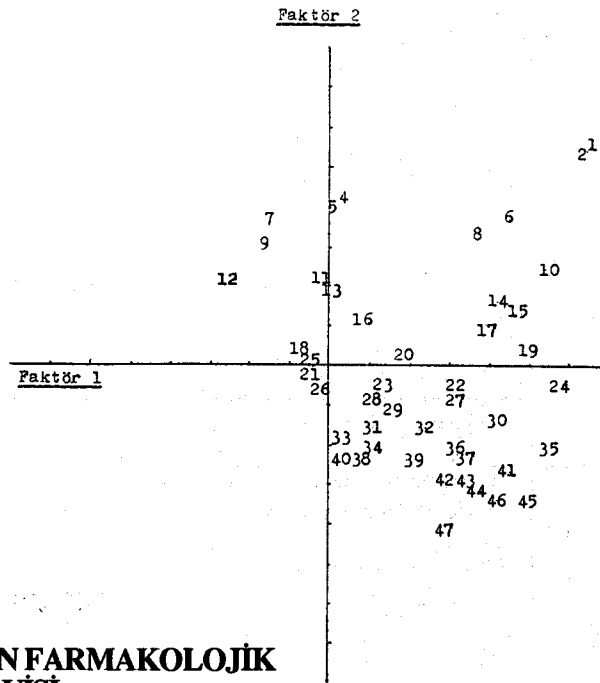


diagnosis. Psychosomatics 27: 625-630, 1986

6. Glass J, Gossett J, Barnhart D, et al : Cheset X- Ray and laboratory findings in a private psychiatry hospital population. Am J Psychiatry 142: 664 - 665, 1985.



## PANİK BOZUKLUĞUN FARMAKOLOJİK TEDAVİSİ

Dr. Erdoğan Özmen X

Dr. Şahap Erkoç X

ŞEKİL 1

**Özet :** Panik bozukluk, son zamanlarda üzerinde bir hayli çalışılmış oldukça önemli bir psikiyatrik bozukluk olarak, trisiklik antidepressanlara ve benzodiazepinlere iyi yanıt vermektedir. Buna ek olarak tedavisinde gösterdiği özellikler nedeniyle anksiyete bozukluklarının tanı ve sınıflandırılmasına katkıda bulunmuştur. Bu yazıda, panik bozukluğun tedavisi tartışılmış ve bu konudaki güncel ve geçerli bilgiler gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler :** Pkanik bozukluk, Antidapresanlar, Benzodiazepinler

**Summary :** Panic disorder as one of the unique and well-treated-especially recently-psychiatric disorder, respond well to benzodiazepines and tricyclic antidepressants. In addition, pharmacologic treatment of this disorder helps the differential diagnosis of the anxiety disorders. In this review, the current and valid information is reviewed about pharmacologic treatment of panic disorder.

**Key Words :** Panic disorder, Antidepressants, benzodiazepines.

Panik bozukluğun ilaçlarla etkili biçimde tedavi edilebileceğini gösterilmesi, psikofarmakolojideki son önemli gelişmelere birisi olmuştur. Panik bozukluğun ciddi ve yaygın bir hastalık olması sebebiyle, tedavideki başarıların, çoğu insanın yaşamında kayda değer etkileri olmuştur. Ek olarak, imipramin ve fenelzin gibi ilaçların panik atağı iyileştirirken, genelleşmiş anksiyete üzerindeki etkilerinin az oluşuna ilişkin gözlemler, anksiyete bozukluklarının etyoloji ve sınıflandırılmasına nitel yaklaşımlarda bulunabilme çabalarına önemli katkılarda bulunmuştur. (5) Panik bozukluğun farmakolojik tedavisinin teorik bağlamını tam da hastalığın üç evreli yapısı oluşturmaktadır. Çekirdek belirti, tekrarlayıcı ve önceden kestirilemeyen panik ataklardır. Bu panik atakların tekrar tekrar yaşanması, bir sonraki atağın ne zaman ve nerede ortaya çıkacağına ilişkin endişe veya

beklenti anksiyetesine yol açar. Bu sıkıntıyı azaltmak için hastalar sık sık yardım bulamayacaklarını düşündükleri ortamlardan sakınmaya başlarlar. Tedavi bu sürecin tersine çevrilmesidir ve ilk amaç panik atakları ilaç tedavisi ile engellemektir. Daha sonra hastalar, panik ataklarının olmayacağına bizzat kendilerinin yaşamaları için fobik durumları yeniden girmeleri için cesaretlendirilirler. Normal günlük etkinliklere geri dönülmesine rağmen panik atakların sürekli yokluğu beklenti anksiyetesini ortadan kaldırır. (1,5,17)

