

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI

ALKOL KULLANIMI İLE KAYGI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK KURAMSAL BİR
ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ebru SANCAKLI

Danışmanı
Prof. Dr. M. Özkan PEKTAŞ

İstanbul – 2015

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Ebru SAUÇAKLI..... tarafından hazırlanan
“Alkol Kullanımı ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiye
Yönelik Kuramsal Bir Çalışma.....”

adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 02./07./2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Prof. Dr. M. Bekir PEKTAŞ.....

Danışman: Halic.....Üniv. Psikoloji...ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Muhammed MEHTAR.....

Bilim.....Üniv. Çocuk ve ASD/ ABD Öğr. Üyesi
Ergen Psikiyatrisi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Z. Banu SAYINER.....

Halic.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....
.....
.....
.....

ÖNSÖZ

“Alkol Kullanımı ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Kuramsal Bir Çalışma” isimli araştırma Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda tez olarak hazırlanmıştır.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerinden faydalandığım tüm hocalarıma, arkadaşlarıma, tez dönemi boyunca yardımlarını esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda Bıkmaz’a,

Hayatım boyunca her anımda ilgisini, sevgisini esirgemeyen desteklerini hiç üzerimden çekmeyen aileme teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Kocaeli-2015

Ebru SANCAKLI

İÇİNDEKİLER

S

Sayfa No.

KISALTMALAR LİSTESİ	III
TABLOLAR LİSTESİ	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
GİRİŞ VE AMAÇ	IX
1. GENEL BİLGİLER	1
1.1. Alkol Kullanımının Tarihçesi	1
1.2. Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri	2
1.3. Alkol Kullanım Bozukluğunun Tanımı	7
1.3.1. Alkol Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı	10
1.3.2. Alkol Kullanım Bozukluğunun Komorbiditesi	13
1.4. Anksiyete Bozukluklarının Tanımı	14
1.4.1. Toplumsal Kaygı Bozukluğu	16
1.4.1.1. Toplumsal Kaygı Bozukluğunun Yaygınlığı	18
1.4.1.2. Toplumsal Kaygı Bozukluğunun Komorbiditesi	19
1.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı	22
1.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı	25
1.4.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Komorbiditesi	26
2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU	28
2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Anksiyetenin Komorbiditesi	28
2.1.1. Dünyadaki Oranlar	29
2.1.2. Türkiye'deki Oranlar	29
2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Anksiyete Komorbiditesinin Oluşumu	30
2.2.1. Genel Faktör Modeli	30
2.2.2. Self Medikasyon Modeli	31
2.2.3. Madde ile Azaltılan Anksiyete Modeli	32
2.2.4. Ortak Geçim Modeli	32
2.3. Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozukluğunun Cinsiyetlere Göre Dağılımı	33

2.4.Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozukluğu Komorbiditesinin Nedenleri.....	37
2.4.1.Psikolojik Nedenler	37
2.4.2.Biyolojik Nedenler.....	42
TARTIŞMA.....	47
KAYNAKLAR.....	50
ÖZGEÇMİŞ.....	72

KISALTMALAR

AA	: Adsız Alkolikler
COMT	: Katekol-O-Metiltransferaz
CRF	: kortikotropin salgılayıcı faktör
DIS-III-R	: Tanısal Görüşme Ölçeği-III,
dl	: Desilitre
DSM-V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Revizyon (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Revision)
ECA	: Epidemiological Catchment Area Survey
FB	: Fobik Bozukluk
GABA	: Gamma-Aminobutyric Acid
gr	: Gram
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması, Onuncu Revizyon (International Classification of Diseases, Tenth Revision)
kg	: Kilogram
l	: Litre
LSAS	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
M.Ö.	: Milattan Önce
mg	: Miligram
NCS	: National Comorbidity Survey
NESARC	: National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions
NSMH & WB	: National Survey Health & Well Being
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖF	: Özgün Fobi
ör.	: Örneğin
PB	: Panik Bozukluk
REM	: Rapid Eye Movement
RO	: Risk Oranları
SCID-I	: DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği,
TAB	: Toplumsal Anksiyete Bozukluğu
TBAB	: Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜBİTAK	: Türkiye Bilim ve Teknik Araştırma Kurumu
UBTG 2.1	: Uluslararası birleşik tanı görüşmesi 2.1 versiyonu
vb.	: ve benzeri
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YAB	: Yaygınlaşmış Anksiyete Bozukluğu
ZK	: Zarardan kaçınma

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1.1 : TUIK'in 2012 yılına göre alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı.....	10
Tablo 1.2. Tüketiciler Birliği'nin 2003-2008 yılları arasındaki alkol tüketim miktarı (litre bazında).....	11
Tablo 1.3 : Beşirli'nin (2008) sosyolojik analizi sonucunda ortaya çıkan cinsiyet ve alkol kullanma dağılım yüzdeleri	12
Tablo 1.4 : Beşirli'nin (2008) sosyolojik analizi sonucu ilk defa alkol kullanımının cinsiyetler üzerindeki dağılım yüzdeleri	12
Tablo 1.5 : Son yıllarda ülkemizde yapılan anksiyete bozuklukları üzerine epidemiyolojik araştırmaların özet tablosu (UBTG 2.1: Uluslararası birleşik tanı görüşmesi 2.1 versiyonu, OKB: Obsesif ve kompulsif bozukluk, LSAS: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği, TAB: Toplumsal Kaygı Bozukluğu, SCID-I: DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği, PB: Panik Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, YAB: Yaygınlaşmış Anksiyete Bozukluğu, ÖF: Özgün Fobi, DIS-III-R: Tanısal Görüşme Ölçeği-III, FB: Fobik Bozukluk, TBAB: Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu).....	21
Tablo 1.6 : Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alkol kullanım bozukluğu ile anksiyete bozukluklarının komorbidite oranları (ECA: Epidemiological Catchment Area Survey; NCS: National Comorbidity Survey; NSMH & WB: National Survey Health & Well Being; NESARC: National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions)	28
Tablo 1.7 : Toplumsal kaygı bozukluğu ile birliktelik gösteren psikiyatrik hastalıkların oranı (Turan 2000).....	30

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1.1 : Toplumsal kaygı bozukluğu olan ve olmayan kadın ve erkeklerde yaşam boyu alkol kötüye kullanım prevalansı (Xu ve ark., 2012).....	38
Şekil 1.2 : Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerde travma sonrası stres bozukluğunun görülme sıklığını (üst grafik) ve risk faktörü oranını (alt grafik) inceleyen çalışmaların sonuçlarının özet tablosu.	40
Şekil 1.3 : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış kişilerde alkol kullanma bozukluğunun görülme sıklığını (üst grafik) ve risk faktörü oranını (alt grafik) inceleyen çalışmaların sonuçlarının özet tablosu. (AMB = Alkol ve Madde Bağımlılığı, PDS = Travma Sonrası Stres Ölçeği, TSSB = Travma Sonrası Stres Bozukluğu).....	41

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Ebru Sancaklı
Anabilim Dalı : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Prof. Dr. M. Özkan PEKTAŞ
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans -2015

ALKOL KULLANIMI İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK KURAMSAL BİR ÇALIŞMA

ÖZET

Günümüzdeki halk sağlığını tehdit eden en önemli unsurlardan biri alkol bağımlılığıdır. Alkol kullanımının giderek yaygınlaşması alkolün yanlış kullanımını da beraberinde getirmiştir. Yapılan araştırmalarda ise alkol bağımlılığına neden olabilecek en önemli sorunlardan birinin anksiyete bozuklukları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte alkol bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları arasında var olan ilişkinin çift yönlü olması alkol bağımlılığının mı anksiyete bozukluklarına neden olduğunu, anksiyete bozukluklarının mı alkol bağımlılığına neden olduğunun anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte alkol bağımlılığının toplumda giderek artan bir risk haline gelmesi bu çalışmaları üzerine yapılan araştırmaların derinleştirilerek ve alkol bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması gerekliliğini doğurmaktadır. Bu bağlamda yapılan çalışmada literatürde var olan ve alkol bağımlılığı-anksiyete bozuklukları ilişkisini inceleyen çalışmalar ile bunların toplumda görülme oranları ve çıkış şekillerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alkol Bağımlılığı, Anksiyete Bozuklukları, Toplum.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Ebru Sancaklı
Field : Social Sciences Institute
Program : Applied Psychology
Supervisor : Prof. Dr. M. Özkan PEKTAŞ
Degree Awarded and Date : Master – 2015

ALCOHOL USE AND ANXETY LEVEL RELATIONSHIP: A THEORETICAL STUDY

ABSTRACT

In recent days, alcohol addiction became one of the major health problems in worldwide and has gained attention. Alcohol addiction comes up with spreading alcohol use. Lots of studies show that anxiety disorders may be one of the major problems under alcohol addiction. On the other hand, bilateral relationship between anxiety disorders and alcohol addiction makes difficult to understand which disorder comes first. Further, increased rates of alcohol addiction in society necessitate these studies to be more detailed. In this regard, relationship between anxiety disorders and alcohol addiction will be analyzed and their prevalence in society will be assessed through literature reviews.

Keywords: Alcohol Addiction, Anxiety Disorder, Society.

GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bozuklukları ve alkol bağımlılığı toplum sağlığını tehdit eden en önemli sorunların başında gelir. Alkol bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları ayrıca en sık bir arada görülen hastalıklar içerisinde de yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde anksiyete bozukluklarının prevalansı istatistiksel olarak oldukça yüksek bir oranda (yaklaşık olarak % 18) bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının içinde de en sık görülenler özgül fobiler (% 8,7), sosyal fobi (% 6,8), travma sonrası stres bozukluğu (% 3,5), genelleştirilmiş kaygı bozukluğu (% 3.1) ve panik bozukluktur (% 2,7). Alkol bağımlılığı ise % 4,4 olarak belirlenmiştir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005). Türkiye'de ise klinik verilere göre popülasyondaki yaşam boyu anksiyete bozuklukları prevalansı ortalama olarak % 8, alkol bağımlılığı prevalansı ise erkeklerde yaklaşık % 8-10, kadınlarda % 1-2 olmak üzere ortalama % 5'tir (Samancı ve diğ., 1995). Herhangi bir anksiyete bozukluğu ile alkol bağımlılığının aynı anda olma olasılığı % 4,2 olarak bulunmuştur. Bu oran istatistiksel olarak oldukça yüksek bir orandır ve bu iki bozukluğun aynı anda görülme olasılığının şans eseri olmadığının bir kanıtı olarak görülmektedir (Smith ve Book, 2008).

Pek çok çalışma anksiyete bozukluğu olan insanlarda alkol bağımlılığı görüldüğünü ortaya koymaktadır. Çalışmalardan elde edilen bulgular çok küçük oranlarda değişiklik göstermekle birlikte oldukça yüksektir. Woodruff ve arkadaşları (1972) anksiyete hastalarında alkol bağımlılığı oranının % 20 olduğunu bildirirken, Thyer ve arkadaşları (1986) bu oranı % 17,3 olarak rapor etmiştir. Bir araştırmada da, alkol bağımlılarının 1/3'nün işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olacak şekilde agorafobi ve sosyal fobi geliştirdiği görülürken, kalan hastaların 1/3'ünde daha az şiddette fobik belirtilere rastlanmıştır (Mulloney ve Trippet, 1979). Ancak alkol bağımlılığının mı anksiyeteyi doğurduğu yoksa anksiyetenin mi alkol bağımlılığına sebep olduğu ayrımı ne yazık ki çok belirgin değildir. Anksiyete bozukluğu olarak ele alınan hastalarda alkol bağımlılığı sıkça bildirilmekle birlikte, alkol bağımlısı olarak teşhis koyulan insanlarda da anksiyetenin yaygın olarak görüldüğü bulunmuştur. Bu durumda araştırmacılar hastanın klinik gözlemlerde birincil olarak aldığı teşhise göre hareket etmektedirler. Ancak, kişide anksiyete bozukluğu sonucu oluşan alkol bağımlılığının hastada daha ciddi boyutlarda işlev bozukluğuna yol açarak birincil hastalık olarak teşhis edilmesi veya tam tersi yönde alkol bağımlılığı

sonucu oluşan anksiyetenin birincil hastalık olarak ön plana çıkması gibi yanlış teşhisler oluşabilmektedir. Bu durum literatürün daha detaylı incelenerek eşzamanlı iki hastalığın gidişatı hakkında belirleyici sonuçlara ulaşılması gerekliliğini doğurmaktadır.

Anksiyete ve alkol bağımlılığının eş zamanlı olarak görülmesiyle ilgili günümüze kadar gelen pek çok hipotez vardır. Bunlardan ilki Conger (1956) tarafından ortaya atılan bu konudaki ilk sistematik hipotezdir ve geniş çapta kabul görmüştür. Conger, “gerginliği azaltma” (tension reduction) hipotezinde alkolün rahatlatıcı ve cesaret verici özelliklerine vurgu yapmıştır. Bu durumda anksiyete bozukluğu birincil hastalık olarak ele alınmakta, alkol kullanımı ise anksiyetenin neden olduğu gerginliği azaltmak amaçlı kullanılmaya başlanmaktadır. Ancak Conger araştırmasını hafif ve orta şiddetteki alkol içicileriyle yapmıştır. Anksiyete bozukluğu olan hastalardaki hafif alkol kullanımının giderek alkol bağımlılığına sebep olacağını söyleyen araştırmacı ise Schuckit ve Hesselbrock’tur (1994). Schuckit ve Hesselbrock (1994) ayrıca agorafobik ve sosyal fobisi olan hastalarda alkol bağımlılığını ikincil hastalık olarak gelişmiş olabileceğini belirtirken, panik bozukluğu ve genelleştirilmiş anksiyete bozukluğunun alkol bağımlılığına ikincil hastalık olarak ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır. Bu sonuca ulaşırken ise epidemiyolojik, aile ve alan çalışmalarından yararlanmışlardır. Bu durumda literatür incelenirken özellikle anksiyete bozukluğunun ve alkol bağımlılığının hem genetik, hem nörolojik, hem de çevresel kaynaklarının bulunmaya çalışılmasının, hangi hastalığın birincil olarak geliştiğine dair aydınlatıcı bilgiler vermesi beklenmektedir.

Anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığının eşzamanlılığına dair yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu erkek hastalardan elde edilen bulgular ortaya koymaktadır. Bu durum kadın ve erkek popülasyonu arasında oldukça farklı sonuçlara neden olmaktadır. Özellikle alkol ve madde kullanımı konusunda erkekler kadınlardan çok daha büyük bir orana sahip olarak görünmektedir. Amerika’daki çalışmalarda kadınlarda yalnızca % 3-5 alkol bağımlılığı görülürken erkeklerde (% 10) bu durum iki katına çıkmaktadır. Diğer yandan, Türkiye’de kadınların alkol kullanma davranışı üzerine yapılan bir çalışmada ise erkekler ile kadınlar arasında geçmişten günümüze alkol kullanmaya başlama yaşı ve prevalansı açısından farkın azaldığı görülmektedir (Altıntoprak ve diğ., 2008). Ancak azalmakla birlikte bu fark halen dikkat çekicidir. Bu durum, genellikle kadınların toplumdaki sosyal rolleri ile

bağdaştırılmaktadır. Alkol kullanımı ile psikolojik rahatsızlıkların bir arada görülme düzeyi de kadınlarda yine oldukça yüksektir. Ayrıca kadınlarda depresyon gibi rahatsızlıklar alkol kullanımını doğuran birincil sebepler olarak görülmektedir (Limosin, 2002). Ancak bunun tam tersi olabileceğini gösteren bulgular da vardır. Nunes ve arkadaşlarının (1988) çalışmalarında 25 alkol bağımlısı kadından 8'inde (% 32) panik bozukluğu, 2'sinde (% 8) depresyon, 7'sinde de (% 28) her iki bozukluğu da gözlemlendiğini rapor etmişlerdir.

Popülasyona bakıldığında alkol bağımlılığı ve psikolojik rahatsızlıklar ve bu hastalıkların komorbiditesine dair yapılan çalışmalar olmakla birlikte bu çalışmaların belirgin sonuçlara varmak konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda kadın ve erkek popülasyonu için oldukça farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Literatürde var olan ve kadın popülasyonuna yönelik çalışmalar, erkek popülasyonu ile kıyaslandığında oldukça az ve genel sonuçlar vermektedir. Bunun nedeni genel olarak kadınların toplumdaki sosyal rollerinden dolayı alkol kullanımını erkeklerden daha az tercih etmeleri şeklinde yorumlanmakla birlikte, kadınların alkol ve alkole bağlı rahatsızlıklarından dolayı kliniklere başvurmak istememesi şeklinde de ele alınabilir. Ayrıca kadınlar genetik ve fizyolojik özellikleri nedeniyle de alkol kullanma davranışında farklılık gösterebilmektedirler (Nyberg ve diğ., 2004). Hem kadın hem de erkek popülasyonu ile ilgili olarak alkol bağımlılığı ve anksiyete bozukluklarının oluşumu ve eşzamanlılığının daha iyi anlaşılabilmesi ve belirgin sonuçların ortaya çıkarılabilmesi adına bu araştırmada literatürün daha detaylı olarak incelenmesi yapılacaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Alkol Kullanımının Tarihçesi

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre bira, şarap gibi sıvıların ya da pancar, patates nişastasının şekere dönüştürülmesi sonucunda ortaya çıkan glikoz çözeltilerinin mayalaşmış özlerinin damıtılmasından elde edilen, kokulu, uçucu, yanıcı, renksiz sıvıya alkol denir. Alkolün kimyasal tanımına bakıldığında ise; karbon atomuna doğrudan bir hidroksil (-OH) grubunun bağlı olduğu organik bileşiklere verilen genel isimdir. Mono alkoller grubuna giren etanol (etil alkol), alkolün alkollü içeceklerde bulunan türüdür. Meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermente olması sonucunda kolayca elde edilebilen etanol sayesinde alkollü içecekler hemen hemen her toplumda bilinmekte ve tüketilmekte olan ürünlerdir (Güleç ve Köroğlu, 1998). Yapılan arkeolojik araştırmalar insanların alkollü içecekleri nasıl ürettiklerine ve neyden yaptıklarına dair bilgiye sahip olduklarını göstermiştir. Yaklaşık 5000 yıl öncesinden Gürcistan'dan ele geçen üzüm çekirdekleri, burada kültüre alınmış üzüm türlerinin varlığını kanıtlamıştır (James ve Thorpe, 1998). Benzer şekilde MÖ 8000'lerde Güneydoğu Anadolu ve dolaylarında yabani arpanın varlığı saptanmış ve yerleşik düzene geçildikten sonra da arpadan mayalı bir içki olarak bira yapımı gerçekleştirilmiştir (Tez, 2012). MÖ 2100 yılı dolayında bir Sümer kil tabletinde yer alan ve konusunda en eski kaynak olarak kabul edilen ilaç listesinde, alkolün tıbbi olarak kullanımı görülmektedir (Kuleli ve Gürel, 1997).

Alkol kullanımı ve üretimi tarih içerisinde sürekli değişmiştir. Babillerde bira sıvı ekme olarak görüldüğü için yalnızca rahatlatıcı olarak değil aynı zamanda beslenmenin en önemli bileşenlerinden biri olarak görülürdü (Tez, 2012). MÖ 1000'lerde Mısır'da rahiplerin dinsel törenlerden önce ve tören sırasında bira içebildikleri söylenmektedir (Tez, 2010). Kavimler Göçü'nden (4. yüzyıl sonları) Ortaçağ'a dek herkes kendi üreteceği birayı kendi hazırlardı. Dokuzuncu yüzyıldan

itibaren manastırlardaki rahipler de bira hazırlamaya başlamıştır. Bunun sonucunda alkolizm din adamları arasında yaygın hale gelmiştir (Yapıcı, 2006).

Alkol kullanımının hastalık olarak tanımlanması ilk olarak Benjamin Rush (1790) tarafından tanımlanmış ve bu hastalık için en iyi tedavi yönteminin alkolden uzak durmak olduğunu belirtmiştir (Yapıcı, 2006). Alkol bağımlılığı ve ayyaşlık terimi on dokuzuncu yüzyıl başlarına kadar aynı anlamda kullanılırken, 1849 yılında halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss alkol bağımlılığını farklı bir hastalık olarak incelemiş ve bu durum için “alkolizm” terimini önermiştir. Ayrıca alkolizmi akut ve kronik alt başlıklarla da tanımlamıştır. Sarhoş olma akut forma girerken, alkolün kronik etkilerini kronik form altında değerlendirmiştir (Coşkunol ve Çelikkol, 1996; Ceylan ve Türkcan, 2003). Ortaya çıkan hastalık tanımlarından sonra yirminci yüzyılda alkolün toplumsal bir kullanım maddesi olup olmadığı araştırılmaya başlanmış ve “sosyal içme” ile “marazi içme” kavramları ortaya atılmıştır (Ziyalar, 1991). Yirminci yüzyılın ilk yarısında alkolizm ile mücadele için ciddi çalışmalar başlamıştır. 1930’lu yıllarda bizzat alkoliklerin kendi durumlarını beğenmemeleri sonucunda Adsız Alkolikler (AA) teşkilatı kurulmuştur. Benzer yıllarda Birleşik Devletlerde alkol problemlerini araştırmak ve tedbirler almak için “Research Council on the Problems of Alcohol” kurumu kurulmuştur.

