-madde kullanan grubun tamamlanmış eğitim süresi ortalama 11.9 yıl, kullanmayan grubun ise 12.3 yıl saptanmış olup, her iki grup arasında çalışmamızla da uyumlu olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürde iş düzeni ile alkol-madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını iddia eden çalışmalar (141,146) olduğu gibi birçok çalışmada da işsizlik ile şizofrenide alkol-madde kullanımı arasında anlamlı sonuç saptanmıştır (68,83,144,146,147). Bizim çalışmamızda ise, alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunda hiç düzenli işi olmayanlar daha fazla iken, emekli ve düzenli-aralıksız çalışanların oranı alkol-madde kullanan şizofreni grubunda daha fazlaydı. İyi premorbid özellikleri olan şizofreni hastalarında alkol-madde kullanımının daha sık saptandığı çalışmalarda (45,54), iyi bir toplumsal işlevsellik ile alkol-madde kullanımına istek ve yönelimin gerçekleşebildiği belirtilmiştir. Sevy ve arkadaşları (148), 27 alkol-madde kullanan, 91 alkol-madde kullanmayan toplam 118 şizofreni tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, madde kullanım bozukluğu öyküsü olan hastaların olmayanlara göre yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda alkol-madde kullanmayan grupta, kullanan gruba göre kadın hastaların daha fazla olması ve kadınların düzenli bir işte çalışmaktan ziyade ev hanımı olmalarının toplumda oldukça sık görülmesinden dolayı çalışmamızda alkol-madde kullanmayan grupta daha fazla işsizlik saptanmış olabileceği de düşünülmüştür. Çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni grubundaki hastaların çoğunun emekli ve düzenli-aralıksız çalışıyor olması, kendilerine ait gelirleri olduğu anlamına gelmekte ve bu durum da maddeye ulaşmak anlamında daha bağımsız hareket edebildiklerini düşündürmektedir. Alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunda çalışmayanların oranının fazla olmasına rağmen, aylık gelirlerinin benzer olması, ailede çalışan birisinin varlığını göstermektedir. Bu da alkol-madde kullanmayan grupta kadınların fazla olmasının kadınlarda çalışmamanın toplumca kabul edilebilir bir durum olduğunu ve aile gelirlerinin eş tarafından karşılandığı, bu nedenle aylık gelir açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı yorumunu desteklemektedir.

Verdoux ve arkadaşlarının (149) çalışmasında alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, hastalık başlangıç yaşının, kullanmayan gruba göre daha erken olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni grubunda hastalık başlangıç yaşı 21 (18-27), kullanmayan şizofreni grubunda 20 (17-28) olarak saptanmış olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol-madde kullanan şizofreni grubunun hastalık

başlangıç yaşı  $22.41 \pm 7.21$ , alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunda ise  $23.31 \pm 7.297$  olarak saptanmıştır (140). Her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamış olup, çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Literatürde şizofreni hastalarında alkol-madde kullanımı ile hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmamış çalışmalar mevcuttur (141,143,146).

Çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grupları arasında doktora ilk başvuru yaşı, ilk kez yatarak tedavi gördüğü yaş ve hastalık süresi açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde hastaneye ilk başvuru ve ilk yatış yaşının alkol-madde kullanan şizofreni grubunda daha erken olduğunu iddia eden çalışmalar (149,150) olduğu gibi, hastaneye ilk başvuru ve ilk yatış yaşı ile şizofrenide alkol-madde kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamayan çalışmalar (140,141) bulunmaktadır. Ancak nikotin kullanımını da ilave ederek analizleri tekrarladığımızda, YBNAMK şizofreni hastalarının ilk yatış yaşının YBNAMK olmayan şizofreni grubuna göre daha küçük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, kullanmayan şizofreni grubuna göre toplam yatış süresi literatürle de uyumlu olarak, anlamlı oranda daha uzun saptanmıştır (151,152).

Alkol bağımlılığı şizofrenide intihar girişimi için risk etkeni olarak bildirilmektedir (153). Verdoux ve arkadaşları da (154), psikotik bozukluk nedeniyle hastaneye ilk kez yatırılan hastalarda madde kötüye kullanımının yüksek intihar girişimi eğilimi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak Rosau ve arkadaşlarının (155) çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grupları arasında intihar varlığı ve sayısı açısından anlamlı fark saptanmadı.

Şizofrenide alkol-madde kullanımı, suç işleme, şiddet davranışı ve yasal sistemle sorun yaşama ile ilişkilendirilmiştir (75). A.B.D.'ndeki, hapisanelerde yapılan çalışmalarda da yüksek eşan oranlarının saptanması bu bulguları desteklemektedir (49). Sık alkol ya da madde entoksikasyonu yaşıyor olmanın da şiddet davranışı için bir etken olabileceği, ancak bunun tek başına bir açıklama olamayacağı bildirilmektedir (145,156). Steadman ve arkadaşları (157), şizofreni tanılı 1136 hastayı değerlendirmiş ve bu hastalarda şiddet için major risk etkeninin,

madde kullanımı olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda yasal sorun, gözaltı ve cezaevi yaşantısı, kendine zarar verme, başkasına zarar verme davranışı açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda alkol-madde kullanım hikayesi olan gruba nikotin kullanımını da dahil edip, analizleri tekrarladığımızda YBNAMK olan şizofreni grubunda, YBNAMK olmayan şizofreni grubuna göre kendine zarar verici davranışta bulunma öyküsünün ( $\chi^2=4.426, p=0.038$ ) daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu olan hastalara alkol kullanım bozukluğunu dahil edip analizleri tekrarladığımızda ise YBAMKB olan ve olmayan şizofreni grupları arasında cezaevi yaşantısında fark ( $\chi^2 =8.700, p=0.035$ ) saptandı. YBAMKB olan şizofreni grubunda 2 kişide cezaevi yaşantısı varken, diğer grupta cezaevi yaşantısı olan hasta saptanmadı.

Genetik yatkınlık şizofrenide alkol-madde kullanımında etkili faktörlerden biri olarak görülmektedir. Tsuang ve arkadaşları (57), madde kullanımına bağlı gelişen psikozun süresini etkileyen en önemli etkenlerden birinin, ailesel yatkınlık olduğunu belirterek, psikoz ve madde kullanımı arasında örtüşen biyolojik mekanizmalar olduğunu vurgulamışlardır. İleri sürülen genetik yatkınlığı destekleyen moleküler ve genetik çalışmalarda, sık sigara içen kişilerde dopamin reseptör alt tiplerinin belirli allellerinin daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Genetik araştırmalar bağımlılık ve şizofreni gelişiminde biyolojik risk etkenlerini tanımlamaya çalışmaktadır (158). Ancak çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarında birinci derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarındaki hastaların, ailelerinde en sık saptanan psikiyatrik hastalık şizofreni olmuştur. Bu durum şizofreni hastalarının ailelerinde yatırılarak tedavi gören ve bir psikoz (şizofreni veya şizoaffektif bozukluk) tanısı konan bireylerin oranı (%26.3) oldukça yüksek olduğunu bildiren (159) çalışma sonucuyla uyumludur. Bu oran şizofreninin kültürlerden bağımsız genetik geçişinin olduğu bilgisi ile örtüşmektedir Kendler ve Gardner (159) Danimarka, İrlanda ve ABD’nde yapılan üç aile çalışmasını birlikte değerlendirmiş ve şizofreni tanılı hastaların aile bireylerinde alkol bağımlılığı riskinin sadece Danimarka çalışmasında

yüksek olduğunu, veriler birlikte değerlendirildiğinde ise aile bireylerinde alkol bağımlılığının artmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni grubu ile kullanmayan şizofreni grubu arasında yaşam boyu nikotin kullanımı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Alkol-madde kullanmayan grupta yaşam boyu nikotin kullanım oranı %58 iken; alkol-madde kullanan şizofreni grubunda %88 olarak saptanmıştır. Karşıdağ ve arkadaşları (147) yatarak tedavi gören 502 şizofreni tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada sigara kullanmayanlara göre sigara kullananların 3-4 kat daha sık alkol ve 5 kat daha sık madde kullandıklarını saptamıştır. Bu da bir bağımlılık maddesinin varlığında diğerinin ne kadar sık bir arada olduğunun bir göstergesidir. Bununla birlikte çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni gruplarını ayırırken nikotin kullanımını madde kullanımı kapsamında değerlendirmedik. Benzer olarak Swapna ve arkadaşlarının (146) çalışmasında da nikotin stimülan maddeler arasında kabul edilmemiştir. Bunun bir nedeni toplumda kullanım yaygınlığı iken, bir diğer nedeni de şizofreni ve nikotin kullanımı arasındaki nörobiyolojik mekanizmalarda ortaklık olmasıdır.