Alkol, pek çok kültürde erkeğe yakışan bir madde olarak görülmüş ve erkeklik simgesi olarak kabul edilmiştir. Yirminci yüzyılın ortalarına doğru ise kadınların ve çocukların alkole tavrı değişmiştir. Özellikle kadınların toplumda söz hakkına sahip olması ve ekonomik özgürlük kazanması sonucunda onların umuma açık yerlerde rahatlıkla alkol içebilmelerini sağlamıştır (Ziyalar, 1991).

Farklı içme örüntülerine karşın günümüzde alkolizm artık yalnızca kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikoanalitik dinamikler, psikososyal etkenler, aile sistemleri ile ele alınmasının yanı sıra; alkolün psikofarmakolojisi, genetik yapısı, biyolojik yatkınlık, psikiyatrik ve tıbbi komorbiditesi gibi birçok farklı yönden de ele alınmaktadır (Muhtar, 2003).

1.2. Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkol organik bir bileşik olup, doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından meydana gelir. Alkollü içeceklerin içerdikleri etanol düzeyleri farklılık

göstermektedir. Ortalama olarak bir bardak şarap 10-12 gr, bir bardak sert içki ise 28 gr etanol içerir. Bir bardak içki 70 kg ağırlığında ve ortalama yağ kitlesine sahip bir kişide kan alkol düzeyini yaklaşık olarak 15-20 mg/dl arttırır, bu miktar yaklaşık bir saatte metabolize edilir (Kaplan ve Sadock, 1997). Kandaki alkol düzeyi % 100 mg seviyesinde olanların % 30'u, % 150 mg seviyesine çıkanların % 50'si ve % 200 mg seviyesine yükselenlerin % 100'ü sarhoş olurlar (Özaydın, 1984). Kan alkol seviyesi % 200-300 mg aralığında olanlarda bulantı, kusma, dizartri, ataksi görülür. % 300 mg alkol seviyesinde konfüzyon, anestezi, dispne; % 400 mg düzeyine çıktığında ise stupor ve % 400-500 mg seviyelerinde koma ve ölüm ortaya çıkar. Fakat kronik alkolikler diğer bir deyimle alkole fiziksel bağımlılık geliştirmiş kişiler çok daha fazla alkole tolerans gösterebilirler. Bu kişilerde kan alkol seviyesinin 5000 mg/l'ye kadar sıklıkla çıkabildiği görülmektedir (Harper ve Kril, 1990). 1973 yılında bu konuda bir rekor kırılmıştır. Bir alkolikte kan alkol düzeyinin 7,800 mg/l seviyesine kadar ulaştığı ve kişinin bu düzeyde hayatta kaldığı görülmüştür (Hammond ve diğ., 1973).

Alınan alkol, mide-barsak sistemini oluşturan mide, ağız, özefagus ve ince bağırsaktaki mukoza epitellerinden kolayca emilir. İnce bağırsakları üst kısmı tarafından alınan alkolün büyük bir kısmı (% 90) emilir. Suda kolay çözünen yapısından dolayı etanol hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır. Bu yapısından dolayı da su oranının yüksek olduğu dokulara kolaylıkla ulaşır. Kandaki en üst alkol seviyesine ortalama 45-60 dakikada ulaşılır. Midenin boş olma durumuna göre bu düzeye ulaşma değişkenlik gösterebilir. Örneğin, yemek sırasında alınan alkol, aç karnına içilen alkolden daha hızlı ve toksik etkilidir. Ayrıca alkolün hızlı tüketimi de üst düzeye erişim süresini kısaltan bir unsurdur. Sarhoşluk, kişilerin alkole dayanıklılıklarına göre değiştiği için çeşitli biçimlere bürünür. Alkolün kişiyi etkileme derecesi, kişinin beden ağırlığı, ruhsal ve bedensel sağlık durumu ve sindirim koşullarına göre değişiklik göstermektedir.

Alınan fazla alkole karşı vücut bazı koruyucu önlemler alır. Alkolün midedeki yoğunluğu arttığı ve olması gerekenden çok fazla olduğu durumda mukus salgınara, pilorik kapak kapanır. Bu eylemler sayesinde alkol bir süre midede tutulmuş olur ve ince bağırsağa geçmediği için emilim yavaşlar. Bu sayede oldukça çok miktarda alkol midede emilmemiş halde saatlerce bekleyebilir. Bulantı ve kusmanın oluşmasının nedeni ise pilor spazmıdır (Yapıcı, 2006).

Karaciğerdeki oksidasyon yoluyla ince bağırsaktan emilen alkolün % 90-98'i metabolize edilir. Ter, akciğer ve böbrekler yoluyla da geri kalan % 2-10'luk kısım değişmeden atılır. Alkolü uzun süredir tüketen kişilerde enzim sistemlerindeki yoğunluk ve duyarlılık artışı nedeniyle metabolizma daha hızlıdır (Miller, 1991). Vücudumuz alkolü iki enzimle metabolize eder. Bazı çalışmalar kadınların aynı miktar alkolle erkeklerden daha çok zehirlenme belirtisi göstermelerinin sebeplerini alkolü metabolize eden enzimlerden biri olan alkol dehidrogenazın (ADH) daha düşük olduğu sebebiyle ilişkilendirmişlerdir (Yapıcı, 2006).

Alkolün fizyolojik etkilerine bakıldığında; alkolün en çok karaciğeri etkilediği görülmektedir. Artan alkol kullanımı karaciğerin yağlı görünümüne neden olur çünkü karaciğerde yağ ve protein birikmeye başlar. Bu birikimden dolayı ortaya çıkan karaciğer yağlanması ile tam olarak açıklanmasa da ciddi karaciğer hasarı arasında ilişki olduğu ve ayrıca alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi olduğu bilinmektedir (Yapıcı, 2006). Uzun dönem ağır içici olan kişilerin; özefajit, gastrit, gastrik ülserden yakındıkları bilinmektedir. Ayrıca özofajial varislerin gelişimi de ağır alkol kullanımına eşlik eder. Bunun yanı sıra, bazı durumlarda ince bağırsak hastalıkları da görülebilmekte, ayrıca; pankreatit, pankreatik yetmezlik pankreas kanseri de bu hastalıklara eşlik edebilmektedir. Ağır alkol kullanımı yetersiz sindirime neden olmaktadır çünkü besin sindiriminin normal prosedürlerini etkileyebilir. Aminoasit ve vitamin gibi besinlerin bağırsaktan emilimi aşırı alkol kullanım sonucunda inhibe olur. Özellikle zayıf beslenme alışkanlıkları ile alkolle ilişkili bozukluğu beraber olan kişilerin B vitamini başta olmak üzere hayati vitamin yetersizliklerine rastlanmaktadır. Özefagus, mide ve sindirim yolunun diğer kısımlarında kanser sıklığında artmada görülür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Alkolün sinir sistemi üzerindeki etkilerini üç grupta toplayabiliriz: yapısal, fizyolojik ve nörokimyasal. Yapısal değişiklikler olarak en sık rastlanan durum beynin büzülmesidir (Ron, 1983). Bahsedilen büzülme beynin genelinden ziyade, serebral kortekste ki ak maddelerin azalması yönündedir (Harper ve Krill, 1985). Bunun yanı sıra alkolden en çok etkilenen frontal kortekste nöron kaybı olduğu gözlenmiştir (Harper ve Krill, 1985; Harper ve Krill, 1990). Alkol bırakıldıktan sonra gençlerde ve alkol tüketme süresi kısa olan alkoliklerde beynin büzülmesi durdurulup eski haline gelebilir (Harper ve Krill, 1990). Kalıcı merkezi sinir sistemi etkileri arasında bilişsel kusurlar, şiddetli bellek kusurları ve beyincikte yozlaştırıcı değişiklikler bulunur. Bu etkiler alkolün doğrudan etkileriyle örselenmeye ve vitamin

eksiklikleriyle (özellikle B vitamini) ilişkilidir. Alkolün merkezi sinir sistemindeki yıkıcı bir etkisi de göreceli olarak seyrek görülen, belleğin yeni bilgileri saklamasının şiddetli biçimde bozulduğu alkolün yol açtığı kalıcı amnestik bozukluğu ya da Wernicke-Korsakoff Sendromudur.

Alkol kullanım bozukluğu şiddetli esriklik sırasında ve alkolün yol açtığı geçici depresyon ve iki uçlu bozukluk bağlamında intihar riski açısından önemli bir etkidir. Bu bozukluğu olan bireylerde intihar davranış oranları kadar tamamlanmış intihar oranları da yüksektir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Alkol, merkezi sinir sisteminde tiamin, serbest radikaller, lipid pereoksidasyon ve eser elementlerin transportu gibi çeşitli mekanizmaları bozmaktadır (Myers, 1979). Tiamin mekanizması beynin en önemli enerji kaynağı olan glikozun oksidasyonunda rol almaktadır. Bu mekanizmanın bozulmasıyla beyin yeterli enerjiyi elde edemez ve nöron ölümleri gerçekleşebilir (Hakim ve Pappius 1983; Thomson ve ark., 1988). Benzer şekilde hücre için sitotoksik etki gösteren serbest radikalleri ortamdaki kaldıran antioksidan sistemin alkol alımı ile fonksiyonunu azalır. Sinir hücreleri için toksik olan bu radikallerde hücre ölümünden sorumlu tutulmaktadır (Guerra ve Grisolia, 1980; Nordmann ve diğ., 1990; Uysal ve diğ., 1989). Ayrıca alkolün çinko, demir, bakır gibi antioksidan olan eser elementlerin beyne transportunu etkilemesi de birçok enzimin bozulmasına neden olmaktadır (Nordmann ve diğ., 1990).

Alkolün beyindeki fizyolojik etkileri incelendiğinde ise beyne kan akımını etkilediği bulunmuştur (Battey ve diğ., 1953). Gençlerde başta olmak üzere beyin kanaması ve inmeye bağlı felçlerde alkolün etkin bir rolü olduğu düşünülmektedir (Hillbom ve Kante, 1978). Bunun yanı sıra beynin glikoz kullanımı üzerinde de etkisi olduğu gösterilmiştir (Sachs ve diğ., 1987; Voikow ve diğ., 1990). Sağlıklı kişilerde işitsel uyarılar, sağ yarıkürede bölgesel glikoz kullanımı arttırdığı halde, alkoliklerde benzer işitsel uyarılar verildiğinde beynin bölgesel glikoz kullanımında herhangi bir değişiklik olmamaktadır (Sachs ve diğ., 1987).

Alkol ile nörokimyasalların ilişkisinin incelendiği çalışmalarda ise GABA (Coffman ve Petty, 1985; George ve diğ., 1990), serotonin ve noradrenalin (Blum ve ark., 1989; Wong ve Murphy 1989) ile etkileşimi gösterilmiştir. Araştırmacılar noradrenalin ile beraber GABA'nın alkolizm, anksiyete ve panik bozuklukların anlaşılmasında en önemli nörotransmitter olduğuna işaret etmişlerdir (George ve ark., 1990).

Alkolün uyku üzerine etkileri incelendiği zaman, alkolün uyku yapısını etkilediği bilinmektedir. Akşamları alınan alkolü uykuya geçişi kısaltmaktadır. Özellikle uykunun rüya görülme kısmı olan REM ve derin uyku olan Non-REM'in 4. evresi alkol kullanımı ile birlikte kısaltmakta ve bunun sonucunda uyku bölünmesini artmaktadır. Bu durum daha sık ve daha uzun uyanıklık sağlar (Yapıcı, 2006).

Alkolün vücuda verdiği zararlar kadın ve erkeklerde farklı şekillerde de ortaya çıkabilmektedir. Kadınlar daha az alkol kullanmış olsalar bile, fiziksel hasarlar, daha çok alkol kullanan erkeklere göre daha çabuk ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda alkolün oluşturduğu fiziksel hasarın erkeklerdeki fiziksel hasara göre daha erken ortaya çıkmasına “teleskopik fenomen” etkisi denmektedir (Piazza ve diğ., 1989).

Cinsiyetler arasındaki alkol kullanım farklılıklarını açıklamak için üç farklı mekanizmadan söz edilir. Bunlardan birincisi, vücut yağ/su oranlarının erkekler ve kadınlar arasında farklı olmasından kaynaklanır. Kadınların vücutlarındaki sıvı miktarı alkolün hücre içi ve hücre dışı sıvı kompartmanlarında eşit olmalarına karşın erkeklerden daha azdır. Kadınlar ve erkekler eşit miktarda alkol tükettiklerinde dahi, kadınların kanındaki alkol konsantrasyonu erkeklere oranla % 30 daha fazla artış göstermektedir (Ely ve diğ., 1999).

İkincisi, kadınlarda alkolü metabolize eden enzim aktivitesinin, erkeklerle kıyaslandığında iki kat daha az olmasıdır. Bu sebeple, kadınlarda enzimin sağladığı ilk geçiş metabolizması daha düşüktür (Frezza ve diğ., 1990). Düşük enzim miktarı alkolün metabolize edilmesini yavaşlatacaktır. Metabolize edilmesi yavaşlayan alkolle toksik etkilere daha fazla maruz kalan kadınlarda fiziksel hasar daha ağır ve erken olarak gözükmeye başlayacaktır. Kadınlardaki östrojen hormonu alkolü metabolize eden enzimin azlığından sorumlu tutulmaktadır (Saunders ve Paton, 1981). Yaşın ilerlemesiyle, özellikle erkeklerde belirgin olarak, azalan enzim aktivitesinden dolayı cinsiyete bağlı farklılıklar daha belirgin olarak genç yaş gruplarında ortaya çıkmaktadır (Seitz ve Poschl, 1997).

Üçüncü mekanizma ise, kadınların sahip oldukları menstruel döngüden dolayı hormonal yapılarının sıklıkla değişkenlik göstermesi ve bu değişkenliğin alkolün metabolizasyon oranları üzerinde değiştirici etkilerinin bulunmasıdır. Yapılan araştırmalarda menstruel döngünün farklı dönemlerinde ölçülen kan alkol oranlarının

farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (Marshall ve diğ., 1983; Devaud ve diğ., 2006). Kadınlarda salgılanan hormonlarla üreme sistemini oluşturan yapılar (hipofiz, hipotalamus ve gonadlar) arasındaki iletişimi sağlar. Kadınların alkole verdikleri yanıtın farklı olması ve oluşan hasaralara daha duyarlı olmalarının nedenleri arasında sürekli devimin gösteren karmaşık hormonal sistemlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Hormonal sistemlerdeki değişimin etkisini incelemek için, ergenlik dönemindeki kız çocukları ile çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde çok hızlı değişen hormonal yapıların alkole duyarlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Block ve arkadaşları (1993) yaptıkları araştırmada, orta sevşyede ve iki hafta boyunca orta düzeyde alkol kullanan kız çocuklarının üreme sistemi ve kemik gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini düşündükleri şekilde östrojen düzeylerinin baskılandığı bildirmişlerdir. Benzer şekilde yetişkin alkol bağımlısı olan kadınlarda da adet düzensizlikleri, adet kesilmesi, kısırlık ve erken menapoz gibi çeşitli fonksiyon bozukluklarının geliştiği bildirilmektedir. Yapılan araştırmalar bu etkilerin ortaya çıkması için alınan alkol miktarının çok önemli olmadığını, aşırı alkol kullanımı olmadığı durumlarda bile hormon dengelerini etkileyerek geçici kısırlığa neden olabileceği düşünülmektedir (Emanuele ve diğ., 2002).

1.3. Alkol Kullanım Bozukluğunun Tanımı

DSM-V'te madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları adı altında bir sınıflama bulunmaktadır. On farklı maddeyi içeren bu sınıflama da alkol kullanım bozukluğu da yer almaktadır. Aşırı ölçülerde alınan her madde, ortak bir özellik olarak, beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirir, dolayısıyla davranışların pekişmesine katkıda bulunur. Madde ile ilişkili bozukluklar DSM-V'te iki kümeye ayrılır: Madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Alkol kullanım bozukluğu, yoksunluk, dayanıklılık ve aşermeyi içeren davranışsal ve bedensel belirti kümesiyle tanımlanır. Alkol yoksunluğu uzun süreli ağır alkol tüketimi sonrasında kullanım azaltılmasından yaklaşık 4-12 saat sonra gelişen yoksunluk belirtileriyle bellidir. Bireyler yoksunluk belirtilerini gidermek için daha fazla alkol tüketmeyi sürdürebilirler. Alkol için aşerme ise, başka bir şeyi düşünmeyi zorlaştıracak ve çoğunlukla içmeye başlama ile sonuçlanacak kadar güçlü bir içme

arzusu ile belirtilir. Son olarak, alkol kullanım bozukluğu bulunan bireyler süregiden alkol tüketiminin belirgin bedensel, ruhsal, toplumsal veya kişilerarası sorunlara neden olduğu bilgisine karşın alkol tüketmeyi sürdürebilirler (Amerika Psikiyatri Birliği, 2014).

Alkol kullanım bozukluğu çoğunlukla diğer maddelerle (kenevir, amfetamin vb.) ilişkili sorunlara benzer sorunlar yaratır. Alkol bu diğer maddelerin istenmeyen etkilerini yatıştırmak için ya da bulunmadıkları zaman yerlerine geçmek üzere de kullanılabilir. Davranım sorunları, depresyon, anksiyete ve uykusuzlukla ilişkili belirtiler sıklıkla ağır içmeyi izler ve bazen öncesinde gelir (Merikangas, 1998).

Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için ortaya atılan modellerin birçoğu hala bu durumu tam olarak açıklayamamıştır. Yapılan bazı araştırmalar kalıtım ve biyolojik etkenleri ön plana çıkarırken, diğerleri ise biyopsikososyal faktörlerin etkisi üzerinde durmaktadır. Alkol bağımlılığı olgusunu açıklamaya çalışan model ve teorilerden hiç birinin alkol bağımlılığını tek başına tam anlamıyla tanımlayamadığı görölmektedir (Orhan, 2001).

Alkol Kullanım Bozukluğunun Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) sınıflandırması olan DSM-V'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir;

“ A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istediğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlölüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirildiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımladığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

- a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
- b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

- a. Alkole özgü yoksunluk sendromu
- b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (“Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici olabilir.”

Dünya Sağlık Örgütü (1992) sınıflandırması olan ICD-10’ a göre ise:

“Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanti
- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)
- c. Madde kullanımını azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
- d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılarıdır.)
- e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediğini araştırılmalıdır.

f10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

f10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat korunmalı bir ortamda (ör. Hastane gibi.)

f10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)

f10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat vazgeçirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

f10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)

f10.25 Sürekli kullanım

f10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani)”

olarak tanımlanır.

Tanı koymada ki en kritik nokta ise günümüzde yaygın bir biçimde tüketilen alkolde “normal içiciliğin” nerede bittiği ve “bağımlılığın” nerede başladığı konusudur. Temel aldığımız tanısal sınıflandırma sistemleri her ne kadar kendini güncelleyip daha iyi ve betimleyici olsa da, yetersiz kalan yerlerin olduğu, ayrıca, yanlış pozitif ve yanlış negatif değerlendirmelerin üstesinden gelinemediği bilinmektedir (İncesu, 1993).

1.3.1. Alkol Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı

Alkol kullanım bozukluğu yaygın bir bozukluktur. Amerika Birleşik Devletleri’nde alkol kullanım bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı 12-17 yaş aralığında % 4-6 olarak, 18 yaşından büyüklerde ise % 8,5 olarak tahmin edilmektedir. Alkol kullanım bozukluğunun yaygınlığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olarak görülmektedir. Bu bozukluğun yaygınlığı orta yaşlara doğru azalmaya başlamaktadır. Yaygınlık özellikle 18-29 yaş aralığında en yüksek değerlerinde iken 65 yaş üzerinde ise en düşük değerlerde görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUİK) 2012 verilerine göre ise alkol kullanım oranları incelendiğinde; 15 yaşının üstü bireylerde genel alkol kullanımını % 10,4 iken, kullanmayanlar % 9,7 ve hiç kullanmamış olanlar ise % 79,9’u oluşturmaktadır. Alkol kullanan kişilerin % 17,2’si erkek % 3,8’i kadındır. Alkol kullanan kadınların % 5’i kentlerde yaşarken % 1,2’si kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet, yaş grubu ve yerleşim yerlerine göre dağılımı için Tablo 1’de gösterilmektedir (TUİK, 2012).

Tablo 1.1: TUİK'in 2012 yılına göre alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı

	Türkiye		
	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Kullanan	10.4	17.2	3.8
15-24	7.4	11.7	3.2
25-34	14	21.7	6.2
35-44	13.1	21.2	5
45-54	11.9	20.3	3.5
55-64	8.4	15.2	1.9
65-74	4	8.2	0.6
75 +	1.3	3	0.1
Kullanmayan	9.7	15.3	4.2
15-24	5.3	6.7	4
25-34	8.9	12.2	5.6
35-44	10	15.4	4.6
45-54	11.9	19.6	4.2
55-64	13.6	24.8	2.9
65-74	13.2	26.6	2.1
75 +	10.7	24.5	1.4
Hiç kullanmamış olan	79.9	67.4	92
15-24	87.3	81.6	92.8
25-34	77.1	66.1	88.2
35-44	76.9	63.5	90.5
45-54	76.2	60.1	92.3
55-64	78	60	95.2
65-74	82.8	65.3	97.3
75 +	88	72.5	98.5

Tablo 1.2: Tüketiciler Birliği'nin 2003-2008 yılları arasındaki alkol tüketim miktarı (litre bazında)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BİRA	450,756,024	761,185,719	754,345,614	730,873,505	782,622,128	851,408,966
RAKI	30,132,518	42,021,168	41,941,601	44,180,163	39,985,005	41,890,945
ŞARAP	14,016,646	25,401,527	23,860,412	20,713,138	20,328,528	35,564,605
DİĞER	10,568,882	11,201,406	10,410,504	11,726,903	9,776,227	14,955,436
TOPLAM	505,474,070	839,809,820	830,558,131	807,493,710	852,711,887	943,819,952

Beşirli'nin (2008) Hacettepe Üniversitesi'ndeki 280 Edebiyat Fakültesi öğrencisine yaptığı sosyolojik analiz sonucunda ortaya çıkan cinsiyet ve alkol kullanma durumuna göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Aynı incelemede gençlerin ilk defa alkol kullanma nedenlerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 1.3: Beşirli'nin (2008) sosyolojik analizi sonucunda ortaya çıkan cinsiyet ve alkol kullanma dağılım yüzdeleri

Alkol Kullanımı	Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
Evet	82,7	87,8	84,7
Hayır	17,3	12,2	15,3

Tablo 1.4: Beşirli'nin (2008) sosyolojik analizi sonucu ilk defa alkol kullanımının cinsiyetler üzerindeki dağılım yüzdeleri

Cinsiyet	Alkol Kullanma Nedenleri					
	Merak	Zevk almak için	Arkadaş çevremin etkisi	Sevgilimden ayrıldığı için	Sıkıntılardan kurtulmak için	Eğlenmek amacıyla
Kadın	18,4	48,9	5,7	5	1,4	20,6
Erkek	18,2	57,6	8,1	2	1	13,1

Geride bıraktığımız on yıl içerisinde Türkiye’deki bireylerde alkol ve madde kullanımını bozukluklarının görülme sıklığı üzerine yapılmış olan pek çok ulusal ve uluslararası araştırma bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı raporda Türkiye’deki 18 yaş üstü bireylerin yaşam boyu alkol kullanma oranlarının % 81,1 (kadınlarda % 92,4 ve erkeklerde % 65,9); ağır ve zararlı içme davranışlarının görülme oranının % 1,1 (kadınlarda % 0,5 ve erkeklerde % 1,9); dönemsel ağır içme davranışını (bir kerede beş veya daha fazla standart içki tüketimi) ise % 0,9 (erkeklerde % 2,1 ve kadınlarda % 0,1) olarak bildirmiştir (WHO, 2004). Ayrıca alkol üretim-tüketim oranlarının son 20 yılda büyük ölçüde arttığı bildirilmektedir (TÜBİTAK, 2003). Ülkemizde, alkol/madde kullanımı ve bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların çok önemli bir kısmı orta öğretim ve lise öğrencileri (Akvardar, 2005; Herken ve diğ., 1998; Okan ve diğ., 1993; Ögel ve diğ., 2004; Yazman, 1995), bir kısmı da üniversite öğrencileri (Akvardar ve diğ., 2003; Akvardar 2005; Herken ve ark., 1998; Kırkpınar ve diğ., 1997) ile yapılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğunda alkol ve uçucu madde kullanım riskinin kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur (Altıntoprak ve diğ., 2008). Ülkemizde yetişkinler arasında alkol kullanım bozukluğu yaygınlığını ve bu bozukluğun cinsiyetlere göre gösterdiği farklılaşmayı inceleyen çalışma sayısı çok azdır (Türkcan, 1999). Türkiye, Hastalık Yükü Çalışması’nda alkol kullanımından dolayı yeti yitimine neden olan hastalıkların görülmesi açısından dünyada 18. sırada yer aldığı tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Erkekler alkolü kadınlara göre daha fazla içme eğilimindedirler. Bunun yanı sıra, erkeklerde kadınlara oranla ağır içiciliğin daha sık görüldüğü ve alkolle bağlı sorunların daha fazla yaşandığı saptanmıştır. “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” projesinin bulgularına göre, 1997 yılında 18 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol bağımlılığı prevalansı % 0,8’dir. Erkeklerde bu oran % 1,7 kadınlarda ise % 0,1 olarak saptanmıştır (Kılıç, 1998). Alkol kullanımını, geleneksel olarak erkek nüfusun kullanımını açısından olağan karşılanırsa da, kadınların toplumdaki sosyal rollerinin değişmesiyle birlikte, genç nüfusta, kadınların alkol kullanım davranışlarının artmakta olduğu gözlenmiştir. Alkol içmeye başlama yaşının küçüldüğü görülmektedir (Akvardar ve diğ., 2003). Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır.

Türkiye’de alkol kullanımını Avrupa ülkelerine göre göreceli olarak düşüktür (Akvardar, 2005). Din etkisi, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası

olmaması, genellikle sosyal olaylarda (düğünler, kutlamalar gibi) ortamlarda alkol içilmemesi ve sosyal baskı nedeniyle diğer ülkelere göre daha göreceli düşük oranlarla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

1.3.2. Alkol Kullanım Bozukluğunun Komorbiditesi

İki uçlu bozukluk, şizofreni ve toplumdışı kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu oranlarında belirgin derecede artmaya neden olur ve pek çok anksiyete ve depresyon bozukluğu da alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili olabilir. Depresyon ile orta ila ağır alkol kullanım bozukluğu arasında saptanan ilişkinin en azından bir kısmı esrikliğin ya da yoksunluğun akut etkilerinin neden olduğu alkolün yol açtığı eşlik eden geçici depresyon belirtilerine bağlanabilir. Şiddetli, yineleyen alkol esrikliği bağışıklık düzeneklerini de baskılayabilir ve kanserler için risk yaratabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.4. Anksiyete Bozukluklarının Tanımı

Anksiyete bozuklukları genel tanım olarak aşırı korku ve anksiyete özelliklerini paylaşan bozuklukları ve ilişkili davranışsal bozuklukları kapsar. Korku, gerçek tehdit içeren/edici bir olay karşısında ya da böyle bir olay algısının doğması durumunda gösterilen duygusal bir tepkidir; anksiyete ise, gelecekte olabilecek tehdit içeren/eden bir olayı bekleme durumudur. Bu iki durum her ne kadar birbirleriyle örtüşüyor gibi gözükse de değişiklikler göstermektedir. Korku durumu daha çok, kaç ya da savaş tepkisi, yakında ortaya çıkabilecek bir tehlikeyle ilgili düşünceler ve kaçma davranışları için gerekli olan otonom uyarılmayı sağlarken; anksiyete durumu, daha çok, kas gerginliği ve olası bir tehlikeye hazırlık amacıyla tetikte durma, dikkatli olma ve kaçınan davranışlarla gider. Kimi zaman, yaygın kaçınma davranışları korku ya da anksiyete düzeyini azaltır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Anksiyete bozuklukları; korku, anksiyete ya da kaçınma davranışına yol açan nesnelere ya da durumların türleri ve bunlara eşlik eden bilişsel düşüncelerle birbirlerinden ayrılırlar. Bu nedenle birbirleriyle büyük ölçüde eştanı alırken, korkulan ya da kaçınılan durumların türlerinin yakından incelenmesi ve eşlik eden

düşüncelerin ya da inançların içeriğiyle birbirlerinden ayrılırlar (Ruscio ve diğ., 2008).

Anksiyete bozukluğu olan kişiler korktukları ya da kaçındıkları durumlara özgü tehlikeleri abarttıkları için, korku ya da anksiyetenin aşırı ya da orantısız olup olmadığına karar verecek olan kişi, kültürel etkenleri de göz önünde bulunduracak olan uzmandır. Anksiyete bozukluklarının birçoğu çocukluk çağında gelişir ve tedavi edilmezse sürüp gitme eğilimi gösterir. Anksiyete bozukluklarından çoğu, erkeklerden ziyade daha çok kadınlarda (2/1 oranında) görülür (Pacek ve diğ., 2013)

Tanımlanan birçok anksiyete bozukluğu vardır. Bunlar; ayrılma anksiyete bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobiler, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluk, agorafobi (açık alan korkusu), yaygın kaygı bozukluğu, madde/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Ayrılma anksiyetesi olan kişiler gelişimsel olmayan bir derecede olmak üzere, bağlandığı kişilerden ayrılmayla ilgili bir korku veya anksiyete duyar. Bağlandığı kişilere bir kötülük dokunacağı, bağlandığı kişileri kaybedeceği ya da onlardan ayrılmak durumunda kalabileceği olaylar olacağı ile ilgili sürekli bir korku ya da anksiyetesi vardır ve bağlandığı kişilerden uzaklaşma konusunda bir isteksiz ve duyduğu sıkıntıyla ilgili bedensel belirtileri olur

Seçici konuşmazlıkta ise, kişi diğer ortamlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği toplumsal ortamlarda (okul gibi) sürekli olarak konuşamıyor olmayla belirlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Özgül fobisi olan kişiler, sınırları belirli nesnelere ya da durumlarla ilgili olarak korku ya da anksiyete içinde ya da kaçınan bir tutum içindedirler. Bu bozuklukta, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi özgül bir bilişsel düşünce özelliği yoktur. Korku doğuran uyarıcı, neredeyse her zaman, birden bir korku, anksiyete duygusuna ya da kaçınma tutumuna yol açar (Hofmann ve diğ., 2009; Rodgers ve diğ., 2007; Smail ve diğ., 1984).

Toplumsal kaygı bozukluğunda ise kişi, değerlendirilebilecek olduğu durumlarda ve toplumsal etkileşimlerle ilgili olarak korku, anksiyete duyar ya da bu gibi durumlarda kaçınan davranır. Bunlar arasında, tanıdık, bildik olmayan

insanlarla karşılaşma, yerken ya da içerken gözlenebileceği durumlar, başkalarının önünde bir etkinlikte bulunduğu durumlar vardır. Bilişsel düşünceleri, başkalarının olumsuz değerlendireceği, utanç duyacağı, aşağılanacağı, dışlanacağı ya da başkalarına rahatsızlık vereceği gibi düşüncelerden oluşur (Binbay ve Koyuncu, 2012; Terra ve diğ., 2006).

Panik bozukluğunda kişi, yineleyici ve beklenmedik panik atakları yaşar ve sürekli bir biçimde, başka panik atak olacağı ile ilgili olarak anksiyete ya da üzüntü duyar ya da panik ataklarından ötürü davranışlarını, uyumunu bozacak bir biçimde değiştirir (Cox ve diğ., 1994; Konkan ve diğ., 2003; Starcevic ve diğ., 1996).

Agorafobisi olan kişiler, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık alanlarda bulunma, sırada bekleme ya da kalabalıkta bulunma ya da tek başına evin dışında olmak koşullarının iki ya da daha çok durumunda korku ve anksiyete duyarlar. Panik benzeri belirtiler ya da kendini yetersizleştiren ya da utandıran bir takım belirtiler ortaya çıkması durumunda kaçmanın güç olabileceği ya da yardım gelmeyebileceği düşüncesiyle, kişi bu gibi durumlardan korkar. Bu durumlar neredeyse her zaman korku ya da anksiyeteye yol açar ve bu durumlardan çoğu zaman kaçınılır ve eşlik edecek birilerine gereksinilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Bruce ve diğ., 2005; Hofmann ve diğ., 2009).

Yaygın anksiyete bozukluklarının ana özellikleri, kişinin denetim altında tutmakta güçlük çektiği, iş ve okul başarısını da kapsayan değişik alanlarda, sürekli ve aşırı düzeyde bir anksiyete ve kuruntudur. Ayrıca kişi bedensel belirtiler de yaşar. Bunlar arasında dinginleşmeme ya da gerginlik, kolay yorulma, odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalmış gibi olması, kas gerginliği ve uyku bozukluğu vardır (Smith ve Book, 2010; Starcevic ve diğ., 1996).

Madde/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, madde esikliği ya da yoksunluğuna ya da ilaç tedavisine bağlı anksiyeteyi kapsar. Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğunda anksiyete belirtileri, başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerinin bir sonucudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Literatürde alkol ve anksiyete ilişkisini inceleyen çalışmalar ağırlıklı olarak toplumsal kaygı bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olan gruplar üzerinde

incelendiği için bu bölümün devamında ağırlıklı olarak bu iki bozukluktan bahsedilecektir.

1.4.1. Toplumsal Kaygı Bozukluğu

Toplumsal kaygı bozukluğunun (Sosyal fobi) Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) sınıflandırması olan DSM-V'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir;

“A. Kişinin başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (ör. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (ör. Bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıcı sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşmama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (ör. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (ör. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa belirtiniz:

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.”

Dünya Sağlık Örgütü (1992) sınıflandırması olan ICD-10' a göre ise:

“A.

1)Dikkat odağı olmaktan veya utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan belirgin korku duymak ya da

2)Dikkat odağı olmaktan veya utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan belirgin bir şekilde kaçınmak

Bu korkular toplulukla yemek yemek, topluma karşı konuşmak, insanların arasındayken tanıdık birileriyle karşılaşmak veya küçük grup ortamlarına girmek veya kalmakta zorlanmak gibi sosyal durumlarda ortaya çıkar.

B. Agorofobide sayılan anksiyete belirtilerinden en az ikisi ile birlikte

1)Kızarma veya sallantı

2)Kusma korkusu

3)Urgency veya işeme ya da defekasyon korkusu

C. Belirgin duygusal sıkıntıya yol açar ve kişi bu korkularını mantıksız, aşırı bulur.”

olarak tanımlanır.

1.4.1.1. Toplumsal Kaygı Bozukluğunun Yaygınlığı

Birleşik Devletler için 12 aylık görülme sıklığı öngörüsü yaklaşık % 7'dir. Aynı tanı gerecini kullanan dünyanın büyük bir kesiminde daha düşük 12 aylık görülme sıklığı öngörülerıyla karşılaşılmaktadır, bu oran % 0,5-2 arasında toplanmaktadır; Avrupa'da ortalama görülme sıklığı % 2,3'tür. Toplumun geneli göz önünde bulundurulduğunda, toplumsal kaygı bozukluğu, kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek oranda bulunur. Her ne kadar klinik örneklerde erkek oranına biraz daha yüksek rastalansa da, erkek hastaların daha çok yardım arıyor olmaları bu nedenin açıklaması olabilir. Kadınlarda, bekar, ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde, işsiz, düşük gelir ve eğitim düzeyinde daha fazla görülmektedir (Davidson ve diğ., 1993; Schneier ve diğ., 1992 Grant ve diğ., 2005; Ruscio ve diğ., 2008; Schneier ve

diğ., 1992; Wells ve diğ., 1994) Toplumsal kaygı bozukluğunun yaygınlığı kadınlarda erkeklerden daha sık (yaklaşık 2 katı) olmasına karşın tedaviye başvuranlar daha çok erkeklerdir (Ohayon ve Schatzberg, 2010; Schneier ve diğ., 1992). Sosyal ve kültürel etkenler bu durumda rol oynamaktadır. Rekabetin ve performansın önemli olduğu, eğitim, iş hayatı ve kariyer gibi alanlarda çalışan bireylerin toplumsal kaygı bozukluğunun tedavisi için daha sık başvurdukları bilinmektedir. Her ne kadar tedaviye başvuran kişiler daha çok erkek hastalar olsa da, son dönemde kadınların da rekabet ve performansın olduğu alanlarda daha fazla olması, tedavi için başvuran kadınların sayısındaki artışı açıklayabilmektedir (Binbay ve Koyuncu, 2012).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda üniversite öğrencileri arasında toplumsal kaygı bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı % 17, 12 aylık yaygınlığı ise % 14,4 olarak bulunmuştur (Kırkpınar ve diğ., 1997). Türkiye'nin ruh sağlığı profili adlı araştırmada Kılıç (1997), toplumsal kaygı bozukluğu yaygınlığının % 1,8 olduğunu tespit etmiştir. Ülkemizde son yıllarda anksiyete bozuklukları üzerine yönelik yapılan epidemiyolojik araştırmaların genel sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

1.4.1.2. Toplumsal Kaygı Bozukluğunun Komorbiditesi

Toplumsal kaygı bozukluğu olan hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi % 70 ila 80 arasında değişmektedir (Evren, 2010). Diğer anksiyete bozuklukları, yeğin depresyon bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları ile çoğu zaman birlikte görülür ve toplumsal kaygı bozukluğu, özgül fobi ve ayrılma kaygısı bozukluğu dışında genellikle bu bozukluklardan önce başlar (Schneier ve diğ., 1992). Toplumsal kaygı bozukluğunun gidişi sırasında sürekli bir biçimde toplumdan uzaklaşma, yeğin depresyon bozukluğu ile sonuçlanabilir. İleri yaşlarında olan yetişkinlerde de depresyonla birlikte tanındığı görülmüştür. Toplumsal kaygı bozukluğu sıklıkla iki uçlu bozukluk ya da beden algısı bozukluğu ile birlikte tanımlanabilir. Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında toplumsal kaygı bozukluğunun dışında kalan toplumsal kaygı bozukluğunun daha genel biçimi, çoğu zaman çekingen kişilik bozukluğu ile beraber tanılanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Çalışmalarda toplumsal kaygı bozukluğu olan hastalarda en sık görülen komorbidite durumların basit fobi (% 59) ve agorafobi (% 44,9) olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu hastaların % 19'unda alkol kötüye kullanımı ve % 17'sinde major depresyon olduğu saptanmıştır (Kendler ve diğ., 1982). Komorbiditenin varlığı toplumsal kaygı bozukluğunun şiddetini artırabilir, tedaviye yanıtı azaltabilir, alkol ya da diğer psikoaktif maddeler ile kişiye zarar veren "başa çıkma yolları" ortaya çıkarabilir (Marshall, 1994). Yine komorbiditenin, toplumsal kaygı bozukluğunda intihar oranlarını da arttırdığı belirtilmektedir (Cox ve diğ., 1994). Weiller ve arkadaşları (1996) 2096 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, toplumsal kaygı bozukluğu varlığının alkol bağımlılığı, major depresyon ve intihar riskini artırdığını belirlemişlerdir.

Hem klinik çalışmalar (Thomas ve diğ., 1999), hem de genel toplumda yapılan çalışmalar (Schneier ve diğ., 1992; Magee ve diğ., 1996) toplumsal kaygı bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğunun sıklıkla bir arada bulduklarını göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar da alkol kullanımı ile toplumsal kaygı bozukluğu komorbiditesinin yüksek olduğunu göstermiştir (Kushner ve diğ., 1990; Kessler ve diğ., 1997). Toplumdaki alkol bağımlılarının yaklaşık % 25'i toplumsal kaygı bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve kadınlarda (% 30.3) her iki durum için risk erkeklere (% 19.3) göre daha fazladır (Kessler ve diğ., 1997).