Bazı çalışmalar alkol-madde kullanım bozukluğu ek tanılı şizofreni hastalarında daha şiddetli hezeyan ve halusinasyon olduğunu gösterirken (141,150) , Dixon ve arkadaşları (45) daha az şiddetli hezeyan ve halusinasyon olduğu bildirmiştir. Madde kötüye kullanan şizofrenili hastalarda pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (8,156,161). Pozitif belirtiler alkol bağımlısı şizofrenlerde alkol bağımlısı olmayan şizofrenlere göre (162), negatif belirtiler ise sigara kullanan şizofrenlerde kullanmayanlara göre (163) daha sık bildirilmiştir. Talamo ve arkadaşları (8) 1994 ve 2000 yılları arasında yayınlanmış 9 makaleyi gözden geçirdiklerinde; madde kullanan şizofreni hastalarında, kullanmayan şizofreni hastalarına göre pozitif belirti skorlarının daha yüksek, negatif belirti skorlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Cuffel ve Chase (81) şizofreni hastalarıyla yaptıkları 1 sene süren izlem çalışmasında, madde kullanımına devam eden ya da yeni madde kullanım bozukluğu geliştirenlerin yıl içinde anlamlı derecede daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grupları arasında uygulanan UKU-YEDÖ, İDÖ, KYA, İGD, KPDÖ, SAPS, SANS, CDÖ'lerinden

alınan puanlar açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Şizofreni hastalarını, YBAMKB olup olmamasına göre ayırıp, analizleri tekrarladığımızda ise YBAMKB olan şizofreni grubunda, YBAMKB olmayan şizofreni grubuna göre İGD ölçek puanının daha düşük olduğu ( $z=-2.045$   $p=0.035$ ) saptanmıştır. Bu sonuç madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarının daha şiddetli bilişsel yetersizlik ve içe kapanıklığa bağlı olarak kötü toplumsal işlev gösterdiği bildirilen Chouljian ve arkadaşlarının (164) çalışması ile uyumludur. Alkol-madde kullanımının MKB düzeyinde olması şizofreni hastalarında ikinci bir eştanının varlığı anlamına gelmektedir ki bunun da işlevselliği daha da düşürmesi olağandır. YBNAMK olan şizofreni hastalarında ise, YBNAMK olmayan şizofreni hastalarına göre UKU-YEDÖ otonomik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Bu sonucun da nikotinin antikolinergik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Literatürde alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni tanılı hastalar arasında anlamlı klinik farklılıklar saptamayan çalışmalar da vardır (58,143,165)

Literatürde şizofrenide alkol-madde kullanımının tardiv diskinezi üzerine etkileriyle ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Antidopaminerjik etkileri bulunan alkol, hareket bozukluklarının patogeneğinde antipsikotik ajanlarla sinerjistik etkiye sahiptir (166). Alkol toksisitesi, striatal kolinerjik nöronlara lokalize olmadığı halde, alkol çekilmesi, nöronal kalsiyum akımına yol açarak nöronal destrüksiyona, anatomik hasara ve geriye dönüşümsüz diskinezilere neden olur (167). N-metil-D-aspartik-asit (NMDA)'in glutamatla aktivasyonu, tiamin yetersizliği bulunan alkoliklerde hücre içine kalsiyum girişini arttırır. Böylece NMDA toksisitesi ve özellikle serebellum ve striatumda bu mekanizmaya dahil olan nitrik oksit, alkolün beyindeki tesirlerinin olası mekanizmalarıdır. Madde kullanım bozukluğu bulunan bireylerde, antipsikotik kaynaklı artmış tardiv diskinezi insidansının, kullanılan madde tarafından tetiklenen NMDA veya nitrik oksit sentetaz aracılı toksisiteye bağlı olabileceği ileri sürülmektedir. Kokain, dopaminin presinaptik salınımını stimüle edip, presinaptik geri alımını bloke ederken; D-amfetamin, premline ve metil fenidat dopamin salınımını stimüle ederek hiperkinetik hareket bozukluklarına katkıda bulunmaktadır. Metadon, toluen, barbitüratlar ve benzodiazepinlerin de hareket bozukluklarına yol açma potansiyellerinin bulunduğu bildirilmiştir (168).

Dixon ve arkadaşları (45), şizofrenide madde kullanımının tardiv diskinezi üzerine etkileriyle ilgili yaptıkları çalışmada alkol-madde kullanan şizofreni grubunda kullanmayanlara göre tardiv diskinezinin daha sık görüldüğünü saptamıştır. Zaretsky ve arkadaşları (169) 51 şizofreni tanılı hastada yaptıkları çalışmada, tardiv diskinezi oranını %40 olarak saptayıp, halen devam eden esrar kullanımının önemli bir risk faktörü olduğunu belirtirken, bazı literatürlerdekinin aksine (45) sigara kullanımında anlamlı fark saptamamışlardır. Bununla birlikte Soni ve arkadaşları (170), haftada 20 standart içki ve üzerinde alkol alan ve almayan şizofreni tanılı hastaları tardiv diskinezi açısından karşılaştırdıklarında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda da, Soni ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi yan etki açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamasının nedeni son yıllarda atipik antipsikotik kullanımının yaygınlaşması ve tardiv diskinezinin nadir görülmesi olabilir. Atipik antipsikotikler yüksek 5 HT2/D2 reseptör blokajı ile tipik antipsikotiklere göre daha az tardiv diskineziye neden olurlar (78).

Şizofreniyle sigara içimi arasındaki bağlantı yıllardır dikkat çekmektedir. Değişik çalışmalar şizofrenide sigara içme oranını %56-88 arasında bildirmektedir(141,171,172). Türkiye’de şizofreni hastalarında sigara içimi oranları, yapılan çalışmalarda %50-76 olarak bildirilmiştir (143,147,173,174,175). Uzun ve arkadaşları (173) 136 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada nikotin kullanım oranını %50; Belli ve arkadaşları (175) 463 şizofreni tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, sigara kullanım oranını %76; Akvardar ve arkadaşları (143) 49 şizofreni tanılı hasta ile yürüttükleri çalışmada sigara kullanım oranını %69.4 olarak saptamıştır. Sonuç olarak, çalışmamızda 100 şizofreni hastasının 70’i (%70) yaşam boyu sigara kullanıyordu. Akvardar ve arkadaşlarının (143) çalışmasındaki %69.4 olarak saptanan sigara kullanım oranı çalışmamızın sonucu ile benzer olmakla birlikte saptadığımız oran, Türkiye’de yapılan çalışmaların sonuçlarında bildirilen aralıktadır.

Çalışmamızdaki 100 şizofreni hastasından 32’sinde yaşam boyu alkol kullanımı vardı. Alkol kullanımı olan 32 kişinin 24’ü sosyal içici iken 8 tanesi alkol kullanım bozukluğu tanısını karşılıyordu. 14 hastada alkol dışı madde kullanım hikayesi vardı.( 9’unda biperiden, 4’ünde esrar kullanımı, 3’ünde uçucu madde

kullanımı, 1'inde benzodiazepin kullanımı, 1'inde amfetamin). Madde kullanımı olan şizofreni hastalarından 4'ünde (%4) çoğul madde kullanımı vardı. Bir hasta alkol, uçucu madde, esrar kullanımı, bir hastada uçucu madde, esrar kullanımı, bir hastada alkol, esrar, benzodiazepin kullanımı, bir hastada da alkol, esrar, amfetamin kullanımı vardı. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (The Epidemiological Catchment Area Study/ECA), şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerin %47'sinin alkol-madde kullanım bozukluğu ek tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu oran alkol kullanım bozukluğu tanısı için %33.7, madde kullanım bozukluğu tanısı için ise %27.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada şizofrenili bireylere genel toplumla kıyaslandığında 4.6 kat daha fazla alkol-madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu ve 9 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmiştir (49). Bu oranlar çalışmamızda saptanan alkol-madde kullanım bozukluğu oranlarının çok üzerindedir. Ancak ülkemizde toplumda alkol-madde kullanım oranları da oldukça düşüktür (31). Yayınlanmış 32 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren Mueser ve arkadaşları (44), alkol kullanım bozukluğu tanısının %12.3-50 arasında değiştiğini bildirmektedir. Bu gözden geçirme yazısında alkol-madde kullanım bozukluğu ek tanısı olan şizofrenili hastaların oranı ise %10-70 arası gibi değişkenlik göstermektedir. Mueser ve arkadaşları (68) hastaneye yeni yatmış 325 psikiyatrik hastayı inceledikleri çalışmada; 89 şizofrenili tanılı hastanın %52'sinde alkol-madde kullanımı olduğunu; en sık tercih edilen maddelerin sırasıyla, %43 alkol, %26 esrar, %12 kokain olduğunu saptamışlardır. Margolese ve arkadaşları (176) 207 şizofreni tanılı hasta ile yürüttükleri çalışmada, %44.9 oranında madde kullanımı olduğunu, en sık tercih edilen maddelerin sırasıyla nikotin, alkol ve esrar olduğunu bildirmektedir. Wobrock ve arkadaşları (83) 44 tane şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada madde kullanım bozukluğu oranını %48; en sık kullanılan maddelerin ise sırasıyla esrar, stimülanlar, kokain, opiat, halusinojen ve alkol olduğunu saptamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol kullanma yaygınlığını %63.3, alkol kötüye kullanımı/bağımlılık yaygınlığını ise %8.1 olarak saptanmıştır (143). Çalışmada sadece iki hasta esrar kullandığını belirtmiş, esrar kullanımını sürdüren bir hastaya madde kötüye kullanımı tanısı konmuştur. Alptekin ve arkadaşlarının (177) çok



merkezli, 382 şizofreni hastasını kapsayan çalışmalarında, alkol kullanım bozukluğu %7 olarak bildirilmiştir. Uzun ve arkadaşları (173) ayaktan tedavisi sürdürülen şizofreni hastalarında alkol kullanım sıklığını %18.1, alkol kötüye kullanımını %2.6 oranında bildirmişlerdir. Bu çalışmada sadece iki hastaya madde kötüye kullanımı (alprazolam ve tianeptine) tanısı konulmuştur. Belli ve arkadaşları (175) çalışmalarında alkol kullanım bozukluğu oranını %5.9, esrar kullananların oranını ise %2.2 olarak saptamış olup, alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının hepsinin erkek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki alkol-madde kullanım bozukluğu oranları Akvardar ve arkadaşları (143) ile Alptekin ve arkadaşlarının (177) çalışmaları ile uyumludur. Alkol ve yasal olmayan madde kullanımının hem genel toplumda, hem de şizofreni hastalarında diğer ülkelere göre daha düşük olması dinin etkisine, kültürel gelenek-göreneklere ve gelişmekte olan ülkelerde psikiyatri alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda önemli bir sorun olan 'az bildirim'e bağlı olabilir (178). Ülkemizde şizofreni hastalarında sigara ve alkol kullanma oranlarının yüksek, yasal olmayan madde kullanımının diğer ülkelere oranla ihmal edilebilir düzeyde olması, maddelerle karşılaşma ve onlara ulaşmanın psikiyatrik hastalarda madde kullanım bozuklukları için önemli belirleyici olduğu görüşünü desteklemektedir (52,68). Sigara ve alkolün kolay bulunabilmesi, ulaşılabilmesi, ucuz olması ve bu maddelere karşı sosyal tutumdaki esneklik, bu maddelerin kullanımını kolaylaştırıyor olabilir. Batı toplumlarında maddelerin bulunabilirliğinin yanı sıra, psikiyatrik tedavide kurum dışı tedaviye yönelme ve çalışamaz durumdaki şizofreni hastalarına sosyal programların para vermesi, bu hastalarda madde kullanım bozukluklarının sık görülmesinin nedeni olarak ileri sürülmektedir. Ülkemizde şizofreni hastalarının çoğu aile yada akrabalarıyla birlikte ve maddi olarak onlara bağımlı yaşamaktadırlar. Kontrollü yaşam ortamı ve yakın aile ilişkilerinin, maddelerin kolay elde edilememesiyle birlikte madde kullanımına karşı koruyucu etkenler olabileceği ileri sürülmektedir (103).

## **5.2. Bipolar Affektif Bozukluk Grubu**

Yaşam boyu alkol-madde kullanan 35 BAB hastası sosyodemografik özellikleri açısından incelendiğinde; yaşlarının ortanca değeri 38 (29-50), %23 'ünün (n=8) kadın, %77'sinin (n=27) erkek olduğu saptandı. Alkol-madde

kullanmayan BAB grubunun (n=65) yaş ortanca değeri 40 (33.5-48 ), %69'u (n=45) kadın, % 31'i (n=20) erkekti. Yaş açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Ülkemizde Gökbulut ve arkadaşlarının (105), 95 BAB tanılı hasta ile yürüttükleri çalışmada alkol-madde kullanmayan grubun yaş ortalaması  $36.69 \pm 10.79$ , kullanan grubun ise  $36.41 \pm 12.24$  olarak saptanmış olup, bizim çalışmamızda olduğu gibi yaş açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatüre baktığımızda Cassidy ve arkadaşlarının (5), 392 bipolar-I hasta üzerine yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, alkol-madde kullanımı eştanı bulunmayan grupta yaş ortalaması  $46.6 (\pm 14.7)$ , eştanı saptanan grupta yaş ortalaması  $38.9 (\pm 14.0)$  olarak bildirilmiş olup, iki grup arasında istatistiksel fark saptanmışken; Winokur ve arkadaşlarının (87) 186 BAB tanılı hastada yaptıkları çalışmada alkol kullanan BAB hastalarının yaş ortalaması  $35 (\pm 11.3)$  iken, alkol kullanmayan BAB grubunun yaş ortalaması  $35.1 (\pm 12.3)$  olarak bildirilmiş ve her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Ülkemizdeki çalışmalara baktığımızda; Özyıldırım ve arkadaşlarının (179) 111 BAB tanılı hastada alkol kullanım bozukluğunu araştırdıkları çalışmada alkol kullanan BAB hastalarının yaş ortalaması  $44.0 (\pm 14.8)$ , kullanmayanların yaş ortalaması ise  $40.4 (\pm 11.6)$  olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki alkol-madde kullanan BAB hastalarının yaş ortalaması yukarıda sayılan çalışmalar ile uyumluydu.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan BAB hastalarının %23'ü kadınken, kullanmayanların %69'u kadındı. Dolayısı ile iki grup arasında cinsiyet açısından ileri derece anlamlı fark saptandı. Literatürde, BAB ve alkol-madde kullanımının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda olduğunu rapor eden çalışmalar olduğu gibi (87, 92, 5), BAB ve alkol-madde kullanımında cinsiyet farkı olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (96). Tohen ve arkadaşları (96) ilk manik veya karma atakları nedeniyle hastaneye yatmış kadın hastalarda, eştanı alkol-madde kullanım bozukluğu hikayesinin erkek hastalara göre 6 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Winokur ve arkadaşları (87) 93 BAB tanılı hasta ile yürüttükleri çalışmada, alkol-madde kullananların %65'ini; Cassidy ve arkadaşları (5) 392 hasta ile yürüttükleri çalışmada ise alkol-madde kullanan hastaların %60'ını erkeklerin oluşturduğu bildirilmiştir. Özyıldırım ve arkadaşlarının (179) çalışmasında ise alkol kullanan BAB hastalarının %83.3'ü erkekti. Strakowski ve arkadaşlarının (106) takip

çalışmasının sonuçlarına göre; 50 bipolar tip-I hastanın içinde 21'i alkol madde kullanıyor, kullananların %76'sını erkekler oluşturuyordu. Bizim çalışmamız da Strakowski ve arkadaşlarının (106) çalışmasına benzer olarak BAB grubunda alkol-madde kullananların %77'si erkekti.

Çalışmamızda medeni duruma baktığımızda alkol-madde kullanan BAB grubunun %54'ü evli, %46'sı bekar, alkol madde kullanmayan BAB grubunun %60'ı evli, %23'ü bekar, %17'si dul-boşanmıştı. Alkol-madde kullanmayan grupta bekar hasta sayısı, kullanan gruba göre daha az, dul- boşanmış hasta sayısı ise daha fazla olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Her iki grubun evlilik oranı benzer olmakla birlikte, alkol madde kullanan grupta, kullanmayan gruba göre hiç evlenmemiş hasta sayısı daha fazlaydı. Mueser ve arkadaşları (61) stimülan, esrar ve narkotik kullanan hastaların medeni durumlarını incelediğinde hiç evlenmemiş olanların oranlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesindeki 53 merkezde 584 BAB tanılı hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelendiği, çalışmada hastaların medeni durumuna bakıldığında %44'ü bekar, %46.3'ü evli, %3.9'u dul, %5.8'i boşanmış olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya göre, bizim çalışmamızda alkol-madde kullanan hastaların evlilik oranı daha yüksek olduğu gibi, boşanan hastamız yoktu. Evlilik sayısı açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB gruplarını karşılaştırdığımızda alkol-madde kullanmayan grupta evlilik sayısı anlamlı olarak fazlaydı.

Çalışmamızda tamamlanan eğitim süresi açısından alko- madde kullanan ve kullanmayan BAB grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, ortanca eğitim süresi 11 yıl olarak saptandı. Strakowski ve arkadaşlarının (106) çalışmasında eştanı olan ve olmayan grupta eğitim düzeyi açısından farklılık saptanmamış olup, tamamlanan eğitim süresinin 12 yıl olduğu bildirilmiştir. Aksine Mueser ve arkadaşları (54) da, alkol ve stimülan kullananlarda tamamlanmış eğitim süresininin, kullanmayanlara göre daha kısa olduğunu saptamışlardır .

Çalışmamızda alkol-madde kullanan BAB grubunun %54'ü ilde doğmuş, %74'ü ilde yaşıyor; kullanmayanların %65'i ilde doğmuş, %86'sı ilde yaşıyordu. Çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB grupları arasında doğum yeri ve yaşadığı yer açısından Gökbulut ve arkadaşlarının (105) çalışmasında olduğu gibi anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda alkol-madde kullanmayan grupta hiç çalışmamış olanların sayısı daha fazla, emekli olanların sayısı daha az iken, her iki grup arasında iş düzeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Alkol-madde kullanan grubun %29'u hiç çalışmamış, %29'u emekli, %8'i düzensiz-aralıklı, %34'ü düzenli-araliksız çalışıyordu. Yaşam boyu alkol-madde kullanımını içine nikotin kullanımını da dahil edip, analizleri tekrarladığımızda; YBNAMK olan BAB grubunda, YBNAMK olmayan BAB grubuna göre emekli, düzensiz-aralıklı, düzenli-araliksız çalışanları sayısı istatistiksel olarak daha fazla saptandı. Literatüre baktığımızda çalışmamıza benzer bir sonuç olarak Strakowski ve arkadaşlarının (106) 2000 yılındaki çalışmasında alkol-madde kullanan BAB hastalarındaki işsizlik oranının %29 olarak saptandığını görebiliriz. Çalışmamızın aksine Lagerberg ve arkadaşları (180) 125 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, alkol-madde kullanmayan grupta düzenli çalışan hasta sayısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptamıştır.

Çalışmamızdaki alkol-madde kullanan ve kullanmayan her iki BAB grubunun %31'i ailelerinden destek alıyordu ve hepsinin sosyal güvencesi vardı. Sosyoekonomik açıdan incelediğimizde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Alkol madde kullanan grubun %14'ü düşük, %57'si orta, %29'u yüksek; alkol madde kullanmayan grubun %18'i düşük, %47'si orta, %35'i yüksek sosyoekonomik düzeye sahipti.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan BAB grubunun hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortanca değeri 21 (18-30), alkol-madde kullanmayan BAB grubunun ise 25 (20-34) idi. Alkol-madde kullanan BAB grubunun hastalık belirtilerinin başlama yaşının daha küçük olmasına rağmen, istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Doktora ilk başvuru yaşının ortanca değeri 21 (18-30), hastaneye ilk yatış yaşı ortanca değeri 24 (19-30), hastalık süresi ortanca değeri 13 (8-18) yıl, toplam yatış süresi ortanca değeri 2 (1-4) ay olarak saptandı. Çalışmamızda alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB grupları arasında doktora ilk başvuru yaşı, hastanede ilk yatarak tedavi gördüğü yaş, hastalık süresi, hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yaşam boyu alkol-madde kullanan hastaların alkol-madde kullanım bozukluğu olanları alıp, yeniden analiz ettiğimizde YBAMKB olan BAB grubunda, YBAMKB olmayan gruba göre