Tablo 1.5: Son yıllarda ülkemizde yapılan anksiyete bozuklukları üzerine epidemiyolojik araştırmaların özet tablosu (UBTG 2.1: Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi 2.1 Versiyonu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, LSAS: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, TKB: Toplumsal Kaygı Bozukluğu, SCID-I: DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği, PB: Panik Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, YAB: Yaygınlaşmış Anksiyete Bozukluğu, ÖF: Özgün Fobi, DIS-III-R: Tanısal Görüşme Ölçeği-III, FB: Fobik Bozukluk, TBAB: Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu)

Araştırmacı ve Tarih	Örneklem, yaş, yaygınlık	Örneklem Büyüklüğu	Tarama Aracı	Sonuç	Notlar
Çilli ve ark., 2004	Genel toplum taraması, 18 yaş ve üzeri, son 1 yıl yaygınlığı	3012	UBTG 2.1	% 3 OKB	Başlama yaşı 26; ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda 4,2 kat fazla; % 30 obsesyon, % 68,5 obsesyon + kompulsiyon.
Gültekin ve Dereboy, 2011	Üniversitesi öğrencileri, nokta yaygınlık	700	LSAS	% 21,7 TKB	Özgül TKB: % 5,7; yaygın TKB: % 16. TAB'da düşük yaşam kalitesi
Kırmızıoğlu ve ark., 2009	Genel toplum taraması, 65 yaş ve üzeri, nokta yaygınlık	462	SCID-I	% 0,4 PB, % 3,2 OKB, % 1,9 TSBB, % 2,8 TAB, % 6,9 YAB, % 11,5 ÖF	
Yoldaçcan ve ark., 2009	Üniversitesi öğrencileri, nokta yaygınlık	804	UBTG 2.1	% 4,2 OKB	
İzgiç ve ark., 2004	Üniversitesi öğrencileri, nokta yaygınlık	1003	DIS-III-R	% 9,6 TAB	TKB olanlarda düşük öz benlik saygısı
şimşek ve ark., 2008	15-49 yaş, kadınlar; yaşam boyu yaygınlık	270	SCID-I	% 4,8 FB, % 3,6 TSBB, % 3,2 OKB, % 2,2 TBAB, % 1,2 PB	Aile içi şiddet, önceki travma öyküsü, anemi ve kütanöz laşmanyasis varlığı ruhsal hastalıkların önemli öncüleri
Selvi ve ark., 2010	Lise son sınıf öğrencileri, nokta yaygınlık	520	UBTG 2.1	% 5,9 OKB	Ruhsal hastalık aile öyküsü olanlarda ve sigara içenlerde daha sık OKB

Lepine ve Pelissolo (1998) alkol bağımlılarında toplumsal kaygı bozukluğu yaygınlığını araştıran ve toplumsal kaygı bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunu araştıran çalışmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; alkol bağımlısı örneklemelerinde toplumsal kaygı bozukluğu yaygınlığının % 2,4 ile % 57 (ortalama % 21) arasında değiştiğini, toplumsal kaygı bozukluğu olan örneklemelerde ise alkol bağımlılığı tanısının % 14,3 ile % 43,3 (ortalama % 26,5) arasında değiştiğini saptamıştır.

1.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı

Tanımlanan nitelikli bir olay sonrasında bir aydan uzun süren, aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşatılma, kaçınma, dış dünyaya olan ilginin azalması tepkilerde yavaşlama ve yabancılaşma gibi özgül belirtilerle seyreden, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ve toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya neden olan psikiyatrik bir hastalık şeklinde tanımlanabilir (Battal ve Özmenler, 1997). Bireysel genetik özellik, fiziksel yapı, psikolojik geçmiş, durumsal motivasyon, belirli stres durumları ile baş etme düzenekleri ile ilgili bireysel farklılıklar travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığı ile ilgili farklılıkları ortaya koymaktadır. Toplumların sahip olduğu travma deneyimlerinin şiddetine, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bir çok etkene, sosyal destek düzeyine, bireyin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına ve toplumsal kültürel farklılıklara göre değişiklik göstermektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Tüm insanların yaklaşık % 80-100'ünün hayatları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kaldığı bilinmektedir (Breslau ve diğ., 1997). Kadınlarda daha çok cinsel saldırılar, erkeklerde ise kazalar başta gelen travma nedenleridir (Breslau ve diğ., 1991). Kadınlarda tecavüz sonrası travma sonrası stres bozukluğu gelişimi % 48,4 iken erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası % 10,4 oranında görülmektedir (Kessler ve diğ., 1995).

Travma sonrası stres bozukluğunu oluşturan kişisel yatkınlıklar arasında bekar, dul veya boşanmış olma, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, çocukluk çağına ait olumsuz yaşam olayları (cinsel taciz, kaçırılma öyküsü gibi), kadın olma, yetersiz sosyal destek, kişilik özellikleri bulunmaktadır. Kişinin kendisinde veya ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol veya madde kötüye kullanım öyküsü olması da yatkınlık oluşturmaktadır (Geyran, 2000).

Travma sonrası stres bozukluğunun Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) sınıflandırması olan DSM-V'e göre yetişkinler için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir;

“A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

- a. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama
- b. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
- c. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
- d. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (ör. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

- a. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

- b. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

- c. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiasyon) tepkileri (ör. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerim tam olarak ayırında olmamadır.)

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselemeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

- d. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
- e. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla birlikte, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

- a. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

- b. Ökseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anlar düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
- D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, ökseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, ökseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:
- a. Ökseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
- b. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (ör. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).
- c. Ökseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
- d. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (ör. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
- e. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da kalıtımda belirgin, azalma.
- f. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
- g. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (ör. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).
- E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, ökseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, ökseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:
- a. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
- b. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
- c. Her an tetikte olma.
- d. Abartılı irkilme tepkileri gösterme.
- e. Odaklanma güçlükleri.
- f. Uykü bozukluğu (ör. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uykü uyuma).
- F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.
- G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (ör. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duygumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygumu).
2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (ör. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (ör. bilinç kararmaları, alkol esikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (ör. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).”

1.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı

Birleşik Devletler’de, DSM-IV kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada, 75 yaşında travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin risk değeri % 8,7’dir. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yetişkinlerde görülen 12 ay süreli yaygınlık, yaklaşık % 3,5 seviyesindedir. Avrupa ve Asya, Afrika, Latin Amerika ülkelerinin çoğunda daha düşük değerlere rastlanmakta ve ilgili değerler % 0,5-% 1 aralığında değişmektedir. Farklı grupların travma olaylarına maruz kalmaları farklı düzeylerde olmasına rağmen, benzer derecedeki bir mazuriyeti takiben travma sonrası stres bozukluğu oluşumu farklı kültür gruplarına göre değişmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu oranları gazilerde ve görevi gereği bir travmaya maruz kalma riskleri yüksek olan diğer kişilerde yüksektir. En yüksek oranlara ise tecavüz mağdurları, askeri çatırşma ile tutsaklık yaşayanlarla etnik ya da siyasi kaynaklı hapis ve soykırım mağdurları arasında rastlanmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı, gelişim süresince farklılık gösterebilir; anaokuluna giden çocuklar da dahil olmak üzere çocuk ve ergenler, ciddi travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra genellikle düşük bir oranda bozukluk kriterlerini gösterirler. Fakat bu durum, geçmiş verilerin gelişimsel anlamda yeterince aydınlatılmamasından kaynaklanmış olabilir. Kriterlerin tam karşılandığı travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı yaşlılarda genel nüfusa oranla düşüktür; eşik altı tabloların yaşamın ilerleyen dönemlerinde,

tüm kriterlerin karşılandığı tabloların altında yaygın olduğu ve bu belirtilerin, çok sayıdaki klinik bozuklukla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur. Travmatik olaylara maruziyetin ve demografik değişkenlerin ayarlanmasının ardından yapılan incelemelerde; Latin kökenli Amerikalılar, Afro-Amerikalılar ve Amerikan yerlilerindeki bozukluk oranı Latin Kökenli Olmayan Amerikalı beyazlara göre daha yüksek bulunmuştur. Asya kökenli Amerikalılarda ise daha düşük oranlar rapor edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Farklı merkezlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevalans % 2-16 arasında değişmektedir. (Foa, 2006). Türkiye’de yeterli genişlikte ve sayıda çalışma yapılmamıştır. Yapılmış olan sınırlı sayıda çalışmalarda deprem sonrası yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu oranı % 14,6 olarak bulunmuştur (Tural ve diğ., 2004).

1.4.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Komorbiditesi

En az bir farklı mental bozukluğa (örneğin, depresyon, bipolar, anksiyete ya da madde bağımlılığı bozuklukları) alt tanı kriterlerini karşılayacak belirtilere sahip olma olasılığı, travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerde, bu bozukluk olmayan kişilere göre göre % 80 fazladır. Eş zamanlı madde bağımlılığı ve davranım bozukluğu, kadınlara oranla erkeklerde daha yaygın görülmektedir. Ayrıca, travma sonrası stres bozukluğu ile yeğin nörobilişsel bozukluk arasında önemli miktarda eştanı ile örtüşen belirtiler vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında, psikiyatrik bozukluklar % 27,9 ile % 51,9 oranında travma sonrası stres bozukluğuna eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık birlikte görülen bozukluk, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığıdır. Bunu depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen bozukluk depresyondur. Bunu basit fobi, toplumsal kaygı bozukluğu ve alkol kötüye kullanım/bağımlılığı izlemektedir. Travma sonrası stres bozukluğu olgularında madde kötüye kullanımı % 73, depresyon % 26, antisosyal kişilik bozukluğu % 31, distimi % 21 ve obsesif kompulsif bozukluk % 10 oranında saptanmıştır (Kessler ve diğ., 1995).

Bazı araştırmalar, travma sonrası stres bozukluğu ile sınırda (borderline) kişilik bozukluğu arasında da bir komorbidite olduğunu ileri sürmektedirler, hatta bunlar arasında sınırda kişilik bozukluğunun çok ağır ve kronik bir travma sonrası

stres bozukluğu olduğunu ileri sürenler bile bulunmaktadır. Anksiyete ve depresif semptomların eşlik etmesinin kronik travma sonrası stres bozukluğu için önemli bir yordayıcı olduğu gösterilmiştir (Doğan, 2001). Travma sonrası stres bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik durumlar travmanın türü, biçimi, şiddeti ve sosyokültürel değişkenler gibi birçok etkenden etkilendiğinden, bu çalışmalarda farklı oranlar saptandığı bildirilmektedir (Baysak, 2010).

2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Anksiyete ve alkol tüketimi arasındaki ilişkinin varlığı yaygın olarak kabul görmektedir (Hasin ve Glick, 1993; Davidson ve Ritson, 1993; Işık ve diğ., 1998). Her ne kadar yapılan bazı araştırmalar madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaygınlaşmış anksiyete bozukluğunda iyileşme gösteremediğini belirtirken (Bruce ve diğ., 2005), bazı araştırmalar alkol kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının birbirlerini etkilemediklerini (Rhebergen ve diğ., 2009; Kushner ve diğ., 1999) öne sürseler de, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkol kullanım bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Tablo 5).

Tablo 1.6: Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alkol kullanım bozukluğu ile anksiyete bozukluklarının komorbidite oranları (ECA: Epidemiological Catchment Area Survey; NCS: National Comorbidity Survey; NSMH & WB: National Survey Health & Well Being; NESARC: National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions)

	ECA	NCS	NSMH&WB	NESARC
Agorafobi	2,7	2,6	2,3	3,6
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	-	4,6	3,3	3,0
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	-	-	2,7	-
Panik Bozukluk	4,1	1,7	3,9	3,5
Basit Fobi	2,0	2,2	-	2,3
Sosyal Fobi	1,8	2,8	3,2	2,3
Diğer	2,1	2,6	3,3	2,7

2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Anksiyetenin Komorbiditesi

Antropolojik düzey analizlerinde Horton (1943) alkollü içeceklerin temel işlevinin bütün toplumlarda anksiyeteyi düşürmek olduğunu belirtmiştir. Klinik

bulgularda genel olarak insanların alkolün anksiyete, heyecan ve gerilim durumlarını rahatlattığını düşündüğünü göstermektedir (Cappell, 1974; Wilson ve Abrams, 1977). Conger'in (1956) alkolün gerilimi azalttığı hipotezine dair deneysel öğrenme laboratuvarında yaptığı araştırmalar sonucunda alkolün korkuyu azalttığını ama kaçınma davranışını etkilemediğini göstermiştir. Bu hipotez birbiriyle ilişkili ama birbirinden bağımsız iki varsayım üzerine kuruludur: (1) alkol tüketimi gerilimi azaltır ve (2) bu azalmış gerilim etkisi daha çok alkol alımına neden olur (Abrams ve Wilson, 1979).

2.1.1. Dünyadaki Oranlar

Regier ve arkadaşları (1990), alkol kullanım bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı olan kişilerin % 53'nün başka bir psikiyatrik ek tanı aldıklarını bildirmişlerdir. Kushner ve arkadaşları (1990), toplumsal kaygı bozukluğu, agorafobi, panik atak ve yaygın anksiyete bozukluğuna kronik alkol kullanımının eşlik edebildiğini ileri sürmüşlerdir. Alkol bağımlıları arasında DSM-IV Eksen I ek tanı varlığının 6 aylık yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada; 25 alkol tedavi merkezinde değerlendirilen 556 hastada bu oran % 51,1 olarak bulunmuştur. En sık birlikte görülen tanılar; duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olarak saptanmıştır. Hastaların % 42,3'ünün anksiyete bozukluğu, % 24,3'ünün duygudurum bozukluğu ve % 6,1'inin travma sonrası stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Schnider ve ark., 2001). Diğer yandan 1161 bireyin ele alındığı bir epidemiyolojik çalışmada; "toplumsal kaygı bozukluğu" tanısı alan 33 hastadan sadece 1'i ağır içicilik geliştirmiştir. Oysaki subklinik belirtili "toplumsal kaygı bozukluğu" tanısı alanlar arasında alkol kullanım bozukluğu/bağımlılık geliştirme riski 1000 de 95 olarak bulunmuştur (Crum ve Pratt, 2001).

2.1.2. Türkiye'deki Oranlar

Ülkemizde Turan'ın (2000) 195 hasta (75 erkek, 120 kadın) üzerinde yaptığı bir araştırmada hastaların % 42,1'inde ruhsal bir hastalıkla birlikte toplumsal kaygı bozukluğu tespit edilmiştir. Erkek hastalarda (% 54,7) toplumsal kaygı bozukluğunun birliktelik sıklığı kadın hastalara (% 34,2) göre daha yüksek

bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı da bulunmaktadır. İleri yaş gruplarında sosyal fobi birlikteliğinin azaldığı görülmektedir. Araştırma sonucunda toplumsal kaygı bozukluğu ile birliktelik gösteren psikiyatrik hastalıkların oranı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 1.7: Toplumsal kaygı bozukluğu ile birliktelik gösteren psikiyatrik hastalıkların oranı (Turan 2000)

Komorbidite Tanı	%
Major Depresyon	35,4
Obsesif Kompulsif Bozukluk	11
Şizofreni/Şizofreniform Bozukluk	11
Somatoform Bozukluk	9,8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	8,5
Mani	6,1
Alkol Kullanım Bozukluğu	4,5
Özgül Fobi	3,7
Panik Bozukluk	2,4

2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Anksiyete Komorbiditesinin Oluşumu

Alkol kullanım bağımlılığı ve anksiyete komorbiditesini açıklamaya yönelik dört farklı model bulunmaktadır: genel faktör modeli, self medikasyon modeli, madde ile azaltılan anksiyete modeli ve ortak geçim modeli (Smith ve Randall, 2012).

2.2.1. Genel Faktör Modeli

Genel faktör modelinin yaklaşımı anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu arasında direkt bir ilişki olmadığını savunur. Bunun yanı sıra üçüncü değişkenlerin hesaba katılması gerektiğini öne sürer. Goodwin ve arkadaşlarının (2004) 21 yıllık boylamsal çalışması bu modeli desteklemektedir. Anksiyete bozukluğu olan

insanların ilerleyen dönemlerde alkol bağımlılığı geliştirmesinde yordayıcı olduğunu bulmuşlardır. Fakat araştırmacılar ilaç bağımlılığı, depresyon gibi diğer değişkenleri kontrol altına aldıkları zaman anksiyetenin alkol bağımlılığı için yordayıcılığının ortadan kalktığını göstermişlerdir. Her ne kadar bu durumu tetikleyen üçüncü olası faktörleri tespit etmek zor olsa da yapılan çalışmalara bakıldığında bu faktörlerin genelde genetik faktörler ve anksiyete duyarlılığı gibi kişilik özellikleri ile ilgili olduğu görülmektedir. Genetik faktörlerin bu bozukluklar üzerindeki dolaylı etkileri aile ve ikiz çalışmaları ile gösterilmiştir (Merikangas ve ark., 1994; 1996; Tambs ve ark., 1997).

2.2.2. Self Medikasyon Modeli

Self medikasyon modeli ise klinik ve araştırma literatüründe en çok benimsenen modeldir. Bu modelde anksiyete bozukluğu olan bireylerin bu koşulların negatif sonuçlarını ortadan kaldırmak için (negatif pekiştireç) alkol kullanımına yönelmesi, ortaya çıkan sorunlarda alkol kullanarak baş etmesi daha sonrada bu durumun alkol kullanım bozukluğuna dönüşmesini içerir. Bu yaklaşım literatürdeki gerginliği azaltma (Conger ve diğ., 1999), self medikasyon (Khantzian, 1985; Quitkin ve diğ., 1972) ve stres tepkisi azaltma (stress-response dampening) modellerini de içeren alkolizm modelleri ile ilişkilidir. Klinik örneklemde üzerindeki çalışmalarda anksiyete ve alkol kullanım bozukluğunun her ikisine de sahip bireylerin % 50-97 arasında olduğu ve en yüksek oranlarıda fobileri olan insanlar arasında görüldüğü gösterilmiştir (Bibb ve Chambless, 1986; Smail ve diğ., 1984; Thomas ve diğ., 2003; Turner ve diğ., 1986). Her ne kadar self medikasyon modeli anksiyete ve alkol kullanım bozukluğunun bir arada görülmesini açıklıyor olsa da, bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalardaki veriler genelde geriye dönük kendini raporlama üzerinden yürütülmektedir. Klinik örnekleme yapılan self medikasyonun görülme prevalansını arttırmaktadır. Laboratuvar çalışmalarında alkolün anksiyeteyi düşürme etkisi farklı sonuçları vardır (Tran ve Smith, 2008). Özetle self medikasyon hipotezinin güvenilirliğini arttırmak için laboratuvar temelli çalışmalarla alkolün anksiyeteyi nasıl azalttığı gösterilmelidir (Smith ve Randall, 2012).

2.2.3. Madde ile Azaltılan Anksiyete Modeli

Madde ile azaltılan anksiyete modelinde ise daha ağır ve uzun süreli alkol tüketimi söz konusudur. Alkolizmin sebep olduğu biyopsikososyal sorunlar sonucunda alkole bağlı rahatsızlıklardan dolayı anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığını savunur. Alkol bağımlılığı sinir sisteminde anksiyeteyi üreten veya dahada kötüleştiren değişimlere sebep olabilir. Örneğin; akut alkol tüketimi GABA aktivitesini artırarak anksiyolitik etki gösterirken, kronik alkol bağımlılığı GABA yetersizliğine neden olmaktadır ki bu da anksiyetenin artmasına neden olur (Smith ve Randall, 2012).

2.2.4. Ortak Geçim Modeli

Ortak geçim modelinde ise, her iki bozukluk birbirlerinden bağımsız gelişimsel yollarla birbirlerini etkileyip sürdürülebilirliği üzerine kuruludur. Diğer bir deyişle komorbiditenin başlangıç ve sürdürülme süreçlerinde birbirinden farklı yolların ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Stewart ve Conrod (2008) bir bozukluğun biyopsikososyal sonuçlarının (örn. anksiyete) diğer bir bozukluğu (örn. alkolizm) daha kötü hale getirdiğini bu kötü hale gelen bozukluğun ilk bozukluğu daha da kötü yapması durumuna komorbiditenin kısır döngüsü adını vermişlerdir. Mesela, anksiyete ile başa çıkmak için alkol tüketimini arttıran bir kişi, fazla alkol tüketimi ile ilişkili başka sorunlar (zayıf iş performansı, kişilerarası sorunlar vb.) yaşamaya başlayacak ve bu durum tekrar anksiyete bozukluğunu arttıracak, artan anksiyete bozukluğu için kişi aldığı alkol miktarını arttıracak ve bu döngü bu şekilde devam edecek (Smith ve Randall, 2012) Yapılan birçok araştırma bu modeli desteklemektedir.

Toplumsal kaygı bozukluğu olan alkoliklerin, toplumsal kaygı bozukluğu olmayan alkoliklerden daha ciddi alkol bağımlılığı geliştirdiği bulunmuştur (Thomas ve ark., 1999). Tekrarlı şekilde alkolü bırakmak anksiyete hassaslığında nörobiyolojik değişimlere neden olmaktadır (Breese ve diğ., 2005). Agorafobili panik bozukluk ve yaygınlaşmış anksiyete bozukluğunun dirençli alkol bağımlılığı riskini yükselttiği bulunmuştur (Book ve diğ., 2009; Smith ve Book, 2010).

Yapılan çalışmalar genellikle alkolikler ve sosyal içicileri içermektedir. Kişinin kendi isteğine bağlı olarak alkol tüketimi ile ilgili olarak yapılan laboratuvar çalışmalarında alkolikler anksiyete ve depresyon durumlarının içmeyi arttırdığını belirtmişlerdir (McNamee ve ark., 1968; Nathan ve O'Brien, 1971). Alkolik olmayan bireylerde yapılan çalışmalarda alkol kullanan katılımcıların anksiyete puanlarında anlamlı düzeyde düşüş gözlenmiştir (Warren ve Rynes, 1972).

2.3. Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozukluğunun Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Alkol kullanım bağımlılığı üzerine yapılan çalışmalarda cinsiyet dağılımının incelendiği çalışmalar son zamanlarda büyük bir hız kazanmıştır. Bunun nedenleri arasında kadınların sosyal rollerindeki değişiklikler, ekonomik özgürlük kazanmaları olarak gösterilmektedir. Bir başka yaklaşım da ise, alkol kullanım sorunlarının kadınların sosyal rollerinin fazlaşması ile artış göstermediği fakat sahip oldukları sosyal rollerindeki ani değişikliklerin kadınların alkol kötüye kullanım riskini arttırdığı öne sürülmektedir (Wilsnack ve Cheloha, 1987). Yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların eşleri, kardeşleri veya yakın arkadaşlarının içme davranışına benzer içme davranışına sahip olduğunu göstermiştir (Wilsnack ve diğ., 1984). Alkol bağımlısı olan evli kadınların alkol kullanım sorunu olmayan evli kadınlara göre eşlerinin alkolik olması belirgin derecede daha fazladır (Jacob ve Bremer, 1986). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise çoğunun erkeklerin yoğun olduğu örneklem üzerinde yapılmış olması nedeniyle alkol kullanım sorunlarının kadınlar arasındaki yaygınlığının belirlenmesi güçleşmektedir (Altıntoprak ve diğ., 2008).

Alkol kullanım bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları komorbiditesinin cinsiyetler üzerindeki farklılıklarını inceleyen araştırmalarda ortaya çıkan genel sonuç; anksiyete bozukluklarının daha çok kadınlarda, alkol kullanım bozukluğunun ise daha çok erkeklerde gözüktüğünü göstermiştir (Hasin ve diğ., 2007; Kessler ve diğ., 1997; Lewis ve diğ., 1996). Bu durum göz önüne alındığında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda risk oranları (RO) incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda alkol bağımlılığı olan erkeklerin % 35,8'i (RO = 2,22), alkol bağımlılığı olan kadınların ise % 60,7'si (RO = 3,08) anksiyete bozukluğuna da sahiptir (Kessler ve diğ., 1997). Ayrıca kadınlarda birincil anksiyete bozukluklarının daha sonradan

alkol bağımlılığını oluşturma da yordayıcı olduğu bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farkı açıklayabilmek için önerilen durumlardan biri alkol içme nedenlerinin cinsiyetler arasında farklılık göstermesidir. Alkol tüketimi ve stres arasındaki ilişkinin cinsiyet farklarını araştıran ampirik yaklaşımlarda kadınların daha yüksek stres düzeyleri rapor ettiği ve alkol alma ve stres arasında daha güçlü bir ilişkileri olduğu bulunmuştur (Rice ve Van Arsdale, 2010; Timko ve diğ., 2005). Bu sonuçlar göz önüne alındığında kadınların anksiyeteyi kontrol edebilmek için daha fazla alkol kullanmaya yatkın olduğunu gösterebilir.

Genele bakıldığında alkol kullanım sorunları ile travma sonrası stres bozukluğu arasında iki yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Özellikle kadınlarda cinsel saldırıya maruz kalanların alkol kullanım bozukluğu riski artarken (Burnam ve diğ., 1988), alkol kullanan kadınların cinsel saldırıya maruz kalma olasılığı da artmaktadır (Hurley ve diğ., 2006). Bununla birlikte, çocukluk çağında cinsel saldırıya maruz kalanlarda, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini iyileştirmek için alkol kullanımının çok daha fazla olduğu gösterilmiştir (Epstein ve diğ., 1998). Ancak yapılan araştırmalar bağımlılığın gelişmesiyle ve alkol yoksunluğuna bağlı fizyolojik uyarılmışlıkla birlikte travma sonra stres bozukluğu belirtilerinin şiddetlendiği ve bunun da madde kullanım bozukluğu nökslerine yol açtığını göstermiştir (Kushner ve diğ., 2000; Jacobsen ve diğ., 2001). Yapılan diğer çalışmalarda madde kullanım bozukluğu için tedavi arayan kadınların % 80'inin yaşamları boyunca fiziksel saldırı, cinsel saldırı veya her ikisine birden uğradığını göstermişlerdir (Brady ve diğ., 1994; Dansky ve diğ., 1995; Fullilove ve diğ., 1993; Hien ve Scheier, 1996; Miller ve diğ., 1993). Kadınlar erkeklere göre daha az antisosyal ve suça yönelik davranış göstermekte ve kadınlara antisosyal kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarının daha az konulduğu bilinmektedir.

Psikolojide alkol tüketim nedenleri farklı yaklaşımlarla açıklanmaktadır. Psikodinamik yaklaşıma göre; alkolizm duygusal bir problemin göstergesidir. Bu noktada bilinç söz konusu değildir. Problemin kaynağı ise; iki noktada aranmaktadır. Bunlardan birincisi alkolizmi tatmin edilmemiş bağımlılık isteklerinin bir yansıması olarak görmekte, insanların alkolik olmalarının nedenleri geçmiş yaşantılarında aramakta, konuşmalarda bir rahatlık elde etmek ve başkalarının dinlemesini sağlamak için alkolik olduğunu belirtmektedir (Beşirli, 2008). Diğer nokta ise; bağımlılık teorisinin aksine alkolizmin bilinçsiz bir istek olmadığını, güçlü bir

çekimle insanları yönlendirdiğini ifade etmektedir. Bu bakış açısına göre; insanlar kendilerini iyi kontrol edemedikleri yönlerinin olduğunun farkına vararak alkolün kendilerine yeni bir güç getireceğine olan inançla daha çok içerek alkolik olurlar (Tol, 1990).

Alkol tüketimini açıklayan davranışsal yaklaşım ise öğrenilmiş bir davranış olarak görülür. Bu öğrenmede geçmişteki izlerin ve arka arkaya gelen zorlamaların etkisi söz konusudur. Burada temel zorlayıcılar olarak kendini kanıtlama, rahat sosyal davranışa girmeyi geliştirme, psikolojik gerginliği azaltma ve benzer nedenler sıralanabilir. Genel olarak gerginliğin azaltılmasının üzerinde durulmakta, herkesin kişisel sorunları olduğu bu sorunlardan kaçış noktasında alkolün çare görülerek, alkol almaya dayalı bir rahatlama sağlandığı ifade edilmektedir (Mangır ve diğ., 1992). Bunun yanında içmeye teşvik eden faktörlerin sadece gerginliği azaltma olmadığı belirtilmekte tolerans geliştirme ve geri çekilme üzerinde de durulmaktadır (Tol, 1990). Davranışçı psikologlar alkolizmi bir koşullanma ürünü olarak görürler. İçki, sıkıntı ve baskıyı geçici olarak kaldırdığı için bir pekiştirme söz konusudur (Ankay, 1992).

Önerilen yaklaşımların her ikisinde de kişilerin sorunlarının üzerinden gelme, rahatlama ve baskı hissinden kurtulma ihtiyaçları üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalarda kadınların ve erkeklerin alkol kullanımında beklentilerinde farklılık görülmektedir. Mooney ve aradaşlarının (1987) yaptığı bir araştırmada, erkekler alkol kullanımını girişkenliklerini arttırmak, cinsel uyarılma sağlamak ve anksiyetelerini azaltmak için tercih ederken; kadınların sosyal olarak daha çekici olmak ve sosyal anksiyetelerini yatıştırmak için alkol kullanmayı tercih ettiklerini bulmuşlardır. Daha sonradan yapılan çalışmalar zaman içinde alkolden beklentilerin de değiştiğini göstermektedir. Borjesson ve Dunn'un (2001) yaptığı araştırma hem kadınlarda hem de erkeklerde sosyal nedenlerin (daha iyi eğlenebilmek, kendini daha iyi hissetmek, yeni insanlarla daha kolay tanışabilmek vb.) daha fazla önem kazandığını göstermiştir.

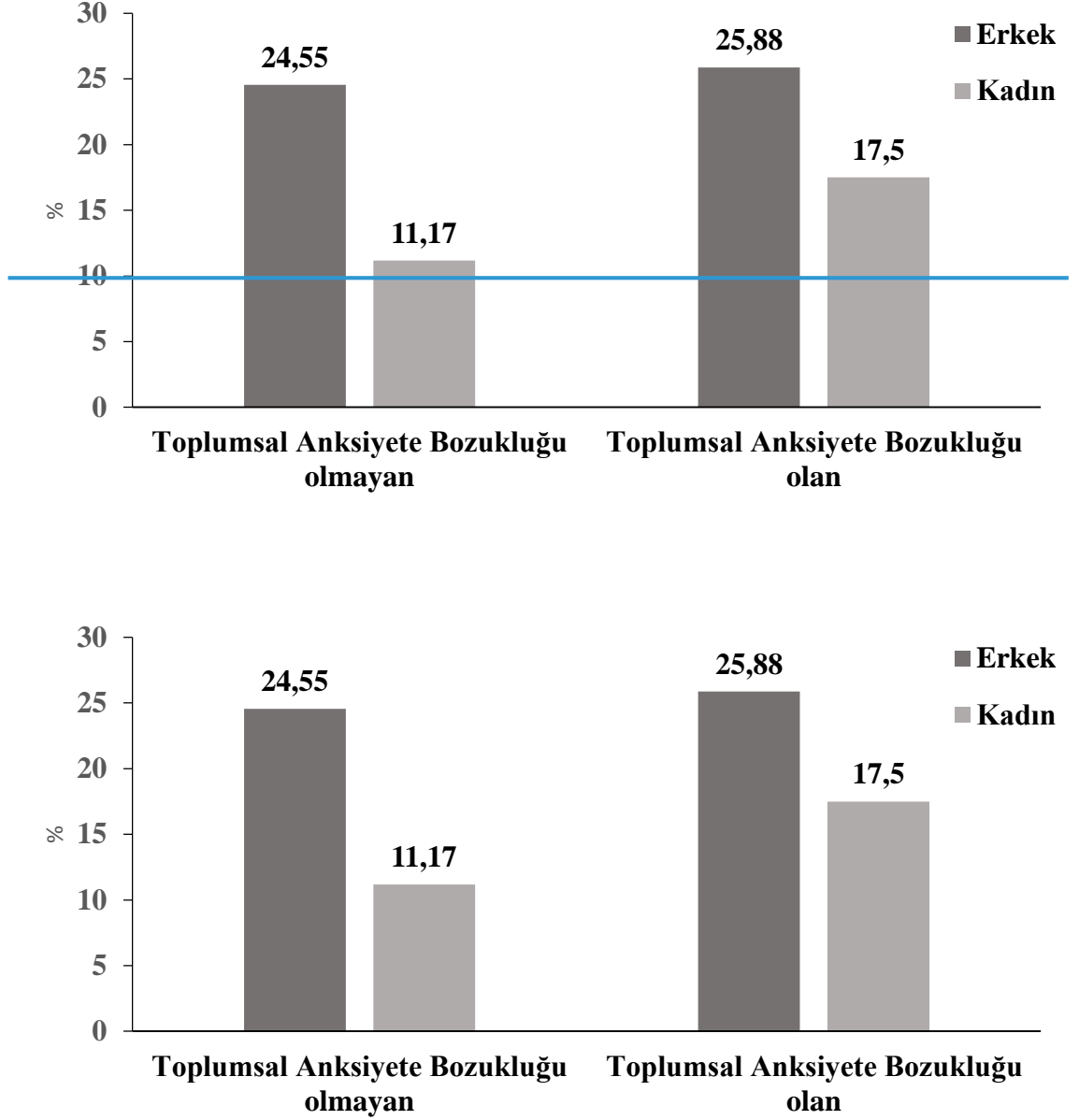
Toplumsal kaygı bozukluğu olan kişilerde yapılan bir araştırmada hayat boyu toplumsal kaygı bozukluğu olan kadınların erkeklerden daha fazla işlevsel bozulmaları olduğu ve diğer anksiyete bozuklukları ile komorbiditesinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Yonkers ve diğ., 2001). Hayat boyu toplumsal kaygı

bozukluğu olan erkeklerin hayat boyu toplumsal kaygı bozukluğu olan kadınlara göre daha fazla alkol kötüye kullanım ve bağımlılığı, kumar bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu gösterdiği bulunmuştur. Kadınların ise bipolar I ve bipolar II bozukluğu (cinsiyetler arası fark yok) dışında diğer bütün anksiyete bozukluklarına daha yatkın olduğu gösterilmiştir. Yani, toplumsal kaygı bozukluğu olan erkekler genelde daha dışsal bozukluklarla komorbidite gösterirken, toplumsal kaygı bozukluğu olan kadınlarsa daha içsel bozukluklarla komorbidite göstermektedir. Toplumsal kaygı bozukluğu olan ve olmayanlarda yaşam boyu alkol kötüye kullanımı ele alındığında ise durum biraz farklılaşmaktadır. Yaşam boyu alkol kötüye kullanımı olan erkeklerde toplumsal anksiyete bozukluğu olmayanların (% 24,55) ve olanların (% 25,88) alkol kötüye kullanım prevalansı karşılaştırıldığında az bir miktarda artış gözlenmektedir. Diğer yandan yaşam boyu alkol kötüye kullanımı olan kadınlarda ise toplumsal anksiyete bozukluğu olmayanlar (% 11,17) ve olanlar (% 17,5) karşılaştırıldığında ise alkol kötüye kullanım prevalansında toplumsal kaygı bozukluğu olanların daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Xu ve diğer. 2012). Toplumsal anksiyete bozukluğunun varlığı ve cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı arasındaki etkili ilişki, alkol kötüye kullanım prevalansının cinsiyet farklılıklarında toplumsal kaygı bozukluğunun olduğu ve olmadığı durumlara göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir (şekil 1). Toplumsal kaygı bozukluğunun olduğu durumlarda cinsiyetler arasında alkol kötüye kullanım bozukluğu prevalans farkı azalmaktadır. Toplumsal kaygı bozukluğu olan kadınların toplumsal kaygı bozukluğu olmayan kadınlara göre alkol kullanımı nedenleri arasında sosyal durumlardaki anksiyetelerini azaltmaya çalışmak olduğu düşünülebilir (Xu ve diğer, 2012). Bir başka çalışmada ise anksiyete bozukluğu olan kadınlar ve erkekler arasında alkol kullanım bozukluğu geliştirmeleri açısından fark bulunmamasına rağmen, basit fobi, toplumsal kaygı bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu olan kadınların alkol kullanma risk oranlarının aynı anksiyete bozukluklarına sahip erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Kessler ve diğer., 1997).

2.4. Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozukluğu Komorbiditesinin Nedenleri

2.4.1. Psikolojik Nedenler

Alkol kullanım bozukluğu ile anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, toplumsal kaygı bozukluğu daha sonra gelişebilecek alkol kullanım bozukluğu için risk etkeni olarak değerlendirmektedir (Buckner ve diğ., 2008a). Toplum örneklemlerinde olguların % 80'inde, hastanede yatan alkol bağımlılarının ise % 90,2'sinde alkolle ilgili sorunlardan önce toplumsal kaygı bozukluğu vardır (Terra ve diğ., 2006; Sarren ve diğ., 2001). Kushner ve arkadaşları (1990) yaptıkları araştırmada bu komorbiditeye sahip kişilerde toplumsal kaygı bozukluğu başlangıç ortalama yaşının alkol sorunlarından 2 yıl önce olduğunu bulmuşlardır. Montgomery'nin (1999) yaptığı çalışmada ise alkol bağımlılığının toplumsal kaygı bozukluğu ortaya çıktıktan yaklaşık 7 ila 10 sene sonra ortaya çıktığını saptamıştır. İki durumun sıralaması değerlendirildiğinde nedensel ilişki toplumsal kaygıdan alkol bağımlılığı doğru ilerlemektedir. Bu da toplumsal kaygı bozukluğunun daha sonraki alkol kullanım bozukluğu için risk etkeni olarak rol oynadığı düşündürmektedir (Kessler ve diğ., 1997; Randall ve diğ., 2001a; Schneier ve diğ., 1989; Randall ve diğ., 2001b). Araştırma sonuçlarına rağmen yine de sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin özelliği ya da sıralaması hakkında çok az Őey bilinmektedir.



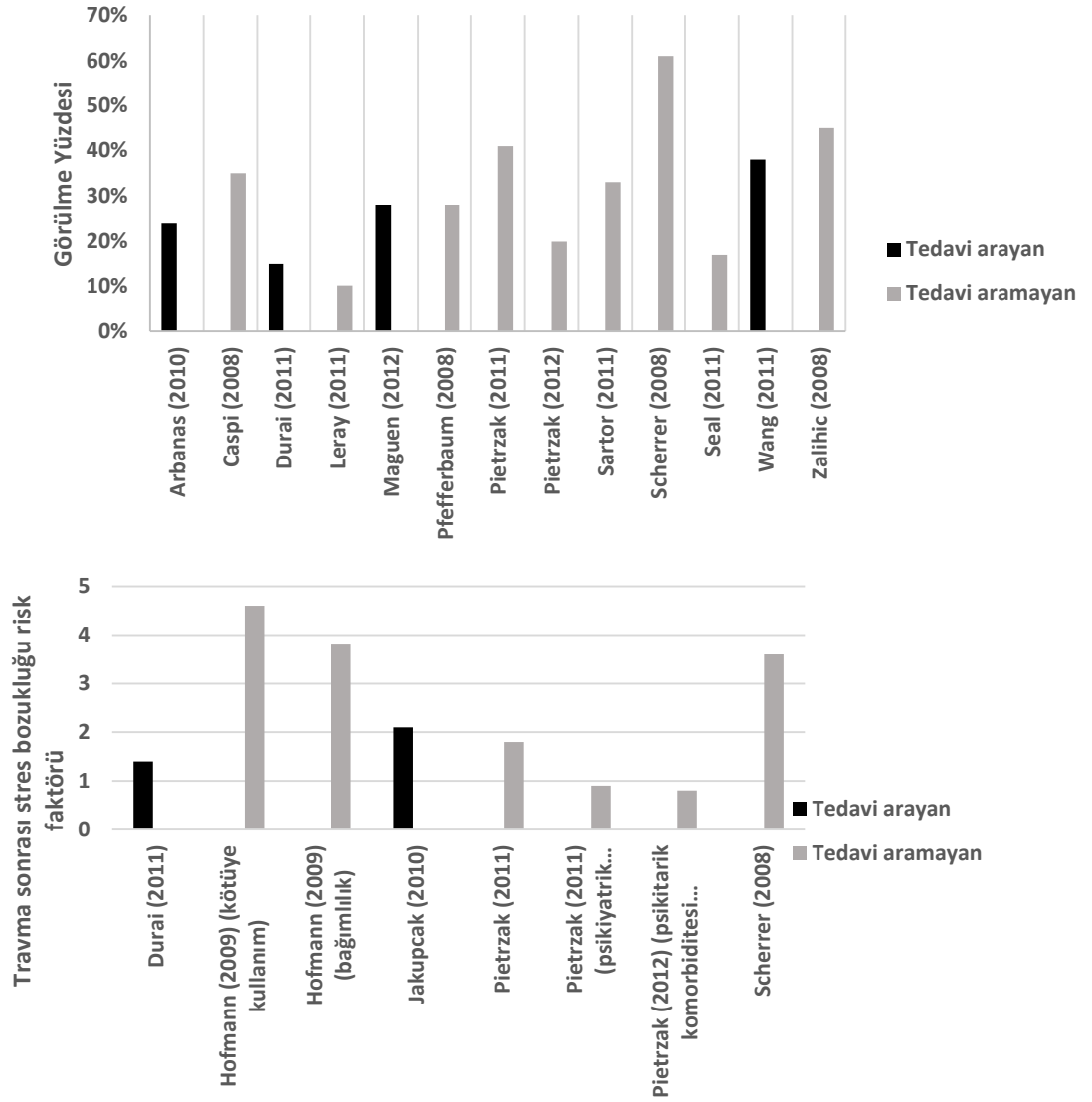
Şekil 1.1: Toplumsal kaygı bozukluğu olan ve olmayan kadın ve erkeklerde yaşam boyu alkol kötüye kullanım prevalansı (Xu ve ark., 2012)

Toplumsal kaygı çoğunlukla çocukluk çağında ya da erken ergenlik döneminde, çoğu bireyin alkol kullanmaya başlayabileceğinden önce başlar (Beidel, 1998). Diğer yandan toplumsal kaygı bozukluğunun içme davranışını olumsuz pekiştirme mekanizmasıyla, yani kısa süreli anksiyete azaltma yoluyla, pekiştirmesi ya da devam etmesine neden olması olasıdır (Bercaw, 2004). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ergenlik dönemindeki toplumsal kaygı bozukluğu'nun 30 yaşında alkol bağımlılığını belirlediği bulunmuştur (Buckner ve diğ., 2008a).