toplam yatış süresi daha uzun saptandı. Hastalık başlangıç yaşı ile ilgili olarak literatüre baktığımızda; Strakowski ve arkadaşları (106) 59 BAB tanılı hasta ile yaptıkları, hastaların %32 'sinin madde, %20'sinin alkol kullandığı çalışmada, alkol kullanımının hastalık başlangıç yaşını geciktirdiğini (23 yerine 27) saptamıştır. Bu sonucu da alkol kullanımının depresif belirtileri gizleyip, tedavi arayışını geciktirmesi ile ilişkilendirmişlerdir. Winokur ve arkadaşları (87), tam tersine alkol kullanımının BAB başlangıcını erkene çekeceği görüşünü belirtmiştir. Bunu da BAB ile birlikte görülen madde kullanımının güçlü genetik yatkınlığı olan bazı hastalarda BAB'un erken yaşlarda başlamasına sebep olabileceği şeklinde açıklamışlardır. Lagerberg ve arkadaşlarının (180) çalışmasında, alkol kullanan BAB grubunun hastalık başlangıç yaşı 20 ( $\pm 10$ ) iken, alkol kullanmayan BAB grubunda yaş ortalaması 19 ( $\pm 10$ ) olarak saptamış olup, çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Sonne ve arkadaşları (92) 44 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada; alkol-madde kullanan BAB grubunda kullanmayan gruba göre hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu saptamıştır. Feinman ve Dunner'in çalışmasında (93), BAB tanılı hastalar 3 grupta ele alınmış, ilk grup sadece BAB tanılı 103 hasta, ikinci grup madde kullanımı BAB tanısından önce gelişen 35 hasta, üçüncü grup ise BAB tanısından sonra madde kullanımının geliştiği 50 hastanın yer aldığı bu çalışmada üçüncü grupta BAB başlangıç yaşının diğer gruplara göre daha erken olduğu saptanmıştır. Brady ve arkadaşları (109) alkol-madde kullanım bozukluklarının eşlik ettiği BAB tanılı hastalarda, hastaneye yatış gereksiniminin sadece BAB olanlara göre iki katı fazla olduğunu saptadılar. Sonne ve arkadaşları (92), alkol-madde kullanan BAB hastalarda, kullanmayan hastalara göre hastaneye yatış sayısının 2 kat fazla olduğu saptamıştır. Çalışmamızdaki alkol-madde kullanım verilerinde fark olmamakla birlikte, alkol-madde kullanım bozukluğu açısından analizleri tekrarladığımızda benzer bulguları saptadığımızı belirtebiliriz. Yaşam boyu alkol-madde kullanan gruba nikotin kullanımını da ilave ederek grubun analizlerini tekrarladığımızda da YBNAMK olan BAB grubunda, YBNAMK olmayan BAB grubuna göre yatış süresi daha uzun saptanmıştır.

Alkol-madde kullanan BAB grubunda, alkol-madde kullanmayan BAB grubuna göre İGD ölçek puanı daha düşük, YMDÖ, FNBT, UKU psikiyatrik alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Diğer ölçekler açısından iki grup arasından

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. YBNAMK olan BAB grubunda YBNAMK olmayan BAB grubuna göre UKU-YEDÖ otonomik alt ölçeğinden alınan puanlar daha yüksek saptanmıştır. Bu durum da nikotinin antikolinerjik etkinliği ile ilişkilendirilmiştir. Stephen ve arkadaşlarının (99) 59 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, alkol-madde kullanan BAB grubunda kullanmayan gruba göre YMDÖ'nden elde edilen puanların daha yüksek olması, HDÖ puanları arasında ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmaması, çalışmamız ile uyumludur. D'Mello ve arkadaşları (90) psikiyatrik hastalıklarda madde kullanımının nöroleptik doz ile ilişkisini inceledikleri 58 hastalık çalışmada, alkol-madde kullanan ve kullanmayan hastalar arasında KPDÖ puanları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Gökbulut ve arkadaşlarının (105) çalışmasında, alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB grupları arasında uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar açısından yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. Lagerberg ve arkadaşları (180) 125 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada ise GAF skorlarının alkol-madde kullanan grupta daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan BAB grubunun %11'inde (n=4) yasal sorun olduğu, yasal sorun yaşayan 4 hastanın 3'ünde (%75) alkol madde etkisinde, 1'inde (%25) alkol madde etkisinden bağımsız olarak suç işlendiği, %11'inin (n=4) gözaltına alındığı, %3'ünün (n=1) cezaevi yaşantısı olduğu; alkol-madde kullanmayan BAB grubunda ise, hastaların %3'ünde (n=2) yasal sorun olduğu, yasal sorun yaşayan 2 hastanın da alkol-madde etkisinden bağımsız olarak suç işlediği, hastalarda gözaltına alınma ve cezaevi yaşantısı olmadığı saptandı. Her iki grup arasında sadece gözaltına alınma öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Her iki grup arasında ailelerinde yasal sorun öyküsü açısından da anlamlı fark saptanmadı. Solomon ve Draine (181) yaptıkları çalışmada BAB'da yaşamboyu suç işlemeyi etkileyen en önemli etmenin, geçirilmiş manik epizod sayısı ve hastaneye yatış sıklığı olduğu belirtmiştir. Suç işlemiş BAB'u olan olgular içinde eş tanı olarak en sık madde kullanım bozukluğu saptanmış olup, suç işlememiş olgulardan anlamlı derecede farklılık saptanmıştır (182). Gökbulut ve arkadaşları (105) çalışmasında yasal sorun, intihar girişimi, başkasına zarar verme davranışı açısından alkol-madde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında anlamlı bir fark saptamamıştır.

Çalışmamızda alkol-madde kullanan BAB grubunda, 7 hastada intihar girişimi (%20), 5 hastada (%14) kendine zarar verici davranış, 1 hastada (%3) ise başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü, alkol-madde kullanmayan BAB grubunda ise 14 hastada intihar girişimi (%22), 2 hastada (%3) kendine zarar verici davranış öyküsü olduğu, ancak hiçbir hastada başkasına zarar verici davranışta bulunma öyküsü olmadığı saptandı. İki grup arasında sadece kendine zarar verici davranışta bulunma öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edildi. Literatüre baktığımızda Feinman ve Dunner'in (93) yaptıkları çalışmada, BAB gelişiminden sonra alkol-madde kullanan hastalarda kullanmayanlara göre daha sık intihar girişimi olduğunu bildirmektedirler. Çalışmamızda gruplar arasında intihar girişimi açısından fark saptanmamış olmasının, Hamilton depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı fark olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Brady ve arkadaşlarının (183) yaptıkları çalışmada alkol-madde kullanan BAB hastalarında kullanmayanlara oranla şiddet davranışına daha sık rastlandığı, bunun da olasılıkla serotonerjik ve gabaerjik sistemdeki anormalliklere bağlı olduğunu bildirmektedir. Scott ve arkadaşları (184), BAB ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda alkol-madde kullanımının saldırganlık ve şiddet davranışını ön plana çıkardığını ileri sürmüşlerdir.

Birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde; alkol-madde kullanan BAB grubunun %66'sının (n=23) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %5'inde (n=2) şizofreni, %29'unda (n=10) ise duygudurum bozukluğu bulunduğu, alkol-madde kullanmayan BAB grubunun ise %51'inin (n=33) akrabasında ruhsal hastalık olmadığı, %6'sında (n=4) şizofreni, %32'sinde (n=21), duygudurum bozukluğu, %5'inde anksiyete bozukluğu (n=3), %6'sında (n=4) diğer başlığı altında incelenen ruhsal hastalık olduğu ve her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptandı. BAB ve eşlik eden alkol kullanımı için genetik yatkınlık ilişkileri aile öyküsü verilerinden elde edilebilir. Araştırmalar, alkol kullanan BAB tanılı hastalarda, alkol kullanımı olmayanlara göre daha yüksek ailesel alkol kullanım öyküsü olduğunu ortaya koymaktadır. Hensel ve arkadaşları (185), alkol probleminin eşlik ettiği BAB tanısı olan erkek hastaların yakınları arasında, morbid alkolizm riskinin alkol problemi olmayanların yakınlarına göre 4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. Warner ve arkadaşları (186), orta – şiddetli

derecede madde kullanımı olan hastaların yakınlarının %60' ında madde kullanım öyküsü olduğunu, madde kullanmayanların yakınları arasında bu oranın %30.8 olduğunu saptamışlardır. Regier ve arkadaşları (49) ise BAB hastalarının ailelerinde BAB oranlarında yükselme saptarken, alkol-madde kullanım oranlarında yükselme olmadığını belirtmişlerdir. Winokur ve arkadaşları (94) çalışmalarında, BAB hastalarının aile üyelerinde, BAB ve alkol-madde kullanım bozukluk oranları yüksek olmakla birlikte, BAB oranı, alkol-madde kullanım bozukluğu oranına göre daha yüksek bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki alkol-madde kullanan ve kullanmayan iki grupta da yaklaşık 1/3 oranında ailede BAB öyküsü saptanmıştır. Bu BAB'daki aile yükü ile ilgili bilgilerimizle tutarlı bir sonuçtur. Çalışmamızdaki hastaların ailelerinde alkol-madde kullanım bozukluğu oranı yüksek değildi. Nedeni ise alkol-madde kullanan hasta sayısının az olması, aile ile yüzyüze görüşme yapılmamış olup, aile öyküsünün hastalara sorulması olabilir. Bağımlılık olmadan alkol kullanımı yaygındır ve bu yönde sorgulama yapılmamıştır.

Genel olarak BAB grubuna baktığımızda, yaşam boyu nikotin kullanımı %60 (n=60), şimdi nikotin kullanım oranı %51 (n=51), alkol-madde kullanan BAB grubunda yaşam boyu nikotin kullanım oranı %86 (n=30), şimdi nikotin kullanım oranı %74 iken; alkol-madde kullanmayan BAB grubunda yaşam boyu nikotin kullanım oranı %46 (n=30), şimdi nikotin kullanım oranı %39 (n=25) olarak saptandı. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan BAB grupları arasında yaşam boyu ve şimdi nikotin kullanımı açısından anlamlı fark saptandı. Nikotin kullanım sıklığı, ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerde artmış olup, yaşam süresini kısaltan bir komplikasyondur. Nikotin kullanım sıklığı son 40 yılda genel popülasyonda azalmış olmakla birlikte BAB ve şizofrenide azalmamıştır. Psikiyatrik tanılar arasında sigara içme diğer maddeleri kullanan hastalarda artmıştır. Ancak bu durum madde kullanımından bağımsız olarak da psikiyatrik bozukluğun şiddetiyle alakalı olabilir. Nikotin kullanımı BAB'ta en az şizofrenideki kadar sık görülür. Yapılan bir çalışmada nikotin kullanmış BAB hasta yüzdesi %78 ve çalışma esnasında günlük sigara içmeyi sürdüren hasta yüzdesi %65, şizofreni hastalarında ise bu oranlar sırasıyla %92 ve %83 civarında ve toplum kontrollerinde ise %47 ve %26 olarak saptanmıştır (6). Her iki bozuklukta da nikotin kullanımının bu kadar sık görülmesi, hem BAB hem de şizofreninin nikotin reseptörü alfa-7 alt birimini ortak



paylaşmalarıyla ilişkili olabilir (6). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda çalışmamıza yakın sonuçlar görülmüştür. Üçok ve arkadaşlarının (175) 144 şizofreni ve BAB hastası ile 114 kontrolden oluşan çalışmalarında BAB hastaların %55.1'inin, Yıldız ve arkadaşlarının (187) ayaktan izlenen 304 hasta ile yaptıkları çalışmada BAB hastalarının %70.6'sının, Kuloğlu ve arkadaşlarının (188) 451 psikiyatrik tanılı hasta ve 500 sağlıklı kontrolden oluşan çalışmasında BAB tanılı hastaların %25 'inin nikotin kullandığı saptanmıştır.

Çalışmamızda BAB hastalarının yaşam boyu alkol kullanım oranı %34 (n=34), sosyal içicilerin sayısı 24 (%24), alkol kullanım bozukluğu bulunan hasta sayısı 10 (% 10) olarak saptandı. BAB grubunda madde kullanım bozukluğu bulunan hasta sayısı 7 (%7) idi. 4 (%4) biperiden, 3 (%3) esrar, 1 (%1) kişide amfetamin kullanımı saptandı. A.B.D.'nde yapılan Epidemiyolojik Alan Araştırması sonuçlarına göre toplumda yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranı %13.5, madde kullanımı oranı %6; Amerikan Ulusal Ektanı Taraması çalışmasının sonuçlarına göre alkol kötüye kullanımı %23.5, madde kullanımı %11,9 olarak saptanmıştır (5). BAB toplum kontrollerine kıyasla alkolizm ve madde kullanım riskini hemen hemen 7 kat arttırır (49). Regier ve arkadaşlarının (49) ,1990 yılında yaptıkları çalışmada yaşam boyu madde bağımlılığı yaygınlığının en fazla BAB'ta olduğu saptanmıştır. Bir karşılaştırma yapmak gerekirse, şizofrenide %47, major depresyonda %27.2 ve bipolar II bozuklukta %48.1 oranında bağımlılık ek tanısı bulunmuşken, bipolar I bozuklukta ise %60.7 oranında saptanmıştır. BAB hastalarında yaşam boyu alkol kullanım oranları %6 ile 69, madde kullanım oranları ise %14 ile 60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (5). Cassidy ve arkadaşları (5) 392 hasta ile yürüttükleri çalışmada BAB tanılı hastaların %48.5'inde alkol kullanımı, %43.9'unda madde kullanımı, yaklaşık %60'ında yaşam boyu alkol-madde kullanımı olduğunu; marihuana (%36) ve kokainin de (%24) en sık tercih edilen maddeler olduğunu saptamışlardır. Strakowski ve arkadaşları (106) ise, 50 yeni başlangıçlı BAB tanılı hastada yaptıkları çalışmada %24 oranında alkol, %26 oranında esrar kullanımı olduğunu saptamıştır. Mueser ve arkadaşları (68), hastaneye yeni yatmış 325 psikiyatrik hastayı inceledikleri çalışmada, 73 BAB tanılı hastada alkol-madde kullanım oranını %59 olarak saptamış olup, en sık tercih edilen madde oranlarının %52 alkol, %26 esrar, %8 kokain olduğu belirtmişlerdir. Ülkemizdeki çalışmalara

baktığımızda Özyıldırım ve arkadaşları (179), 111 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada yaşam boyu alkol kullanım bozukluğunu %5.4 olarak saptamıştır. 584 BAB tanılı hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelendiği, Akkaya ve arkadaşlarının (178) çalışmasında hastaların %4.9'unda alkol kullanımı/bağımlılığı, %3.2'sinde madde kullanımı/bağımlılığı saptanmıştır. Kesebir ve arkadaşları (189), 100 BAB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada yaşam boyu en az bir madde kullanım bozukluğu oranını %36 olarak saptamışlardır. Maddelerin kullanım oranlarının dağılımı; alkol % 64 (n=23), metilfenidat % 3 (n=1), esrar % 22 (n=8), sedatif-hipnotik ve anksiyolitik kullanımı % 11 (n=4) şeklinde olup, 35 olguda sigara kullanımı saptanmıştır.

Çalışmamızdaki alkol-madde kullanım bozukluğu oranları bu iki çalışmanın sonuçlarının arasında yer almaktadır. Ülkemizde BAB tanılı hastalarda alkol-madde kullanım yaygınlığının diğer ülkelere göre daha düşük oranda saptanmasının altında; hastalarımızın büyük çoğunluğunun eş-aile desteğine sahip olması, dini-kültürel özellikleri, ülkemizde bildirilen toplum alkol madde kullanım oranlarının diğer ülkelere göre düşük olması ya da az bildirim yer alıyor olabilir(143).

### **5.3.Alkol Madde Kullanan Şizofreni Ve BAB Hastalarının Karşılaştırılması**

Şizofreni ve BAB hastalarını alkol-madde kullanım yaygınlığı açısından karşılaştırdığımızda; şizofreni grubunda yaşam boyu sigara kullanımı %70, şimdi sigara kullanımı %52, BAB grubunda ise sırasıyla %60 ve %51; şizofreni grubunda yaşam boyu alkol kullanımı %32, şimdi alkol kullanımı %18, yaşam boyu AKB %8, şimdi AKB % 2, yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %14, şimdi madde kullanım yaygınlığı %3, BAB grubunda ise, yaşam boyu alkol kullanımı %34, şimdi alkol kullanımı %24, yaşam boyu AKB %10, şimdi AKB %3, yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %7, şimdi madde kullanım yaygınlığı %3 olarak saptandı. Her iki grup, madde kullanım yaygınlıkları açısından oranlar t testi ile analiz edilip, şizofreni ve BAB hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışmamızda alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB tanılı hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından kardeş sayısı dışında ( $z=-1.988$ ,  $p=0.047$ ) anlamlı bir fark saptanmadı. Alkol-madde kullanımına nikotin kullanımını ekleyip analizleri yenilediğimizde, YBNAMK olan şizofreni hastalarının aylık gelir ve

sosyoekonomik düzeylerinin YBNAMK olan BAB grubuna göre daha düşük olduğu saptandı.

Her iki grup arasında hastalık öyküsüne baktığımızda; alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, alkol-madde kullanan BAB göre toplam yatış süresi ( $z=-2.702$ ,  $p=0.007$ ), intihar girişimi varlığı ( $\chi^2=4.026$ ,  $p=0.045$ ) daha fazlaydı. Alkol madde kullanan şizofreni grubu hastalarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olarak şizofreni, alkol-madde kullanan BAB grubu hastalarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olarak duygudurum bozukluğunun ( $\chi^2=14.285$ ,  $p=0.01$ ) daha sık görüldüğü saptandı. Bu sonuçlar iki hastalığın özellikleri göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir sonuçtu.

Çalışmamızda şizofreni ve BAB grupları uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar açısından karşılaştırıldığında, alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, alkol-madde kullanan BAB grubuna göre UKU-YEDÖ psişik alt ölçek puanı ( $z=-1.539$ ,  $p=0.014$ ), KPDÖ puanı ( $z=-4.182$ ,  $p=0.001$ ) daha yüksek, İGD ölçek puanı ( $z=-4.584$ ,  $p=0.001$ ) ve İDÖ puanının ( $z=2.810$ ,  $p=0.005$ ) daha düşük olduğu saptandı.

Regier ve arkadaşlarının (49) psikiyatrik hastalıklarda alkol-madde kullanım yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, şizofreni hastalarının %47'sinde alkol-madde kullanım bozukluğu, %33.7'sinde alkol kullanım bozukluğu ve %27,5'inde ise madde kötüye kullanımı olduğunu; BAB hastalarında ise aynı oranların sırasıyla %56.1, %43.6, %33.6 olduğu saptanmıştır. Mueser ve arkadaşları (44) alkol madde kullanan şizofreni ve BAB tanılı hastaları karşılaştırarak, tanısal ve demografik özelliklerini inceledikleri 263 hastalık çalışmada 85 şizofreni hastasında %45 alkol, %31 stimülan, %22 oranında esrar; 44 BAB hastasında %66 alkol, %34 stimülan, %22 esrar kullanım oranı olduğunu; alkol ve narkotik maddeleri erkeklerin, stimülanları ise daha çok kadınların tercih ettiğini, hiç evlenmemiş olanlarda, evlilere göre madde kullanımının daha yaygın olduğunu, gençlerde stimülan, esrar, halusinojenlerin daha sık tercih edildiğini, alkol ve stimülan kullanımı ile düşük eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Mueser ve arkadaşları (45) BAB grubunda alkol kullanım oranlarını daha yüksek saptamıştır.