Bazı bireylerde ise sorunlu alkol kullanımı toplumsal kaygının artışı ile sonuçlanabilir. Ulusal Komorbidite Çalışması'nın sonuçları, toplumsal kaygı bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi olan çoğu bireyde toplumsal kaygı bozukluğu alkol kullanım bozukluğuna öncül olsa da, bazı bireylerde alkol kullanım bozukluğunun toplumsal kaygı bozukluğundan önce başlıyor olabileceğini göstermiştir (Buckner ve diğ., 2008b).

Reiss'in (1991) tanımladığı anksiyete duyarlılığı, bireylerin artmış solunum, baş dönmesi ve kalp çarpıntısı da dahil olmak üzere uyarılmayla ilişkili beden duyularının korkuya karşı verdikleri bireyler arasında değişiklik gösteren bilişsel bir durumdur. Diğer bir deyişle kişinin yaşayacağı anksiyete belirtilerinin hastalanmaya, utanca ya da daha fazla anksiyeteye neden olacağı inancından kaynaklanan ve “korkmaktan korkma” ya da “anksiyeteden korkma” olarak tanımlanan bireysel farklılık değişkenidir. (Çakmak ve diğ., 2007). Korelasyonel çalışmalar yüksek anksiyete duyarlılığı ile yüksek düzeylerde alkol tüketimi arasında bir ilişki bulmuştur (Stewart ve diğ., 1995). Bunun yanı sıra, yüksek anksiyete duyarlılığı olan kadınlar kendilerini düşük anksiyete duyarlılığı olan kadınların kendilerine göre daha sıklıkla aşırı derece alkol aldıklarını rapor etmişlerdir (Conrod ve diğ., 1997). Anksiyete Duyarlılık Puanı kullanılarak yapılan çalışmalarda, içme örüntüleri ve alkol tüketiminin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur (Kuscner ve diğ., 2001; Lawyer ve diğ., 2002). Stewart ve arkadaşları (1999) ortaya çıkan bu farkın anksiyete duyarlılığının farklı yönlerinden kaynaklanabileceğini önermiştir. Kadınların daha fazla fiziksel nedenlerden dolayı anksiyete beklentisi varken, erkeklerin daha çok sosyal ve psikolojik nedenlerden dolayı anksiyete beklentisi olabileceğini belirtmişlerdir. Bu yüzden, içme örüntülerine bağlı olarak, anksiyete duyarlılığı ile ilişkisinde cinsiyetler arasında fark görülmesi beklenmektedir. Anksiyete duyarlılığı kadınlardaki haftalık alkol alımındaki artışta yordayıcı olabilirken, erkeklerde hem haftalık hem de yıllık artış konusunda yordayıcıdır (Stewart ve diğ., 2001). Novak ve arkadaşları ise (2003) sağlıklı üniversite öğrencileri arasında yaptıkları araştırmada, anksiyete duyarlılığı ve alkol kullanımı arasında doğrudan bir ilişki olmadığını, ancak anksiyete duyarlılığının başa çıkma nedeniyle alkol kullanımı ile anlamlı ilişki gösterdiğini bulmuştur.

Alkol kötüye kullanımı tanısı almış kişilerde travma sonrası stres bozukluğunun varlığını inceleyen çalışmalarda iki bozukluğun beraber görülme oranlarının ve risk faktörlerinin güçlü olduğu görülmektedir (Şekil 2).

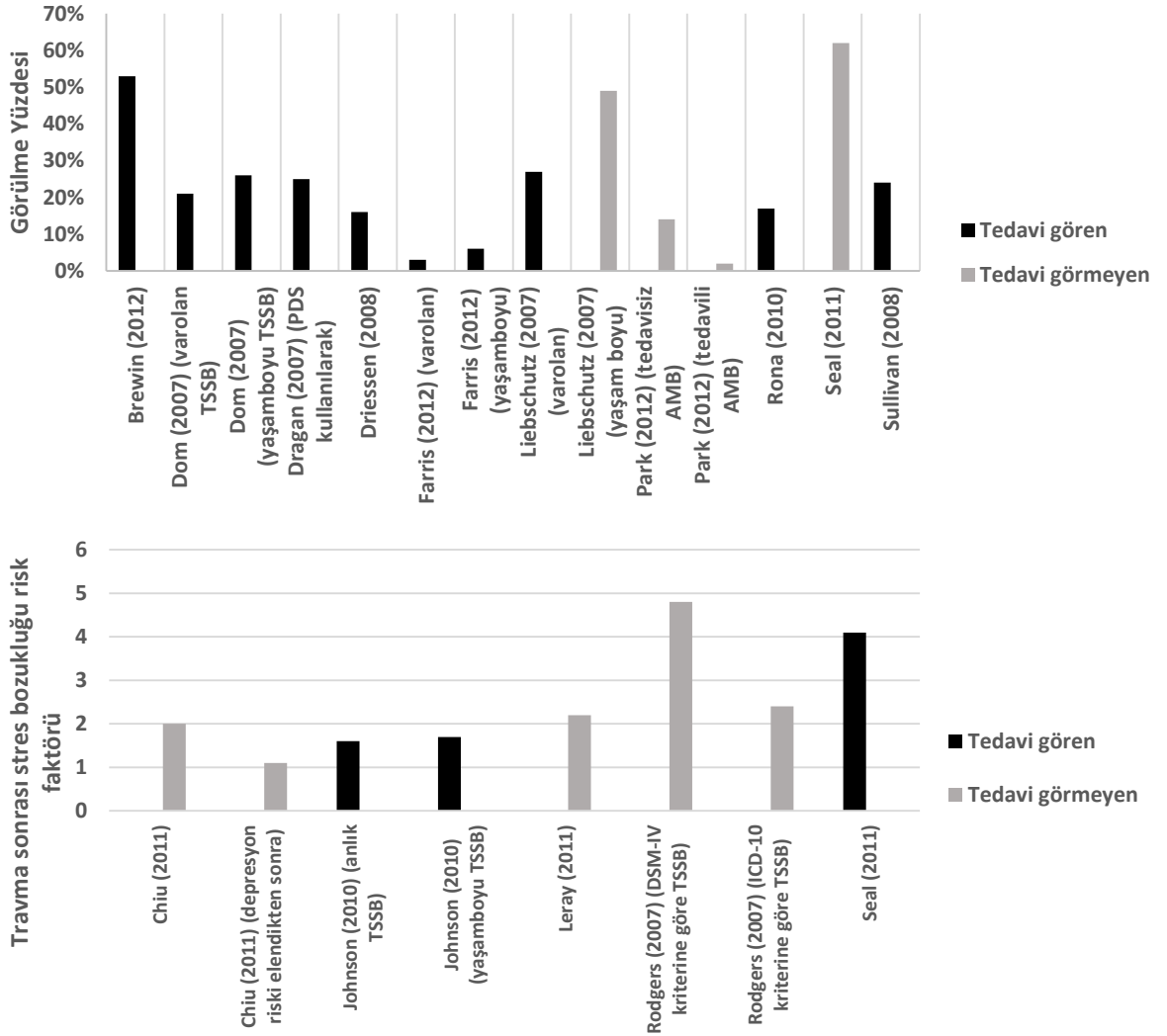


Şekil 1.2.: Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun görülme sıklığını (üst grafik) ve risk faktörü oranını (alt grafik) inceleyen çalışmaların sonuçlarının özet tablosu.

Benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış kişilerde alkol kötüye kullanımının eşlik edip etmediğini inceleyen çalışmalarda birlikte görülme oranları ve risk faktörlerinin yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 3).

Farris ve arkadaşlarının (2012) alkol kullanım bozukluğu olan 260 kadınla yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre yaşamboyu travma sonrası stres bozukluğu

görülme olasılığı % 5,8'dir ve varolan travma sonrası stres bozukluğu ise % 2,8 olarak



Şekil 1.2: Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış kişilerde alkol kullanma bozukluğunun görülme sıklığını (üst grafik) ve risk faktörü oranını (alt grafik) inceleyen çalışmaların sonuçlarının özet tablosu. (AMB = Alkol ve Madde Bağımlılığı, PDS = Travma Sonrası Stres Ölçeği, TSSB = Travma Sonrası Stres Bozukluğu)

bulmuşlardır. Hien ve arkadaşları ise (2010) madde kötüye kullanımını tanıyan 330 kadında yaptıkları çalışma sonucunda alkol kullanım bozukluğu olan kadınların alkol kullanım bozukluğu olmayan kadınlara göre travma sonrası stres bozukluğu testinde daha yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlardır. Johnson ve arkadaşları (2010) 18-67 yaş aralığında 791 alkol ve madde kullanımını bozukluğu almış kadınlarda yaptıkları araştırma sonucunda, kadınların % 22'sinin alkol bağımlılığı ile beraber travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduklarını ve % 28'inin ise hayatlarının bir bölümünde travma sonrası stres bozukluğundan muzdarip olduklarını bulmuşlardır.

Elde ettikleri bu veriler alkol kullanım bozukluğu olmayan kadınların yüzdelerine göre anlamlı olarak yüksektir. Sartor ve arkadaşları (2011) 1975-1985 yılları arasında doğan 3768 ikiz kadın üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda post travmatik stres bozukluğu olan 138 kişinin % 33,3'ünde alkol bağımlılığı olduğunu bulmuşlardır. Sullivan ve Holt (2008) son 6 ayda partnerinden şiddet görmüş olan 18 yaşından büyük 212 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise TSSB ile alkol kullanımı arasında % 23,9'luk bir ilişki bulmuşlardır.

2.4.2. Biyolojik Nedenler

Alkol kullanmalarını açıklamaya yönelik geliştirilen biyolojik yaklaşımın açıklamalarında alkolizmi belirleyen en önemli faktörler, fizyolojik ve kimyasal anormalliklerin genetik olarak kalıtımıyla ortaya çıkar. Yapılan araştırmalar, Japonların, Korelilerin ve Tayvanlıların alkolden fazla etkilenirken bunun tam tersine Kafkasyalıların ne kadar çok alkol alırsa alsın hiçbir şekilde etkilenmediklerini göstermiştir. Bu etnik farklar araştırmacıları, otonomik sinir sistemi etkileyen genetik faktörlerin alkole duyarlılığı düşüncesine yöneltmiştir. Bu yaklaşım bireyi alkolizme sevk eden belirleyici kriterlerin çevresel değil genetik olduğunu düşündürmektedir (Tol, 1990).

İkiz ve evlat edinme çalışmaları hem genetik hem de çevresel etkilerin gücünü araştırmak için yapılan en bilinen çalışmalardır. Yapılan ikiz çalışmalarında, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının hem kadın hem de erkek tek yumurta ikizleri arasında, çift yumurta ikizlerden daha fazla olduğunu (Prescott ve diğ., 1999); kadın tek yumurta ikizlerin alkol tüketim özelliklerinin, çift yumurta kadın ikizlerden daha fazla benzerlik gösterdikleri bildirilmektedir (Prescott ve Kendler, 1996). Finn ikizleri ile yapılan bir çalışmada öğretmenleri, arkadaşları ve aileleri tarafından bazı davranışsal özelliklerine göre düşük veya yüksek riskli çocuklar olarak değerlendirilen ikizlerde, yüksek riskli kızların daha agresif ve uyumsuz olduğu bulunmuştur. Yüksek risklilerin sigara içme, alkol kullanma ve diğer maddeleri deneme oranı daha yüksektir. Bu davranışların tek yumurta ikizlerde daha da belirgin olması genetik yönü de desteklemektedir (Rose, 1998). İçme başlama yaşında çevresel etkilerin cinsiyete özgü olduğu görülmüştür. Kadınlarda içmeye

erken ya da geç başlamak genetik faktörlerle daha fazla ilişkiliyken, erkeklerde paylaşılan sosyal çevre ile ilişkili bulunmuştur (Heath ve Martin, 1991).

Biyolojik ebeveynleri alkol bağımlısı olan bireylerle yapılan evlat edinme çalışmalarının bazılarında, evlatlık verilmiş kadınlarda alkol bağımlılığı geliştirme olasılığını yüksek bulurken, bazılarında ise bağımlılığın gelişmesi ile biyolojik ebeveynlerinin alkol bağımlısı olması arasında düşük bir ilişki bulunmuştur (Bohman ve diğ., 1981; Cadoret ve diğ., 1995; McGue, 1999).

Yapılan çalışmalarda hem alkol bağımlılığı hem de anksiyete bozukluğunda genetik yatkınlık olduğuna ait kanıtlar bulunmuştur (Schuckit, 1987). Yapılan bir çalışmada; alkol bağımlılığı ve panik bozukluğu tanısı almış 18 erkek hastanın, birinci ve ikinci derece yakınlarında hem alkol kullanım bozuklukları hem de diğer psikiyatrik bozukluklar için genetik yüklülük olduğunu saptamışlardır (Arıkan ve diğ., 2000).

Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında alkol bağımlılığının genetik olarak bir aktarıma sahip olduğu görülmektedir, fakat genetik etkinin cinsiyetler arasında farkı olup olmadığı hala tartışılan konular arasında yer almaktadır. Yapılan ikiz çalışmaları bu tartışmaları alevlendirmektedir, çünkü araştırmaların bir kısmı, kişilerde alkol bağımlılığı gelişmesinde genetiğin etkisinin çok düşük olduğunu belirtirken; diğer kısmı ise kadınlarda genetiğin etkili olduğunu ama bu etkinin erkeklerdeki kadar belirgin olmadığını bildirmektedir (Caldwell ve Gottesman, 1991; McGue, 1999; McGue ve diğ., 1992; Pickens ve diğ., 1991). İkiz çalışmaları ile yapılan tartışmaların yanı sıra, kadınlarda ve erkeklerde alkol bağımlılığı gelişmesinde genetiğin etkinin eşit eşit düzeyde olduğunu (Heath ve diğ., 1997), hatta kadınlarda genetik etkinin biraz daha belirgin olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Prescott ve Kendler, 1999).

Vücut strese karşı yanıtında nöroendokrin yanıtta kortikotropin salgılayıcı faktör (CRF) ve otonomik sinir sisteminin sempatik düzenlenmesini sağlayan lokus seruleus noradrenalin yolağı önemlidir (Redmond ve Huang, 1979). Sempatik sistemin deşarjı sonrası oluşan anksiyete, korku, uyanıklık, tetikte olma hali, seçici dikkatte artış organizmanın kenidin kotumaya yönelik olan biyolojik yanıtıdır. Stresin presinaptik α_2 noradrenerjik otoreseptör duyarlılığında azalmaya yol açarak noradrenalin salınımını arttırdığını, anksiyete belirtilerinin bunun sonucunda ortaya

çıkacağı düşünülmektedir (Geyran, 1995). Stres yanıtı, hipokampus, hipotalamus, lokus seruleus ve serebral korteksteki noradrenalin salgısındaki artış sonucu ortaya çıkar. Bunlar kendilerini uyarılmışlık, taşikardi, kan basıncında artma, terleme, kaslarda gerginlik, titreme ve anksiyete şeklinde göstermektedir. Duygusal ve bilişsel yanıtlardan ise hipokampus ve amigdala sorumludur (Southwick ve diğ., 1997). Strese yanıt olarak ortaya çıkan nörobiyolojik değişiklikler arasında medyal prefrontal korteksteki dopaminerjik aktivitede artış bulunmaktadır. Özellikle travma sonrası stres bozukluğunda görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik aktivite ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Bolu ve diğ., 2014). Toplumsal kaygı bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki olası nörobiyolojik bağlantı ise dopamin nörotransmitteri ile ilişkili olabilir. Toplumsal kaygısı olan kişilerin bazal gangliasında azalmış dopamin bağlanması olduğu bulunmuştur (Tiihonen ve diğ., 1997). Ayrıca azalmış dopamin bağlanması ile ilişkili olduğu bilinen parkinsonlu hastalarda toplumsal kaygı bozukluğunun yüksek sıklıkta bulunduğu da saptanmıştır (Kalivas, 2001). Toplumsal kaygı bozukluğu ve madde bağımlılığı arasındaki diğer muhtemel nörokimyasal bağlantı GABA'yı da içermektedir. GABA'nın genel olarak anksiyete bozukluklarındaki rolünü destekleyecek önemli klinik öncesi veriler vardır (Evren, 2010). Nörobiyolojik bağlantı modellerinde iki bozukluk için ilginç olan durum madde bağımlılıklarının genelde bazal gangliadaki dopamini arttırmasıdır (Kalivas, 2001).

Anksiyete serotonerjik, GABAerjik, ve noradrenerjik nörotransmitter sistemlerin işlevlerini yerine getiremediği durumlarda da görülmektedir (Nutt, 2001). Bu sistemlerden sorumlu olan genlerin genel varyantları ile anksiyete ile ilgili fenotiplerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Zarardan kaçınmanın alt ölçeği olan anksiyetenin serotonin taşıyıcı geninin işlevsel promoter polimorfizimi (SLC6A4*C) ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mazzanti ve diğ., 1998). Cloninger'in (1987) Üç-boyutlu Kişilik Envanteri kişiliği üç bileşene ayırmaktadır: zarardan kaçınma, yenilik arama ve ödül bağımlılığı. Zarardan kaçınma anksiyete eğiliminin ölçümüdür. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin daha yüksek zarardan kaçınma puanı aldıkları görülmüştür (Starcevic ve diğ., 1996; Lyoo ve diğ., 2001; Stein ve diğ., 2001). Zarardan kaçınmanın dört altbileşeni vardır: beklentisel anksiyete (ZK1), belirsizlik anksiyetesi (ZK2), utangaçlık (ZK3), yorulabilirlik (ZK4). ZK1 ve ZK2 altbileşenleri anksiyeteye aracılık eden fenotiplerdir ve bu iki altbileşenin serotonin taşıyıcı promoter polimorfizimi (SLC6A4*C) işlevselliği ile ilişkisi olduğu bulunmuştur

(Mazzani ve ark., 1998). Anksiyete hassaslığı için birincil aday katekol-O-metiltransferaz (COMT) genidir. Katekolaminlerin metabolizmasının sağlayan en önemli enzimdir. COMT merkezi sinir sisteminde doğamin ve norepinefrini metabolize eder (Enoch ve ark., 2003). COMT genlerinin 22q11 kromozomunda mikrodilatasyon olan bireylerin daha yüksek oradan anksiyete, depresyon ve obesif kompulsif bozukluğu içeren duygudurum bozukluklarına sahip olduğu bulunmuştur (Papolos ve ark., 1996). Travma sonrası stres bozukluğunda ise genetik çalışmalar konusunda yapılan araştırmalar sınırlıdır. Çünkü travma sonrası stres bozukluğunun toplumun geneline göre temelde olağan dışı olaylar sonrası meydana gelmesi bu konuda yapılacak genetik çalışmaları zorlaştırmaktadır. Yapılan araştırmalarda ailede madde kötüye kullanımının, anksiyete bozukluğunun ve depresyon varlığının travma sonrası stres bozukluğu gelişime risk faktörü olabileceği belirlenmiştir (Bolu ve ark., 2014).

Boschloo ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada alkol kullanım bozukluğunun türü ve şiddetine göre anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. İki yıl takip yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada, araştırmaya katılan şiddetli alkol bağımlılığı (altı veya yedi kriteri karşılayan) olan kişilerin % 95'inde zayıf seyreden anksiyete bozukluğu olduğunu fakat yaşamları boyunca alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış kişilerde bu oranın % 53 olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca şiddetli alkol bağımlılığı olan kişilerde anksiyete belirtilerinin, yaşamları boyunca alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış kişilerde daha yüksek oranda kalıcı olduğunu bulmuşlardır.

Son yıllarda popülasyondaki alkoliklerin sayısı ve cinsiyetlere göre dağılımı özellikle gelişmiş ülkelerde hızla artmaktadır. Bu gelişme çerçevesinde yapılan hem nöroradyolojik hem de nöropsikolojik çalışmalar, kadınların beyninin erkeklerin beynine göre alkolden daha çok zarar gördüğünü göstermektedir (Turnerj ve Parsons, 1988). Vücut ağırlıklarına göre eşit doz alkol verilen kadın ve erkeklerde, kadınların kanında alkol konsantrasyonu erkeklerden çok daha fazla bulunmuştur (Herper ve Krill, 1990). Bu durum alkolün emiliminde ve yıkımında cinsiyet hormonlarının da rolü olduğunu düşündürmektedir (Redmond ve Coben, 1972). Kadınlarda erkeklere göre daha kısa ve daha az doz alkol almalarına rağmen daha fazla beyin hasarının olduğu gösterilmiştir. Fakat kadınlar alkolü bıraktıkları zaman, beyinde meydana gelen hasarın, erkeklere göre daha kısa sürede eski haline geri döndüğüne işaret edilmiştir (Jacobson, 1986). Alkol kullanım sorunları ile kadınların buldukları yaşı

inceleyen çalışmalarda, alkol bağımlılığı 35-49 yaş grubu kadınlarda daha yüksek oranda görülürken, alkol kullanımına ilişkin sorunlar 18-34 yaş arasında daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Wilsnack ve diğ., 1984; Hilton 1987; Williams ve diğ., 1987).