D'Mello ve arkadaşları (90), çalışmalarında yer alan 17 şizofreni hastasının %33'ünde alkol, %58'inde madde; 15 BAB hastasının %55'inde alkol, %55'inde

madde kullanımı saptamış olup, alkol-madde kullanan ve kullanmayan hastalar arasında kısa psikiyatrik değerlendirme ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Ancak alkol-madde kullanan hastaların daha yüksek dozda nöroleptik tedaviye ihtiyacı olduğu bildirmişlerdir. Verdoux ve arkadaşları (154) 38 şizofreni, 40 BAB, 14 şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada şizofrenide %23.7, BAB 'da %20 oranında madde kullanımı saptamış olup; madde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında sosyodemografik ve hastalık öyküsü özellikleri açısından anlamlı fark saptamamıştır. Cantwell ve arkadaşları (67), ilk epizod psikoz hastalarında madde kullanım yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında, 51 şizofreni hastasında %23.5, 21 BAB tanılı hastada %11.9 oranında alkol-madde kullanımı olduğunu, en sık esrar ve alkolün tercih edildiğini saptadılar. Mueser ve arkadaşları (68) ise yürüttükleri çalışmada şizofreni hastalarında %52, BAB hastalarında %59 oranında alkol-madde bağımlılığı saptadılar. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda Üçok ve arkadaşları (174) şizofreni ve BAB tanılı hastalarda sigara kullanımını araştırdıkları çalışmada; 66 şizofreni hastasında %57.5, 78 BAB hastasında %55.1 oranında sigara kullanımı olduğunu saptadılar. Remisyon dönemindeki şizofreni hastalarında sigara kullanan ve kullanmayan grup arasında uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir fark saptanmazken, akut psikotik dönemde sigara kullananlarda SAPS, SANS puanlarında yükselme olduğunu bildirdiler. Güleç ve arkadaşları (190), 5524 hastayı kapsayan retrospektif çalışmalarında şizofreni hastalarında %3.2, BAB hastalarında %3.5 oranında madde kullanım bozukluğu olduğunu, alkol ve nikotin dışında en sık tercih edilen maddenin esrar olduğu saptamıştır. Çalışmamızda şizofreni hastalarında, kullanım bozukluğu düzeyinde en sık tercih edilen maddele,r sırasıyla biperiden, alkol, esrar, uçucu madde iken, BAB tanılı hastalarda en sık tercih edilen maddelerin sırasıyla alkol, biperiden, esrar olduğunu saptadık.

Şizofreni ve BAB hastalarında alkol-madde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalardaki yöntem farklılıkları nedeniyle sonuçlarda da farklılıklar gözlenmektedir. Eşanı alan hastalara bazı tedavi merkezlerinde ve hapishane gibi yerlerde daha sık rastlanılmaktadır. Bu nedenle örneklemin seçim yeri madde kullanım oranlarını etkileyebilmektedir. Cinsiyet, yaş ve diğer sosyodemografik özellikler madde kötüye kullanımında önemli olduğu gibi şizofreni ve BAB'da

hastalığın başlangıcı, gidişi, tedaviye uyumu gibi özelliklerinde farklılıklar oluşturduğu için önemlidir. Çalışmalarda madde kullanımının tanımlanmasına ilişkin, bağımlılık, kötüye kullanım, kullanım, sorunlu kullanım ve madde kullanımının şimdi ya da yaşam boyu kullanım şeklinde alınması gibi farklı tanımlamalar kullanıldığı için de çalışmalar arası farklı sonuçlar elde edildiği düşünülmüştür. Çalışmalardaki yöntem farklılıklarından dolayı verileri karşılaştırmada yaşanan zorluklar ve son zamanlarda yapılan çalışmalarda şizofrenide nikotinic reseptör işlevlerinin azalması ile açıklanan şizofreni ve sigara kullanımı arasında biyolojik bağlantıyı nedeni ile çalışmamızda başlangıçta nikotin kullanımı dışarıda bırakılarak alkol madde kullanımı analiz edildi. Çalışmalardaki yöntem zorluklarını göz önünde bulundurarak alkol madde kullananlar içinde alkol madde kullanım bozukluğu olan hastaları alıp, yeniden analiz ettiğimizde de klinik gidiş açısından çok farklı sonuçlar saptamadık. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken mutlaka bazı kısıtlılıkların da göz önünde bulundurulması gerekir. Çalışmanın üçüncü basamak kuruluşunda, düzenli kontrollerin yapıldığı bir takip biriminde yapılmış olması önemli kısıtlılıklardandır. Genelde alkol-madde kullanımı eşlik eden psikiyatrik hastaların düzenli takibi sürdüremediği bilinmektedir. Şizofreni grubundan 15 hastayı Eskişehir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden çalışmaya dahil etmek de başka bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Alkol-madde kullanım yaygınlığı araştırılırken hastalardan herhangi bir kan –idrara numunesine farmakolojik inceleme yapılmamış olup, kişilerin beyanına başvurulmuş olması ve çalışmanın kesitsel olması da kısıtlılıklarımız arasındadır. Bununla birlikte özellikle ülkemizde şizofreni ve BAB tanılı hastalardaki alkol-madde kullanım yaygınlığına yönelik çalışmaların azlığı nedeni ile çalışmamızın konu ile ilgili literatüre katkısı olacağını düşünüyoruz. Bu çalışmada ayrıca alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastaları alkol-madde kullanım yaygınlığı, alkol-madde kullanım bozukluğu yaygınlığı açısından karşılaştırılmıştır. Daha fazla örneklem grupları, ilk atak hasta ve takip çalışmaları ile konunun araştırılması, şizofreni ve BAB hastalarında alkol-madde kullanımının hastalığın kliniği ve gidişine etkilerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

- 1.Şizofreni ve BAB hastalarında alkol-madde kullanımının erkek cinsiyette daha sık görülmekte olduğu ve genç yaş ile ilişkisi olmadığı saptandı.

2. İşsizlik, düşük eğitim seviyesi, kırsalda yaşama oranları açısından alkol-madde kullanan ve alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı, alkol-madde kullanan BAB hastalarında bekar olmanın, alkol-madde kullanmayan BAB hastalarına göre daha yüksek olduğu saptandı.

3. Hastalık başlangıç yaşı, doktora ilk başvuru yaşı, ilk yatarak tedavi gördüğü yaş açısından, alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni ve BAB grupları arasında fark saptanmamış olup, şizofreni hastalarında alkol-madde kullanan grupta toplam yatış süresi, alkol-madde kullanmayan gruba göre daha uzun olduğu, BAB hastalarında alkol-madde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında toplam yatış süresi açısından fark olmadığı, alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının toplam yatış süresinin, alkol-madde kullanan BAB hastalarına göre ise daha uzun olduğu saptandı.

4. Alkol-madde kullanan şizofreni hastalarında, alkol-madde kullanmayan şizofreni hastaları arasında yasal sorun, başkasına zarar verme ve suisid davranışları açısından bir fark saptanmamış olup; BAB hastalarında ise alkol-madde kullanan hastalarda, gözaltına alınma ve kendine zarar verme öyküsünün, alkol-madde kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptandı.

5. Alkol-madde kullanan ve alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarının ailelerinde alkol-madde kullanımı oranları açısından fark saptanmadı.

6. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında, nikotin kullanımı alkol-madde kullanımı olmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre daha yüksek oranda olup, şizofreni ve BAB hastaları alkol-madde kullanan grupların arasında nikotin kullanımı açısından fark olmadığı saptandı .

7. Alkol-madde kullanan şizofreni ve BAB hastalarında, alkol-madde kullanmayan şizofreni ve BAB hastalarına göre, ilaç yan etkisi, yeti yitimi, psikopatoloji düzeyleri daha yüksek, işlevsellikleri daha kötüdür. Alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarında, SAPS, SANS, Calgary Depresyon Ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından fark saptanmamıştır. Alkol-madde kullanan BAB hastalarının, alkol-madde kullanmayan BAB hastalarına göre İGD ölçeğinden daha düşük, FNBT ve YMDÖ'nden daha yüksek puan aldıkları saptandı.

8. Şizofreni ve BAB hastalarında en sık tercih edilen maddeler sırasıyla, nikotin, alkol, biperiden, esrar ve uçucu madde olarak saptandı.

9.Şizofreni ve BAB hastalarında bağımlılık oranları benzer olarak saptanırken, bağımlılık olmaksızın alkol kullanım oranı açısından şizofreni ve BAB hastaları arasında fark saptanmadı.

## **KAYNAKLAR**



1. Uluğ B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E(Eds) Psikiyatri Temel Kitabı. 1.Baskı, Ankara: MedioGraphics Ajans Matbaacılık Hizmetleri, 1997: 299-320
2. Hansen SS, Munk-Jorgensen P, Guldbaek B, Solgad T, Laussuz KS, Albrechtsen N.Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients.Acta Psyciatr Scand 2000; 102:432-438
3. Abou-Saleh MT, Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders.Acta Neuropsychiatrica .2004; 16: 3-8
4. Dilbaz N, Darçın AE. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21:80-90
5. Cassidy F,Ahearn EP,Carroll BJ. Substance Abuse İn The Bipolar Disorder.J.Bipolar Disorder. 2001;3(4):181-188
6. Alan C, Swann MD. Bipolar Disorder and Substance Abuse Two Disorders or One? Journal of Dual Diagnosis, 2005:Vol. 1(3)
7. Kaplan HI, Sadock. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Abay E (Çeviri) klinik psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevleri,2004:75-119
8. Talamo ve ark Comorbid substance-use in schizophrenia:Relation to positive and negative symptoms. Schizophrenia research 2006;86: 251-255
9. Chengappa ve ark. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry bipolar disorders 2000;2:191-195
10. Akvardar Y,Tümüklü M,Alptekin K,Şizofreni ve Madde Kullanımı,Bağımlılık Dergisi;4:118-122
11. Akkaya C, Altın M., Kora K., Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012;22(1)31-41.
12. Öztürk O.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7.Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997;175-419
13. Breier A. Şizofrenide Yeni İlaç Tedavileri. Çeviren Dr. Ömer Aydemir, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998; V-IX.
14. Köroğlu E: Şizofreni, Psikiyatri 1996;7: 239-272.

15. Kaplan ve Sadock's comprehensive textbook of psychiatry . Eight Edition, 1998;375-456
16. Güleç C, Köroğlu E.Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1, Ankara1997; 265-353.
17. Erkoç Ş, Oral T. Şizofreni, İstanbul 2001;4: 186-199
18. Arkonaç O. Psikotik bozukluklar ve tedavileri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1996; 36-148
19. Ceylan M.E. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, 1. Cilt, 2.Baskı, 2001; 1-40.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-4), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 215-363
21. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.1.Baskı, Ankara, Görsel sanatlar yayınevi. 2003;467-483,
22. Akdeniz F. Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1997 : 1-5.
23. Kırılı S. Psikiyatri ve Yaratıcılık. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, 1999;165-171
24. Işık E ,Taner E,Işık U.Güncel Klinik Psikiyatri Golden Print Matbaası 2. Baskı 2008,155-173
25. Köroğlu E. Psikozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayınlar BirliğiYayıncılık, Ankara 2004
26. Maj M. Akiskal HS. Lopez- Ibor JJ. Sartorius N. İki uçlu bozukluk. Türkçe basım, ed: Oral T.CSA Medikal yayın ajansı 2002
27. Öztürk MO: Alkolizm. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 6. Baskı, Ankara 1995; 391-411
28. Ceylan ME, Türkcan A: Alkol ve madde kullanım bozuklukları. 2.Cilt, 1. Kitap, 2003;1- 64.
29. Coşkunol H: Alkol Kullanım Bozuklukları. Çelikkol A,(Eds). Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir 1996
30. Karadağ F, Ora T, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 13(2):107-114
31. Akvardar Y.Türkcan A, Yazman Ü. Prevalence of alcohol use in Istanbul. Psychol rep. 92:1081-1088,2003

32. Gül S , Akvardar Y, Taş G, Tuncel P. Alkol Kullanım Bozukluklarında Tarama Testleri ve Laboratuvar Belirteçlerinin Tanısal Etkinliği Turk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(1):3-12
33. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Duran Çakmak, Cüneyt Evren, İstanbul 2006
34. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression . Int Clin Psychopharmacol. 1993 Sep;8 Suppl 1:21-5.
35. Şakire Erek Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi Ve Affektif Temperament Özelliklerin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi 2006
36. Andrews G, Slade T, Issakidis C. British J. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being Psychiatr 2002; 81: 306 – 14
37. Tabo A. Obsesif kompulsif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbiditesi. Uzmanlık Tezi; Bakırköy, 1997
38. Angold A, Costello EJ. Co-morbidity. Journal of Child Psychology and Psychiatry şizofreni ve madde kullanım bozukluğu 1999;40:57-87
39. Degenhardt L, Hall W. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians:Acomparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxietydisorders, and psychosis. Addiction. 2001; 96:1603-1614.
40. Hwang MY, Bermanzohn PC. Şizofreni ve Eştanlılı Durumlar, Tanı ve Tedavi. Çeviri editörü Üçok A, 2002:1-30,
41. Bermanzohn PC, Port L, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: aclinical study of co-occurring syndromes. Schizophr Bull. 2000; 26:519-527.138
42. David J. Kavanagh , Mark Trembath, Natalie Shockley, Jennifer Connolly , Angela White, Alex Isailovic, Ross McD Young , John B. Saunders, Gerard J. Byrne, Jason Conno The DrugCheck Problem List: A new screen for substance use disorders in people with psychosis. Addictive Behaviors 369, 927-932.

43. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US: Results of the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19
44. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadam K. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*. 1990; 16: 31-56
45. Dixon L, Haas GH, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 224-230.
46. Myung A, Lee H, Meltzer HY. Substance Abuse and Mental Health, substance abuse in schizophrenia, 77-101
47. Ziedonis DM, Fisher W. Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Annals*. 1994; 24:477-483
48. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 752-757
49. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA*, 1990; 264:2511-2518
50. Freed EX. Alcoholism and schizophrenia: the search for perspectives. *Journal of Studies on Alcohol*. 1975; 36: 853-881
51. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001; 179:509-513.
52. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*. 2001
53. Cuffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dis*. 1992; 180:589-592.
54. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ (1992) Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol*, 60:845-856.
55. Barry KL, Flaming MF, Greenly JR. Characteristics of Persons with severe mental illness and substance abuse in rural areas. *Psychiatr Serv* 1996, 47:88-90

56. Cuffel BJ, Heithoff KA, Lawson W. Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. *Hosp Community psychiatry* 1993;44:247-251
57. Tsuang MT, Turner WM. Substance abuse and the course of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1996; 39:551-552
58. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*. 1998; 23: 717-734.
59. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 1999; 174: 150-153
60. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*. 1984; 41: 959-967
61. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;85: 48-55.
62. Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr. Bull*. 1989; 15: 465-476
63. Schneier FR.& Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1987; 175,641-652. 114
64. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr. Bull*. 1990; 16: 331-344
65. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1988;145: 684-689.-
66. De Quardo JR, Carpenter CF, Tandon R, 1994. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. *J. Psychiat. Res*. 1994; 28 (3): 267-275
67. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. severely Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 1999; 174: 150-153

68. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull* 2000; 26: 179-192
69. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatr.* 1992;149:1189-1194
70. Patkar AA, Alexander RC, Lundy A, et al. Changing patterns of illicit substance use among schizophrenic patients. *Am J Addict.* 1999;8(1):65-71
71. Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration and a propose model. *Clin Psychol Rev*,20:207-213
72. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research.* 2004; 67:157-166
73. Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In: Fertig, J.B. Allen, J.P. (Eds.). *Alcohol and Tobacco: from Basic Science to Clinical Practice.* NIAAA Research Monograph No.30. National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1995
74. True W, Xian H, Scherrer JF, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1999; 56: 655-661
75. Şizofreni ve Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme Evren C, Evren B. *Türk Psikiyatri dergisi* 2003;14(3):213-224
76. Bağımlılık Ve Komorbidite , Duran çakmak, Ömer Saatçioğlu, 2005, İstanbul sayfa 11-24
77. MD; Nina Ebner, MD; Gabriele Sachs, MD; Kenneth Thau, MD; Gabriele Fischer, MD Substance abuse in patients with schizophrenia Bernadette Winklbaur, *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 8 . No. 1 . 2006*
78. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik 1. cilt IV. Baskı,2009,1371-1383, ince kara yayın

79. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J. Prevalance and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first admission psychotic patients. *Psychol Med*,28:1411-1419,1998
80. Robert E, Drake, Fred C, Osher, Douglas Diagnosis of Alcohol Use. Disorders in *Schizophrenia* , *Schizophrenia Bulletin* vol 16, no 1, 1990
81. Cuffel BJ, Chase P. Remission and relapse of substance use disorder in schizophrenia : Results from a one year prospective study. *J Nerv Ment Dis*, 182:342-348,1994
82. Üneri ve ark Şizofreni ve sigara içimi: biyolojik bağlantı nerede? *Türk psikiyatri dergisi* 2006; 17 (1):55-64
83. Wobrock ve ark comorbid substance abuse and neurocognitive function in recet onset schizophrenia, *eur arch psychiatry clin neurosci* 2007;257: 203-210)
84. Addington J, Duchack V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta psychiatr Scand*, 96:329-333,1997
85. Şizofreni ve eşanlı durumlar tanı ve tedavi , Hwang MY, Bermanzohn PC.yelkovan yayıncılık 2002;187-223
86. Blanchard JJ., Brown SA., Horan WP. Substance use disorders İn schizophrenia:review, integration and a propose model. *Clin Psychol Rev*,20:207-213
87. Winokur G, Coryel W, Endicott j, Keller M, Akiskal H, Solomon D. Familial alcoholism in manic-depressive (bipolar) disease. *Am.J.Genet.Neuropsychiatr. Genet.* 1996; 67: 197-201.
88. Chengappa ve ark Lifetime Prevalence of Substance or alcohol abuse and dependence among subjrcs bipolar I and II disorders in a voluntary registry bipolar disorders 2000: 2: 191-195
89. Mc Elroy SL, Strakowski SM, Keck Jr. PE, West SA. The effects of antecedent substance abuse on the development of first epizod psychotic mania. *J.Psychiat. Res.* 1996; 30: 59-67.
90. D'Mello DA, Boltz MK, Msibi B. Relationship between concurrent substance abuse in psychiatric patient and neuroleptic dosage.*Am.J Drug Alcohol Abuse.* (1995) , 21:257-265.

91. Goldberg JF, Garni JL, Leon AC. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:733-740
92. Sonne SC, Brady KT, Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994;182: 349-352,
93. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 37:43-49, 1996
94. Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, Masser JD, Keller MB, Endicott J. Alcoholism in manic –depressive (bipolar) illness: familial illness , course of illness, and the primary- secondary distinction. *Am J Psychiatry* 1995;152:365-372
95. Antony JC, Helzer JE. Syndromes of drug abuse and dependence. In : *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Robins LN, Regier DA, p 116-154. New York: Free Press, 1991
96. Tohen M, Zarate CA, Jr Zarate SB, Gebre- Medhin P, Pike S. The MvLean/Harvard First Episode Mania Project: pharmacologic treatment and outcome. *Psychiatry Ann* 1996; 26 (7 suppl) : 5444-5448,
97. Keller MB, Lavori PW. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *JAMA* 1986;255:3138-3142,
98. Kılıç C. 81998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili. eksen Tanıtım ltd., Ankara, sayfa 77-93
99. Stephen M., Strakowski, Susan L. The effects of antecedent substance abuse on the development of first episode psychotic mania. *J Psychiatr. Res.* 1996;30: 59-68
100. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155:646-652
101. Hensel B, Dunner DL, Fieve R. The relationship of family history of alcoholism to primary affective disorder. *J Affect Disord* 1979;1:105-113
102. Khantzian EJ. The self medication hypothesis of substance use disorder: A Reconsideration and recent applications. *Harvard review of Psychiatry*. 1997; 4: 231-24