TARTIŞMA

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde popülasyondaki alkol kullanımı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye dair kesin sonuçlar vermeyen bilgilere ulaşılmıştır. Özellikle cinsiyetlere göre dağılıma bakıldığında yapılan bütün çalışmaların ağırlıklı olarak epidemiyolojik çalışmalarda cinsiyet arasındaki farkların bildirilmesi ile ilgilidir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde bireylerin birlikte yaşadığı kişiler arasında alkol kullanım sorunu olanları ve bu kişilerin içme biçimlerini öğrenmenin, o bireylerin sahip olduğu sosyal destek ağlarını saptamada önemli olduğu görülmüştür (Altıntoprak ve diğ., 2008). Ayrıca yapılan araştırmalarda genelde hali hazırda anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerin alkol kullanım bozukluğu davranışları incelenmiştir. Kushner ve diğ., (1999) alkol kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu arasındaki nedensel ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptıkları boylamsal çalışmada 1. ve 4. yıllarında anksiyete bozukluğu gösteren üniversite öğrencilerinin 7. yıllarında alkol bağımlılığı geliştirme olasılıklarının 3.5 kattan 5 kata çıktığını bulmuştur. Bu durum anksiyete bozukluğunun süresi arttıkça alkol kullanım bozukluğunun görülme olasılığını artırdığını göstermektedir. Dahası bu sonuçlar, anksiyete bozukluğunun alkol bağımlılığına bağlı olarak geliştiği görüşlerini desteklemektedir. İnce ve diğ., (2002) Türkiye örneğinde yaptığı ve alkol bağımlısı 47 erkek hastanın katıldığı çalışmada bu tarz bir neden sonuç ilişkisi bulunamamakla birlikte, erken başlangıçlı hastalarda yüksek oranda anksiyete bozukluğu belirtilerine rastlanmıştır. Ancak, anksiyete seviyesinin genelde anksiyetenin alt guruplarına göre farklılaşmalar gösterdiği bildirilmiştir. Sağlıklı bireylerin anksiyete durumlarında ne kadar alkol tüketmeye yanlı olduklarına dair ise net bilgiler bulunmamaktadır.

Hem alkol kullanım bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar bu bozuklukların sadece birine sahip olanlara göre daha şiddetli belirtiler ve daha fazla yetersizlik gösterdikleri için yüksek komorbidite oranları endişe doğurmaktadır (Buckner ve Schmidt, 2009). Tedavi arayışında olanlarda yapılan bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olup ayrıca yaşam boyu sosyal kaygı bozukluğu öyküsü olanlarda, sosyal kaygı bozukluğu öyküsü olmayan ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha şiddetli alkol bağımlılığı, daha fazla major depresif atak, daha az sosyal destek ve daha düşük mesleki düzey bildirilmiştir (Thevos ve diğ., 1999; Thomas ve diğ., 1999). Benzer şekilde sosyal kaygı bozukluğu ve yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu öyküsü olanlarda alkol kullanım bozukluğu olmayan ama sosyal kaygı bozukluğu olanlara göre daha şiddetli sosyal kaygı bozukluğu belirtileri, daha fazla psikiyatrik komorbidite, daha fazla sağlık sorunları ve kişiler arası işlevsellikte daha fazla sorun (örneğin evli olma ihtimalinin düşük olması, kişiler arası iletişim düzeyindeki olumsuzluklar, çabuk kızma, öfkelenme, yaşam planlanmasındaki zorluklar, gereksiz ayrıntılara takılmak gibi...) saptanmıştır (Buckner ve diğ., 2008).

Hala net olarak birincil bozukluğun hangisi olduğu ve diğerini nasıl tetiklediği üzerine çeşitli modeller ve varsayımlar olsa da, bazı araştırmalarda anksiyete bozukluğunun türüne göre birincil veya ikincil olarak alkol kullanım bozukluğunun ortaya çıktığı üzerinde durulmaktadır. Yapılan araştırmalar toplumsal kaygı bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklamak için self medikasyon modeli üzerinde durmaktadır. Self medikasyon modeli, kişinin kendi kendini tedavi etmesi olarak da tanımlanmaktadır ve anksiyete bozukluğu olan bireylerin bu koşulların negatif sonuçlarını ortadan kaldırmak için (negatif pekiştiren) alkol gibi rahatlatıcı maddelere yönelmesi anlamına gelmektedir (Khantzian, 1985). Fakat bu yaklaşımın toplumsal kaygı bozukluğu olan kişilerin neden yüksek oranda alkol kullanım bozukluğu olduğunu açıklamakta yetersiz kaldığına dair tartişmalar mevcuttur. Bununla birlikte Chambless ve diğ., (1987) yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastaların %59'nun kaygıyla başa çıkabilmek adına alkol kullandıklarını rapor ettiklerini belirtirken, klinik düzeyde kaygı bozukluğu olmayan ama kaygı semptomları gösteren kişilerin de %17'sinin self medikasyon amaçlı alkol kullandıklarını rapor etmişlerdir. İlerleyen çalışmalarda Robinson ve diğ., (2009) self

medikasyonun, alkol kullanımının boyutu üzerinde belirleyici rol oynadığını öne sürmüşlerdir.

Cinsiyet farklılıklarından yola çıkılarak yapılan araştırmalarda ise, özellikle kadınlarda travma sonrası stres bozukluğunun alkol kullanım bozukluğuna neden olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedene, her iki bozukluk için de tedavi durumları göz önünde bulundurulurken kişinin bir diğer psikiyatik bozukluğa sahip olup olmadığı iyice araştırılmalıdır. Günümüzde kabul gören ortak geçim modeli olduğunu göz önüne alındığında, kişinin sadece bir bozukluğunu tedaviye almak, bu kısır döngüyü azaltmayacağı için kişi tedaviden fayda görmeyecektir.

Bunalara ek olarak, her ne kadar kliniğe toplumsal kaygı bozukluğu tedavisi için başvuranlar ağırlıklı olarak erkekler olsa da yapılan araştırmalarda toplum içinde daha çok kadınların bu bozukluktan yakındığını göstermiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalar bağımlılık tedavisi için başvuran kadınların, erkeklerden daha az olduğunu göstermektedir. Alkol bağımlılığı tedavisi için bağımlılık tedavi merkezine başvuran 248 hastanın 21 tanesinin kadın, 227 tanesinin ise erkek olduğu bildirilmiştir (Kalyoncu ve diğ., 1997). 1998-2002 yılları arasında bağımlılık tedavi merkezine başvuran 3851 kişiden yalnızca 111 tanesi (% 2,9) kadındır (Evren ve diğ., 2003). Bu sonuçlar her ne kadar ülkemizde bağımlılık sorununun hala erkekler arasında daha yaygın olduğunu düşündürüyor olsa da, kadınların tedavi arayışlarının daha az olabileceğini de düşündürmektedir (Altıntoprak ve diğ., 2008).

İleriye yönelik yapılacak araştırmalarda klinik örneklemler üzerinde çalışılırken bu durum göz ardı edilmemeli ve kadınların tedaviye başvurmalarındaki engellerin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

Abrams, D.B. ve Wilson, G.T. (1979). Effects of alcohol on social anxiety in women: Cognitive versus physiological processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (2), 161-173.

Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergör, G., Ergör, A., Bilici, M., Akil Ozer, O. (2003). Substance use in a sample of Turkish medical students. *Drug Alcohol Depend*, 72, 117-121.

Akvardar, Y. (2005). Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47), 5-9.

Altıntoprak, E., Annette Akgür, S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö.Ö., Coşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, 197-208.

Ankay, A. (1992). *Ruh Sağlığı ve Davranış Bozuklukları*. Ankara: Turhan Kitapevi.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arıkan, Z., Kuruoğlu, A.Ç., Aslan, S. (2002). Alkol Bağımlılığında Panik Bozukluğu: Retrospektif Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 3, 9-14.

Arbanas, G. (2010). Patients with combat-related and war-related posttraumatic stress disorder 10 years after diagnosis. *Croat Med J*, 51, 209–214.

Battal, S. ve Özmenler, N. (1997). Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Batthey, L.L., Go, A., Heymon, A., Atlanta, G. (1953). Effects of ethyl alcohol on cerebral blood flow and metabolism. *JAMA*, 152, 6-10.

Baysak, E. (2010). *Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler*.

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Beidel, D.C. (1998). Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 728-734.
- Bercaw, E.L. (2004). *The relationship between social anxiety and alcohol use in a college student sample* (Thesis). Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, Master of Arts.
- Beşirli, H. (2008). Gençlerin Alkol Tüketim Davranışları ve Bu Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Sosyolojik Analizi. *Sosyoloji Konferansları*, 85(118).
- Bibb, J.L. ve Andchambless, D.L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 24, 49–58.
- Binbay, Z. ve Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 1-13.
- Blum, K., Briggs, A.H., Trachtenberg, M.C. (1989). Ethanol ingestive behavior as a function of central neurotransmission. *Experientia*, 45, 444-452.
- Bohman, M., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. (1981) Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 965-969.
- Bolu, A., Erdem, M., Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatol J Clin Investig*, 8(2), 98-103.
- Book, S.W., Thomas, S.E., Dempsey, J.P., Randall, P.K., Randall, C.L. (2009). Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment. *Addictive Behaviors*, 34, 474–476.
- Borjesson, W.I. ve Dunn, M.E. (2001). Alcohol expectancies of women and men in relation to alcohol use and perceptions of the effects of alcohol on the opposite sex. *Addict Behav*, 26, 707–719.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., van den Brink, W., Smit, J.H., Veltman, D.J., Beekman, A.T.F., Penninx, B.W.J.H. (2012). Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychology*, 200, 476-484.

- Bozkurt, O., Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Mırsal, H., Beyazyürek, M. (2003). Anksiyete ve Alkol Kullanım Bozukluğu İlişkisi: Bir olgu sunumu. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 123-126.
- Breese, G.R., Overstreet, D.H., Knapp, D.J. (2005). Conceptual framework for the etiology of alcoholism: A “kindling”/stress hypothesis. *Psychopharmacology*, 178, 367–380.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson E.L., Schultz, L.R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11), 1044-1048.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Hejdenberg, J. (2012). Recognition and treatment of psychological disorders during military service in the UK armed forces: a study of war pensioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 1891–1897.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T., Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatry comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*, 162, 1179–1187.
- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Lang, A.R., Small, J.W., Schlauch, R.C., Lewinsohn, P.M. (2008a). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res*, 42, 230-239.
- Buckner, J.D., Timpano, K.R., Zvolensky, M.J., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N.B. (2008b). Implication of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 25, 1028-1037.
- Buckner, J.D. ve Schmidt, N.B. (2009). Understanding social anxiety as a risk for alcohol use disorders: Fear of scrutiny, not social interaction fears, prospectively predicts alcohol use disorders. *J Psychiatr Res*, 43, 477-483.

- Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Forsythe, A.B., Telles, C.A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol*, 56, 843-850.
- Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G., Stewart, M.A. (1995). Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 42-52.
- Caldwell, C.B. ve Gottesman, I.I. (1991). Sex differences in the risk for alcoholism: A twin study. *Behavior Genetics*, 21, 563.
- Cappell, H. (1974). An evaluation of tension models of alcohol consumption. In R. J. Gibbins et al, (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems (Vol. 2)*. New York: Wiley.
- Caspi, Y., Saroff, O., Suleimani, N., Klein, E. (2008). Trauma exposure and posttraumatic reactions in a community sample of Bedouin members of the Israel Defense Forces. *Depress Anxiety*, 25, 700–707.
- Ceylan, E. ve Türkcan, A. (2003). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 2. Cilt. 1. Kitap. *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Genişletilmiş 2. Baskı* (1-50). İstanbul.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., ve Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(1), 29-40.
- Chiu, S., Niles, J.K., Webber, M.P., Zeig-Owens, R., Gustave, J., Lee, R., Rizzotto, L., Kelly, K.J., Cohen, H.W., Prezant, D.J. (2011). Evaluating risk factors and possible mediation effects in posttraumatic depression and posttraumatic stress disorder comorbidity. *Public Health Rep*, 126, 201–209.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573–788.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R.O. (1997). Validation of a measure of excessive drinking frequency. *Substance Use & Misuse*, 32, 587–607.
- Coffman, J.A. ve Petty, F. (1985). Plazma GABA levels in chronic alcoholic. *Am. Psychiatry*, 142, 1204-1205.

Conger, J.J. (1956). Alcoholism: Theory, problem, and challenge. ii: Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 296–305.

Coşkunol, H. ve Çelikkol, A. (1996) Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Kitap 1 (içinde)*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Cox, B.J., Dorenfeld, D.M., Swinson, R.P., Norton, G.R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry*, 151, 882-887.

Crum, R.M. ve Pratt, L.A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia; a prospective analysis. *Am J Psychiatry*, 158, 1693-1700.

Çakmak, S.Ş. ve Ayvaşık, H.B. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanma Nedenleri ile Kaygı Duyarlılığı Arasındaki İlişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 91-107.

Çilli, A.S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45, 367-74.

Dansky, B.S., Sladin, M.E., Brady, K.T., Kilpatrick D.G., Resnick, H.S. (1995). Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with substance use disorders: comparison of telephone and in-person assessment samples. *International Journal of the Addictions*, 30, 1079–1099.

Davidson, K.M. ve Ritson, B. (1993). The Relationship Between Alcohol Dependence and Depression. *Alcohol and Alcoholism*, 28, 147-55.

Davidson, J.R.T., Huges, D.L., George L.K. (1993). The epidemiological of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23, 709-718.

Doğan, S. (2001). *Deprem ve İşkence Sonrası Oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Compr Psychiatry*, 48, 178–185.

Dragan, M., Lis-Turlejska, M. (2007). Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addict Behav*, 32, 902–911.

Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., Havemann-Reinicke, U., TRAUMABStudy Group (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res*, 32, 481–488.

Durai, U.N., Chopra, M.P., Coakley, E., Llorente, M.D., Kirchner, J.E., Cook, J.M., Levkoff, S.E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: comorbid conditions and self-rated health status. *J Am Geriatr Soc*, 59, 1087–1092.

Dünya Sağlık Örgütü (1992). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

Enoch, M.A., Xu, K., Ferro, E., Harris, C.R., Goldman, D. (2003). Genetic origins of anxiety in women: a role for a functional catechol-O-methyltransferase polymorphism. *Psychiatric Genetics*, 13, 33-41.

Epstein, J.N., Saunders, B.E., Kilpatrick, D., Resnick, H.S. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl*, 22, 223–234.

Evren, C.E., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A., Çakmak, D. (2003). Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 96-100.

Evren, C. (2010). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 473-515.

Farris, S.G., Epstein, E.E., McCrady, B.S., Hunter-Reel, D. (2012). Do co-morbid anxiety disorders predict drinking outcomes in women with alcohol use disorders? *Alcohol Alcohol*, 47, 143–148.

- Foa, E.B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 67(2), 40-45.
- Forman-Hoffman, V.L., Carney, C.P., Sampson, T.R., Peloso, P.M., Woolson, R.F., Black, D.W., Doebbeling B.N. (2005). Mental health comorbidity patterns and impact on quality of life among veterans serving during the first Gulf War. *Qual Life Res*, 14, 2303–2314.
- George, D.T., Nutt, D.J., Dwger, B.A., Cinnoila, M. (1990). Alcoholism and panic disorder is the comorbidity more than coincidence. *Acta Psychiatr. Scand*, 81, 97-107.
- Geyran, P.Ç. (1995). Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile İlişkili Nörobiyolojik Kanıtlar. *Düşünen Adam*, 8(1), 9-18.
- Geyran, P.Ç. (2000). Psikolojik Travma ve Sonuçları: Tarihsel Arka Plan ve Güncel Kavramlar Üzerine Gözden Geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 8, 9-12.
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M., Andhorwood, L.J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: Results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 295–304.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Blanco, C., Stinson, F.S., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Smith, S., Saha, T.D., Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 66, 1351-1361.
- Guerri, C. ve Grisolia, S. (1980). Changes in glutathion in acute and chronic intoxication. *Pharm. Biochem and Behavior*, 13, 53-61.
- Güleç, C. ve Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, 1. Baskı.
- Gültekin, B.K. ve Dereboy, I.F. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Derg*, 22, 150-8.
- Hakim, A.M. ve Pappius, H.M. (1983). Sequence of metabolic, clinical and histological events in experimental thiamin deficiency. *Ann. Neurol*, 13, 365-375.

- Hammond, K.B., Rumanck, B.H., Rodgerson, D.O. (1973). Blood ethanol a report of unusually high levels in a living patient. *J. Amer. Mod. Assoc*, 226, 63-64.
- Harper, C. ve Krill, J. (1985). Brain atrophy in chronic alcoholic patients: a quantative pathological study. *J. Neurol. Neurosur and Psychiatry*, 48, 211-217.
- Harper, C. ve Krill, J. (1990). Neuropathology of Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 207-216.
- Hasin, D. ve Glick, H. (1993). Depressive symptoms and DSM-IV-R alcohol dependence: general population results. *Addiction*, 88, 1431-1436.
- Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Andgrant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National epidemiologic Surveyon Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830–842.
- Heath, A.C. ve Martin, N.G. (1991). The inheritance of alcohol sensitivity and of patterns of alcohol use. *Alcohol Alcohol, (Suppl 1)*, 141-145.
- Heath, A.C., Slutske, W.S., Madden, P.A., Bucholz, K.K., Dinwiddie, S.H., Whitfield, J.B., Dunne, M.P., Statham, D., Martin, N.G. (1994) Genetic effects on alcohol consumption patterns and problems in women. *Alcohol Alcohol (Suppl)*, 2, 53-57.
- Herken, H., Özkan, İ., Çilli, A., Bodur, S. (1998). Orta ve Yükseköğrenim Öğrencilerinde Alkol Kullanım Sıklığı ve Sosyal Öğrenme ile İlişkisi. *7. Anadolu Psikiyatri Günleri, Özet kitapçığı, Malatya*, 26.
- Hien, D.A., Campbell, A.N.C., Ruglass, L.M., Hu, M.C., Killeen, T. (2010). The role of alcohol misuse in PTSD outcomes for women in community treatment: a secondary analysis of NIDA’s Women and Trauma Study. *Drug Alcohol Depend*, 111, 114–119.
- Hilbom, M. ve Kaste, M. (1978). Does ethanol intoxication promote brain infaration in young adults? *Lancet*, 2, 1181-1183.
- Hofmann, S.G., Richey, J.A., Kashdan, T.B., McKnight, P.E. (2009). Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use

disorders: data from the National Comorbidity Survey-Revised. *J Anxiety Disord*, 23, 529–534.

Horton, D. (1943). The functions of alcohol in primitive societies: A cross-cultural study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4, 201-320.

Hurley, M., Parker, H., Wells, D.L. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med*, 13, 181-185.

Işık, E., Şener, Ş., Şenol, S., Uluergüven, Ç. (1998). Alkolden kesilme döneminde görülen depresyonlar, tedavisi ve nüks üzerine etkisi. *XXIV. Ulusal Nöroloji ve Psikiyatri Bilimler Kongresi*. GATA, Ankara.

Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., Kuğu N. (2004) Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry*, 49, 630-634.

İncesu, C. (1993). *Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi.

Jacob, T. ve Bremer, D.A. (1986). Assortative mating among men and women alcoholics. *J Stud Alcohol*, 47, 219-222.

Jacobson, R. (1986). The contribution of sex and drinking history to CT scan changes in alcoholic. *Psychological Med*. 16, 547-559.

Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*, 158, 1184-90.

Jakupcak, M., Tull, M.T., McDermott, M.J., Kaysen, D. (2010). PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addict Behav*, 35, 840–843.

James, P. ve Thorpe, N. (1998). *Keilschrift, Kompab, Kaugumm*, 2. Aufl. Zürich: Sanssouci Verlag.

- Johnson, S.D., Cottler, L.B., Callaghan O’Leary, C., Ben Abdallah, A. (2010). The association of trauma and PTSD with the substance use profiles of alcohol- and cocaine-dependent out-of-treatment women. *Am J Addict*, 19, 490–495.
- Kalivas, P.W. (2001). Drug addiction: to the cortex and beyond. *Am J Psychiatry*, 158, 349-350.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Koskosoğlu, N., Eti Tezer, F., Çavuşoğlu, C., Yılmaz, S., Beyazyürek, M. (1997). Alkol bağımlılığında klinik tedavi sonrası bir izlem çalışması. 6. *Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, Erzurum, s. 267-272.
- Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (1997). *Sunstance related disorders*, Kaplan ve Sadock’s Comprehensive Textbook Psychiatry, Cancro R, 7th Ed. Vol pp:1724-1725.
- Kendler, K.S., Neal, M.L., Kessler, R.C. (1982). The genetre epidemiology of phobias in women: The internalation ship of agorophobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-monthDSM-IV disorders the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin andcocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.

Kılıç, C. (1998). Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu* (77-93.). N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (Ed.), Ankara: Eksen Tanıtım Ltd. Şti.

Kırkpınar, İ., Özer, H., Coşkun, İ., ve ark. (1997). Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM III-R ruhsal bozukluklarının yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5, 253-265.

Kırmızıoğlu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, 1026-33.

Kuleli, Ö. ve Gürel, O. (1997). *Kimya Güzeldir*. İstanbul: Nar Yayınları.

Kushner, M.G., Sher, K.J., Bietman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 147, 685-695.

Kushner, M.G., Sher, K.J., Erickson, D.J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 156, 723-32.

Kushner, M.G., Abrams, K., Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rew*, 20, 149-171.

Kushner, M.G., Thuras, P., Abrams, K., Brekke, M., Stritar, L. (2001). Anxiety mediates the association between anxiety sensitivity and coping-related drinking motives in alcoholism treatment patients. *Addictive Behaviors*, 26, 869-885.

Lawyer, S.R., Karg, R.S., Murphy, J.G., McGlynn, F.D. (2002). Heavy drinking among college students is influenced by anxiety sensitivity, gender, and contexts for alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 165-173.

Lepine, J.P. ve Pelissolo, A. (1998). Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord*, 50, 23-28.

Leray, E., Camara, A., Drapier, D., Riou, F., Bougeant, N., Pelissolo, A., Lloyd, K.R., Bellamy, V., Roelandt, J.L., Millet, B. (2011). Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). *Eur Psychiatry*, 26, 339-345.

- Lewis, C.E., Bucholz, K.K., Spitznagel, E., Shayka, J.J. (1996). Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 466–476.
- Liebschutz, J., Saltz, R., Brower, V., Keane, T.M., Lloyd-Travaglini, C., Averbuch, T., Samet, J.H. (2007). PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. *J Gen Intern Med*, 22, 719–726.
- Limosin, F. (2002). Clinical and biological specificities of female alcoholism. *Encephale*, 28, 503-509.
- Lyoo, I.K., Lee, D.W., Kim, Y.S., Kong, S.W., Kwon, J.S. (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 62, 637–641.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A., Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 159-168.
- Maguen, S., Cohen, B., Cohen, G., Madden, E., Bertenthal, D., Seal, K. (2012). Gender differences in health service utilization among Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *J Womens Health (Larchmt)*, 21, 666–673.
- Mangır, M., Aral, N., Baran, G. (1992). Yurttan Kalan Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Ve Alkol Kullanımlarının İncelenmesi. *A.Ü.Ziraat Fak Yayınları*. Ankara.
- Marshall, J.R. (1994). The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin*, 58, 59-65.
- Mazzanti, C.M., Lappalainen, J., Long, J.C., Bengel, D., Naukkarinen, H., Eggert, M., Virkkunen, M., Linnoile, M., Goldman, D. (1998). Role of the serotonin transporter promoter polymorphism in anxiety-related traits. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 936–940.
- McGue, M., Pickens, R.W., Svikis, D.S. (1992). Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study. *J Abnorm Psychol*, 101, 3-17.
- McGue, M. (1999). The behavioral genetics of alcoholism. *Curr Dir Psychol Sci*, 8, 109–115.

- McNamee, H.B., Mello, N.K., Mendelson, J.H. (1968). Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics: Concurrent psychiatric observations. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1063-1069.
- Merikangas, K.R., Risch, N.J. Weissman, M.M. (1994). Comorbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety and depression. *Psychological Medicine*, 24, 69–80.
- Merikangas, K.R., Stevens, D., Fenton, B. (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20, 100–105.
- Miller, N.S. (1991). *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. 3. Baskı*. New York: Mercel Dekker Inc.
- Montgomery, S.A. (1999). Social phobia: diagnosis, severity and implications for treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 11-16.
- Mooney, D.K., Fromme, K., Kivlahan, D.R., Marlatt, G.A. (1987). Correlates of alcohol consumption: sex, age, and expectancies relate differentially to quantity and frequency. *Addict Behav*, 12, 235–240.
- Muhtar, N. (2003). *Alkol Bağımlılarında Bağlanma*, Doktora tezi. İstanbul üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Mulloney, J.A. ve Trippet, C.J. (1979). Alcohol dependence and phobias. *Br J Psych*, 135, 565-573.
- Myers, R.E. (1979). Lactic acid accumulation as cause of brain edema and cerebral necrosis resulting from oxygen deprivation. *Advance in Prenatal Neurol*, 1, 85-114.
- Nathan, P. E. ve O'Brien, J. S. (1971). An experimental analysis of the behavior of alcoholics and non-alcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary precursor of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 2, 455-476.
- Nordmann, R., Ribiere, C., Rouach, H. (1990). Ethanol-induced lipid peroxidation and oxidative stress in extrahepatic tissues. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 231-237.
- Novak, A., Burgess, E.S., Clark, M., Zvolensky, M., Brown, R.A. (2003). Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 165-180.

- Nunes, E., Quitkin, F., Berman, C. (1988). Panic disorder and depression in female alcoholics. *J Clin Psychiatry*, 49, 441-443.
- Nutt, D.J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 62, 22–28.
- Nyberg, S., Wahlström, G., Backström, T., Poromaa, I.S. (2004). Altered sensitivity to alcohol in the late luteal phase among patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 767-777.
- Ohayon, M.M. ve Schatzberg, A.F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*, 68, 235–243.
- Okan, N., Şıvka, M.S., Resmi, Ş., Şıvka, N. (1993). Lise öğrencilerinde içki ve sigara kullanımı (Gemlik-Bursa). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 285-289.
- Orhan, S. (2001). *Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Alkol Bağımlılığı Eş Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., Uğuz, Ş., Yenilmez, Ç., Bilici, M., Tamar, D., Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg*, 15, 112-118.
- Özaydın, S. (1984). *Psikiyatri. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders* (Cilt 7), 365-379.
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Papoulos, D.F., Faedda, G.L., Veit, S., Goldberg, R., Morrow, B., Kucherlapati, R., Shprintzen, R.J. (1996). Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: does a hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder? *Am J Psychiatry*, 153, 1541–1547.
- Park, S., Cho, M.J., Hong, J.P., Sohn, J.H., Lee, H.W., Park, J.I. (2012). Comparison of treated and untreated alcohol dependence in a nationwide sample of Korean adults. *Addict Res Theory*, 20, 125–132.

- Pfefferbaum, B., North, C.S., Pfefferbaum, R.L., Christiansen, E.H., Schorr, J.K., Vincent, R.D., Boudreaux, A.S. (2008). Change in smoking and drinking after September 11, 2001, in a national sample of ever smokers and ever drinkers. *J Nerv Ment Dis*, 196, 113–121.
- Piazza, N.J., Vrbka, J.L., Yeager, R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addict*, 24, 19-28.
- Pickens, R.W., Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L., Clayton, P.J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Arc Gen Psychiatry*, 48, 19–28.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M., Grant, B.F. (2011). Prevalence and axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord*, 25, 456–465.
- Pietrzak, R.H., Schechter, C.B., Bromet, E.J., Katz, C.L., Reissman, D.B., Ozbay, F., Sharma, V., Crane, M., Harrison, D., Herbert, R., Levin, S.M., Luft, B.J., Moline, J.M., Stellman, J.M., Udasin, I.G., Landrigan, P.J., Southwick, S.M. (2012). The burden of full and subsyndromal posttraumatic stress disorder among police involved in the World Trade Center rescue and recovery effort. *J Psychiatr Res*, 46, 835–842.
- Prescott, C.A. ve Kendler, K.S. (1996). Longitudinal stability and change in alcohol consumption among female twins: Contributions of genetics. *Dev Psychopathol*, 8, 849-866.
- Prescott, C.A. ve Kendler, K.S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry*, 156, 34–40.
- Quitkin, F.M., Rifkin, A., Kaplan, J., Klein, D.F. (1972). Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. A treatable form of drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 27, 159–162.
- Randall, C.L., Thomas, S., Thevos, A.K. (2001a). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res*, 25, 210-220.

- Randall, C.L., Johnson, M.R., Thevos, A.K., Sonne, S.C., Thomas, S.E., Willard, S.L., Brady, K.T., Davidson, J.R. (2001b). Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depress Anxiety*, 14, 255-262.
- Redmond, G.P. ve Coben, G. (1972). Sex difference in acetaldehyde exhalation following ethanol administration in CS7BL mice. *Nature*, 236, 117-119.
- Redmond, D.E. ve Huang, Y.H. (1979). Current concepts. II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life Sci*, 25(26), 2149-2162.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study: *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
- Rhebergen, D., Beekman, A.T.F., De Graaf, R., Nolen, W.A., Spijker, J., Hoogendijk, W.J., Penninx, B.W. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord*, 115, 450–9.
- Rice, K.G. ve Vanarsdale, A.C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 439–450.
- Rodgers, B., Parslow, R., Degenhardt, L. (2007). Affective disorders, anxiety disorders and psychological distress in nondrinkers. *J Affect Disord*, 99, 165–172.
- Ron, M.A. (1983). The alcoholic brain CT scan and psychological findings. *Psychological Med. Suppl.*, 3, 1-33.
- Rona, R.J., Jones, M., Fear, N.T., Hull, L., Hotopf, M., Wessely, S. (2010). Alcohol misuse and functional impairment in the UK armed forces: a population-based study. *Drug Alcohol Depend*, 108, 37–42.
- Rose, R.J. (1998) A developmental behavior-genetic perspective on alcoholism risk. *Alcohol Health & Research World*, 22, 131-142.

- Ruscio, A.M., Brown, T.A., Chiu, W.T., Sareen, J., Stein, M.B., Kessler, R.C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 38, 15-28.
- Sachs, H., Russell, J.A.G., Christman, D.R., Cook, B. (1987). Alteration of regional cerebral glucose metabolic rate in non Korsakoff chronic alcoholism. *Acta Neurol*, 44, 1242-1251.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması*. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Samancı, A.Y., Sefa, A., Solmaz, M., Erkmen, H., Uçarer, N. (1995). Alkol ve anksiyete bozuklukları ilişkisi. *Düşünen Adam*, 8, 44-49.
- Sareen, J., Chartier, M., Kjernisted, K.D., Stein, M.B. (2001). Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry*, 46, 733-740.
- Sartor, C.E., McCutcheon, V.V., Pommer, N.E., Nelson, E.C., Grant, J.D., Duncan, A.E., Waldron, M., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Heath, A.C. (2011). Common genetic and environmental contributions to posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychol Med*, 41, 1497–1505.
- Scherrer, J.F., Xian, H., Lyons, M.J., Goldberg, J., Eisen, S.A., True, W.R., Tsuang, M., Bucholz, K.K., Koenen, K.C. (2008). Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins. *Compr Psychiatry*, 49, 297–304.
- Schuckit, M.A. (1987). Biological vulnerability to alcoholism. *J Cons Clin Psychol*, 55, 301-309.
- Schuckit, M.A. ve Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1723–1734.
- Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disord*, 3, 15-23.

Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 282-288.

Schnider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U., Broese, T., Broocks, A., Burtscheidt, W., Cimander, K.F., Degkwitz, P., Driessen, M., Ehrenreich, H., Fischbach, E., Folkerts, H., Frank, H., Gurth, D., Havemann-Reinecke, U., Heber, W., Heuer, J., Hingsammer, A., Jacobs, S., Krampe, H., Lange, W., Lay, T., Leimbach, M., Lemke, M.R., Leweke, M., Mangholz, A., Massing, W., Meyenberg, R., Porzig, J., Quattert, T., Redner, C., Ritzel, G., Rollnik, J.D., Sauvageoll, R., Schläfke, D., Schmid, G., Schröder, H., Scheichtenberg, U., Schwoon, D., Seifert, J., Sickelmann, I., Sieveking, C.F., Spiess, C., Stiegemann, H.H., Stracke, R., Straetgen, H.H., Subkowski, P., Thomasius, R., Tretzel, H., Verner, L.J., Vitens, J., Wagnet, T., Weirich, S., Weiss, I., Wendroff, T., Wetterling, T., Wiese, B., Wittfoot, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol- dependent patients seeking treatment. *Alcohol Alcohol*, 36, 219-223.

Seal, K.H., Cohen, G., Waldrop, A., Cohen, B.E., Maguen, S., Ren, L. (2011). Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug Alcohol Depend*, 116, 93–101.

Selvi, Y., Akbaba, A.T., Beşiroğlu, L., Aydın, A., Özbebit, Ö., Atli, A., Özdemir, O. (2010). Van il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 5-13.

Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 144, 53–57.

Smith, J.P. ve Book, S.W. (2008). Anxiety and substance use disorders: A review. *Psychiatr Times*, 25, 19-23.

Smith, J.P. ve Book, S.W. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 35, 42–45.

- Smith, J.P. ve Randall, C.L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders Comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research*, 414-431.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Darnell, A., Bremner D., Nicolaou, A.L., Nagy, L.M., Charney, D.S. (1995). Trauma related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 152(8), 1150-1155.
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E.H., Fallon, S., Pathak, D. (1996). Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 37, 75–79.
- Stein, M.B., Heuser, I.J., Juncos, J.L., Uhde, T.W. (1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry*, 147, 217-220.
- Stein, M.B., Chartier, M.J., Lizak, M.V., Jang, K.L. (2001). Familial aggregation of anxietyrelated quantitative traits in generalized social phobia: clues to understanding ‘disorder’ heritability? *Am J Med Genet*, 105, 79–83.
- Stewart, S.H. ve Conrod, P.J. (2008). Anxiety disorder and substance use disorder comorbidity: Common themes and future directions (239-257). in: Stewart, S.H., and Conrod, P., eds. *Anxiety and Substance Use Disorders: The Vicious Cycle of Comorbidity*. New York, Ny: Springer.
- Stewart, S.H., Peterson, J.B., Pihl, R.O. (1995). Anxiety sensitivity and self-reported alcohol consumption rates in university women. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 283–292.
- Stewart, S.H., Samoluk, S.B., MacDonald, A.B. (1999). In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (287–320). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences*, 31, 157–171.
- Sullivan, T.P. ve Holt, L.J. (2008). PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence. *J Trauma Stress*, 21, 173–180.

- Şimşek, Z., Ak, D., Altındağ, A., Güneş, M. (2008). Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J Public Health (Oxf)*, 30, 487-93.
- Tambs, K., Harris, J.R., Magnus, P. (1997). Genetic and environmental contributions to the correlation between alcohol consumption and symptoms of anxiety and depression. Results from a bivariate analysis of Norwegian twin data. *Behavior Genetics*, 27, 241–250.
- Terra, M.B., Barros, H.M., Stein, A.T., Figueira, I., Jorge, M.R., Palermo, L.H., Athayde, L.D., Gonçalves, M.S., Spanemberg, L., Possa, M.A., Daruy Filho, L., Da Silveira, D.X. (2006). Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry*, 47, 463-467.
- Tez, Z. (2010). *Bilimde ve Sanayide Kimya Tarihi (2. Baskı)*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Tez, Z. (2012). *Lezzetin Tarihi (2. Baskı)*. İstanbul: Hayykitap.
- Thevos, A.K., Thomas, S.E., Randall, C.L. (1999). Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. *Subst Abus*, 20, 107-118.
- Thomas, S.E., Randall, C.L., Carrigan, M.H. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27, 1937–1943.
- Thomas, S.E., Thevos, A.K., Randall, C.L. (1999). Alcoholics with and without social phobia: A comparison of substance use and psychiatric variables. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 472–479.
- Thompson, A.D., Pratt, O.E., Jeyasingham, M., Shaw, G.K. (1988). Alcohol and brain damage. *Human Toxicol*, 7, 455-463.
- Thyer, B.A., Parrish, R.T., Himle, J., Cameron, O.G., Curtis, G.C., Nesse, R.M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behav Res Ther*, 24, 357-359.

- Tiihonen, J., Kuikka, J., Bergstrom, K., Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E. (1997). Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*, 154, 239-242.
- Timko, C., Finney, J.W., Moos, R.H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: Gender differences in social context and coping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 612–621.
- Tol, C. (1990). *Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanımını Etkileyen Bazı Değişkenler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Tran, G.Q., Smith J.P. (2008). Comorbidity of social anxiety and alcohol use disorders: Review of psychopathology research findings (59–79). in: Stewart, S.H., and Conrod, P.J., eds. *Anxiety and Substance Use Disorders: The Vicious Cycle of Comorbidity*. New York, NY: Springer.
- Turan, M., Çilli, A.S., Aşkın, R., Herken, H., Kaya, N., Kucur, R. (2000). Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Klinik Psikiyatri*, 3, 170-175.
- Tural, Ü., Aker, T., Önder, E. (2004). PTSD and Comorbid Depression After The Marmara Earthquake; *An Epidemiological Study*. 4th International Congress of Disaster Psychiatry. Approaches to disaster psychiatry: good science or good intentions? Miami, US.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389–394.
- Turner, J., Parsons, O.A. (1988). Verbal and nonverbal abstracting problem solving ability and familial alcoholism in female alcoholics. *J Studies on Alcoholism*, 49, 281-287.
- Türkcan, A. (1999) Türkiye’de Alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 10, 310-318.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). *Sağlık Araştırması 2012*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

- Uysal, M., Kutalp, G., Özdemirler, G., Aykaç, G. (1989). Ethanol-induced changes in lipid peroxidation and glutathione content in rat brain. *Drug and Alcohol Depend.*, 23, 227-250.
- Volkow, N.D., Hitzemann, R., Wolf, A.P., Logan, J., Fowler, J.S., Christman, D., Dewey, S.L., Schlyer, D., Burr, G., Vitkun, S., Hirschowitz, J. (1990). Acute effects of ethanol on regional brain glucose metabolism and transport. *Psychiatry Res*, 25, 39-48.
- Warren, G.H. ve Raynes, A.E. (1972). Mood changes during three conditions of alcohol intake. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 979-989.
- Wang, H., Jin, H., Nunnink, S.E., Guo, W., Sun, J., Shi, J., Zhao, B., Bi, Y., Yan, T., Yu, H., Wang, G., Gao, Z., Zhao, H., Ou, Y., Song, Z., Chen, F., Lohr, J.B., Baker, D.G. (2011). Identification of post traumatic stress disorder and risk factors in military first responders 6 months after Wen Chuan earthquake in China. *J Affect Disord*, 130, 213–219.
- Weiller, E., Bisslerbe, J.C., Boyer, P., Lepine, J.P., Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry*, 168, 169-174.
- Wells, J.C., Tien, A.Y., Garrison, R., Eaton, W.W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatr Scand*, 90, 84-90.
- WHO (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. Country profiles: Turkey, Geneva, World Health Organization.
- Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C., Klassen, A.D. (1984). Women's drinking and drinking problems: patterns from a 1981 national survey. *Am J Public Health*, 74, 1231-1238.
- Wilsnack, R.W. ve Cheloha, R. (1987) Women's roles and problem drinking across the lifespan. *Social Problems*, 34, 231-248.
- Wilson, G.T. ve Abrams, D.B. (1977). Effects of alcohol on social anxiety and physiology arousal: Cognitive versus pharmacological processes. *Cognitive Therapy and research*, 1, 195-210.

- Wong, D.T. ve Murphy, M. (1989). *Serotonergic mechanisms in alcohol intake in molecular mechanisms of alcohol*. Ed. By Sun y et al The Humana Press. 133-145.
- Woodruft, R.A., Guze, S.B., Clayton, P.J. (1972). Anxiety neurosis among psychiatric outpatients. *Comp Psyc*, 13, 165-170.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R.G., Princisvalle, K., Liebowitz, M.R., Wang, S., Blanco, C., (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 12-19.
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Yazman, Ü. (1995). *Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının Türkiye-İstanbul örneği ile incelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., Bozkurt A.I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9, 40.
- Yonkers, K.A., Dyck, I.R., Keller, M.B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Service*, 52, 637-643.
- Zalihic, A., Skobic, H., Pejanovic-Skobic, N. (2008). Case-control study: posttraumatic stress disorder and habits of war veterans. *Psychiatr Danub*, 20, 75-79
- Ziyalar, A. (1991). Alkol bağımlılığı. *Psikofarmokolojide Yenilikler Sempozyumu*, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Ebru Sancaklı 1989 yılında Kocaeli Gölcük'te doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini yine Kocaeli'nde tamamladı. Haliç Üniversitesi Psikoloji Bölümünden 2012 yılında mezun oldu ve takip eden yıl Haliç niversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programına baŐladı.

İletişim: 0532 786 70 01 – ebrusnckl@gmail.com