103. Bağımlılık Ve Komorbidite , Duran Çakmak, Ömer Saatçioğlu, 2005, İstanbul sayfa 25-45
104. Goodwin FK, Jamison KR. Alcohol and drug abuse in manic-depressive illness. Oxford, chapter. 1990 ;9: 210-226
105. Gökbulut O. Bipolar Hastalıkta Alkol- Madde Kullanımı ve Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Saptanması, Uzmanlık Tezi, 2008
106. Strakowski ve ark. Course of psychiatric and substance abuse syndromes co occurring with bipolar disorder after a first hospitalization. J clin psychiatry; 59;465-471
107. Lin CC ve ark. Substance use disorders among inpatients with bipolar disorder and major depressive disorder in general hospital. General Hospital Psychiatry, 1998;20:98-101
108. Brown SE, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. (2001) Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis. J. of Affec. Dis. , 65: 105-115.
109. Brady K., Casto S., Lydiard R., Malcom R. Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. J Drug Alcohol Abuse 17: 389-397, 1991)
110. Marken PA, Stainislaw SW, Lacombe S, Pierse C, Horstra R, Sommi RW. Profile of a sample of subjects admitted to an acute care psychiatric facilities with manic symptoms. Psychopharmacol. Bull. 1992; 28: 201- 205
111. Miller FT, Bush F, Tanenbaum JH, Drug Abuse in schizophrenia and bipolar disorder. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1989;15: 291-295
112. Keller MB Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. J Clin Psychiatry, .2006; 67:5-7.
113. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hypertymic and depressive temperament as subaffective variant of mood disorders. In : A. Tasman (ed) Psychiatry update: American Psychiatric Press. Washington DC. Pp. 1998; 271-291
114. Reich LH, Davies RK, Himmelhoch JM. Excessive alcohol use in manic-depressive illness. Am. J. Psychiatry 1974;131:83-86
115. Morrison JR. Bipolar affective disorder and alcoholism. Am J. Psychiatry 1974;131:1130-1133
116. Carlos A, Mauricio F Substance Abuse and Mental Health Chapter 4: Bipolar Disorder And Comorbid Substance use Disorders. 2001 59-75

117. Miller NS, Guttman BA. The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders. *Psychiatric Clin North Am*; 1993;16:1-10.
118. Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M. DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, 1999, Ankara
119. Overall J, Gorham D: the brief psychiatric rating scale. *Psychol Reports* 1962;10:799-812
120. Soykan C(1989) Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara
121. Stewart AL, Hays RD. Themos short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 1988 ;26:724-735
122. Kaplan İ. Yankırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk psikiyatri dergisi*,6:169-179,1995
123. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P The UKU Side Effect Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76 (suppl 334) 1-96
124. Soyka M. Relapse prevention in alcoholism: recent advances and future possibilities. *CNS Drugs*. 1997;7:313-327-
125. Saatçıoğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2002 ;4(2-3):107-113)
126. Fagerström KO, Heatherton TF. The fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Adicct* 1991;1:86
127. Aksakal A, Khorshid L. Adana tek el sigara fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık dergisi*. 2006;7:57-
128. David AS Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990, 156 798-808.
129. Arslan S, Günay Kõlõç B, Karakõlõç H ve ark. İğgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye.de Psikiyatri* 2001, 3:17-24.)
130. Anderasen NC. The Scala for the Assesment of Positive Symptoms (SAPS) Iowa city, university of iowa, 1984 TF, Fagerström KO, Heatherton TF. The fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Adicct* 1991;1:86-

131. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991;4:16-24.
132. Anderasen NC. The Scala for the Assesment of Negative Symptoms (SANS) Iowa city, university of Iowa, 1983
133. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin (SANS) güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen adam*, 4:14-19,1991
134. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 6(3):201-8.
135. Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar ŞA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37:210-3
136. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1978;45:742-771
137. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259
138. Dr. Figen Karadağ, Dr. E. Timuçin Oral, Dr. Füsün Aran Yalçın, Dr. Evrim Erten Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2):107-114
139. Overall J, Gorham D: the brief psychiatric rating scale. *Psychol Reports* 1962;10:799-812.
140. Altınay CU. Şizofren hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu komorbiditesi ve komorbiditenin hastalık gidişine etkileri . uzmanlık tezi (2005)
141. Aich TK, SinhaVK, Khess CRJ, Singh S. Demographic and Clinical Correlates of Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 2004, 46(2)135-139
142. Westermeyer JJ, Schneekloth TD. Course of substance abuse in patients with and without schizophrenia. *The American Journal on Addictions*. 1999;8:55-64).
143. Akvardar Y, Tumuklu M, Akdede BB. Substance use among patients with schizophrenia in a university hospital. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004;14:191-197

144. Swartz M., Miller D., Ryan H., Wagner F. Substance Use and Psychosocial Functioning in Schizophrenia Among New Enrollees in the NIMH CATIE Study. *Psychiatric Services* 57:1110–1116, 2006)
145. Soyka M. Alcoholism and schizophrenia. *Addiction*. 2000; 95 (11): 1613-1618
146. Swapna K.Verma · Mythily Subramaniam · Siow-Ann Chong · E. H.Kua Substance abuse in schizophrenia A Singapore perspective *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2002) 37: 326–328
147. Karşıdağ Ç.Alpay N,Kocabıyık A.Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 13 -20
148. Sevy S, Robinson DG, Holloway S ve ark. Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2001;104:367-374.
149. Verdoux H, Mury M, Besançon G, Bourgeois M. Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders, *Encephale*. 1996;22(2):95-101
150. Green A, Tohen M , Strakowski. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol *Schizophrenia Research* 2004;66(2) : 125-135
151. Brady K. Anton R. Ballenger J., Cocaine abuse among schizophrenic patients *Am j Psychiatry* 147:9, september 1990
152. Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olié JP, Léo H, Krebs MO .[Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates] *Encephale*. 2003 Jan-Feb;29(1):11-7
153. Soyka M., Albus M., Kathmann N. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry clin Neurosci*. 1993, 242:362-372
154. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B ve ark. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 1999 100:389-395.
155. Rosau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry* 1997;171:355-359.

156. Smith J, Hucker S Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry*, 1994; 165:13-21.
157. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J ve ark. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55:393-401
158. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (suppl.3):26-30
159. Kendler KS, Gardner CO The risk for psychiatric disorders in relatives of schizophrenic and control probands: a comparison of three independent studies. *Psychol Med*, 1997;27:411-419.
160. Kaplan HI, Sadock BJ. Schizophrenia. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, eight ed., chap. 13, Giza, Mass Publishing, 1998;456-491
161. Soyka M, Albus M, Immler B Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics-are there differences? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2001;251:232-238
162. Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J .Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.*1994; 182:109-112
163. Wilkins JN Pharmacotherapy of schizophrenia patients with comorbid substance abuse. *Schizophr Bull.* 1997; 23:215-228
164. Chouljian TL, Shumway M, Balancio E . Substance use among schizophrenic outpatients: prevalence, course, and relation to functional status. *Ann Clin Psychiatry.*1995; 7:19-24.
165. Seibyl JP, Satel SL, Anthony D ve ark. Effects of cocaine on hospital course in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.*1993;181:31-37.
166. Oxidative Mechanisms and Tardive Dyskinesia .Lohr B, Kuczenski R. Niculescu A.*CNS Drugs* 2003; 17 (1): 47-62
167. Cardoso F, Jankovic J. Movement disorders. Neurologic complications of drug and alcohol abuse.*Neurol Clin.* 1993; 11: 625-638
168. Bailey L, Maxwell S, Brandabur MM. Substance abuse as a risk factor for tardive dyskinesia: a retrospective analysis of 1,027 patients *Psychopharmacol Bull* 1997;33(1):177- 181

169. Zaretsky A., Rector N., Seeman M. Current cannabis use and tardive dyskinesia, *Schizophrenia Research*,1993;11:3-8 .
170. Soni D.BBrownlee M., Alcohol abuse in chronic schizophrenics: implications for management in the community, *Acta psychiatrica Scandinavica*1991;84:272-276,
171. Lohr , Goff . Lohr JB, Flynny K . Smoking and schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1992;8:93-102.
- 172.Dixon L, Wohlheiter K, Thompson D. *Comprehensive Care of Schizophrenia, A Textbook of Clinical Management*. Lieberman JA, Murray RM (eds).Dunitz 2001 ; 281-292
173. Uzun Ö, Cansever A, Basoğlu C, Özşahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: A 2-year followup study in Turkey. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70: 187-192
174. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H, Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 58, 434–437
175. Belli H., Özçetin A., Ertem Ü. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:102-112.
176. Margolese HC., Malchy L., Negrete JC. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia research* 2004;67: 157-166.
177. Alptekin K, Mete L, Yazıcı K, et al. Comorbid substance abuse and smoking in Turkish patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 53 (Suppl.): 224.)
- 178.Akkaya C., Altın M., Kora K., Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2012;22(1)31-41).
- 179.Özyıldırım İ, Yargıç İ ,Berkol T, Bir Duygudurum Bozuklukları Biriminde İzlenen Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Kullanım Bozukluğunun Sıklığı.*nöropsikiyatri arşivi*, 2009:46,4.
180. Lagerberg TV, Andreassen OA, Ringen PA. Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study

181. Solomon P, Draine J: Explaining lifetime criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service; Journal of American Academy of Psychiatry and the Law 1999;239-251
182. Modestin J, Hug A, Ammann R: Criminal behavior in males with affective disorders; Journal of Affective Disorders , 1997;42:29-38.
183. Brady KT., Myrick H., McElroy S. The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. Am J Addict 1998;7(3):221-230
184. Scott H., Johnson S., Menezes P. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. Br. J Psychiatry 1998;172:345-350
185. Hensel B., Dunner DL., Fieve RR. The relationship of family history of alcoholism to primary affective disorder. J Affect Disord 1979;1:10113
186. Warner R., Taylor D., Wright J., Sloat A. Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use and effects on illness. Am J Orthopsychiatry 1994; 64:30-39
187. Yıldız M., Özcan ME. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı Bağımlılık Dergisi, 2000; 1(2): 86-88
188. Kuloğlu M., Atmaca M., Polat A. Psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. Kriz dergisi 2001;9(1):33-38
189. Kesebir S. Şimşek Y. Kalyoncu A. iki uçlu bozukluk ve madde kullanım bozukluğu: siklotimik mizaç yatkınlık belirleyici midir? Bağımlılık Dergisi 2007; 8: 127-132
190. Güleç MY. Elbay RY. Meteris H. Yatan psikiyatri hastalarında madde kullanımı ve hastalıklara göre dağılımı: Retrospektif bir çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 231:166-173