### Trisiklik Antidepressanlar

İmipramin panik bozukluğun tedavisinde üzerinde en çok durulan trisiklik antidepressandır (TAD). İmipraminin panik atakları önlediği fakat beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma davranışına etkisinin çok az olduğu bir dizi çalışmada gösterilmiştir. (5,10,15) . İlk kez Klein hastanede yatan fobik anksiyeteli hastalar üzerinde imipraminin davranışsal etkilerini araştırdığı bir çalışmada, bu ilacın anti-panik yararlılığından bahsetmiştir. (5)

Daha sonra imipraminin plasebo ile karşılaştırıldığı çalışmalarda (IQ, 21) ve imipramin, fenelzin ve plasebo karşılaştırmalı çalışmalarda (IQ) imipraminin antipanic etkinliği desteklenmiştir. İmipramine yanıtın, tedavinin birinci ya da ikinci haftasında ortaya çıkabileceği, fakat maksimum etkinin ancak altı ila onuncu haftalarda görüldüğü belirtilmektedir. (14) Farmakolojik tedavinin davranış tedavisine karşı yararlılığı sorusu, yapılan araştırmalarının sınırları nedeniyle net olarak yanıtlanamamaktadır. Fakat yakın zamanda yapılan bir kontrollü çalışmada imipraminin tek başına kullanıldığında, etkili bir antipanic ve antifobik etken olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada doz-yanıt ilişkisi araştırılmış ve üç ayrı doz şeması uygulanarak, yüksek doz alan (3 mg/kg/gün, ortalama 200mg/gün) gurupla, orta miktarda doz alan (1.5mg / gün/kg, ortalama 100 mg/ gün) gurup arasında, panik bozukluğun tedavisinde sağlanan iyileşme açısı

dan önemli bir fark bulunamamıştır. Bu nedenle yüksek doz imipraminin yan etkileri dikkate alındığında, panik takrın tedavisinde gereksiz bir risk anlamına geldiği ileri sürülmüştür. (II) 200 mg / gün gibi daha yüksek dozların bu bozukluğun agorafobik boyutunun tedavisi için gerekli olabileceği ileri sürülmüştür. Bur başka yazıda (17) tedaviye 0-25 mg/gün dozu ile başlanarak, her iki ile dört günde imipramin dozunun 25 mg artırılması, böylece 200 mg/gün dozuna kadar çıkılması, eğer hala yanıt alınamıyorsa imipramin ve desipraminin (desmetilimipramin) kan seviyelerini artırarak, dozun bu kan seviyeleri 120 ila 200 ng/ml ulaşılncaya kadar artırılması önerilmektedir. Keza, tedaviye 0-25 mg/gün imipramin ile başlanması 2-4 haftada 150-200 mg/ gün dozuna çıkılması, eğer yanıt alınmıyorsa dozun 400mg/gün seviyesine kadar yükseltilmesi önerilmektedir. (14) imipraminin panik atakları ve multipl fobiler olan hastaların tedavisinde başarılı bir biçimde uzun süredir kullanılıyor olmasına rağmen, hala net olarak yanıtlanamamış bazı sorular mevcuttur. Bunlardan en önemlileri, tedavide kaydedilen olumlu sonuçların, ikincil fobileri kaybetmeyen ve tekrarlayıcı panik atakları olan hastalarda da gözlenip gözlenmeyeceği ve imipraminle ortaya çıkan iyileşmenin hangi mekanizma üzerinden gerçekleştiğidir. (5)

#### **Diğer antidepresanlar**

Bir trisiklik antedepresan olan klomipraminin, yapılmış bir kontrolsüz çalışmada panik atakları ve fobik belirtileri bastırmada oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. (14) keza, doxepin, amitriptilin, nortriptilin, ve despraminin de panik bozukluğu tedavisinde kullanılabilir olduğu belirtilmektedir. (5,4,17) imipramin dışındaki antidepresan dozlarının aşağıdaki depresayonda kullanılan doz sınırları içinde tutulması önerilmektedir. (14)

İkinci kuşak antidepresanlardan nomifensin, ve bupropionun panik tedavisinde etkisiz olduğu, trazodonun etkiliğine dair raporların ise çelişkili sonuçlar sergilediği belirtilmektedir. (17)

#### **Benzodiazepinler**

##### **Alprazolam**

Halihazırdaki bilgiler triazolobenzodiazepin alprazolamın imipraminle karşılaştırılabilir düzeyde antipanic yararlılığına işaret etmektedirler. Etkisinin hızlı başlaması, düşük yanıt profili ve kolay tolere edilebilirliği alprazolamın kayda değer avantajlarını oluşturmaktadır. (5,17) Yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda da alprazolamın plasebodan daha etkili olduğu gösterilmiştir. (14) Yine panik bozuklukta plasebo yanıtının araştırıldığı bir çalışmada da benzer sonuçlar ulaşılmıştır. (4) Aynı zamanda panik atakları olan yedi şizofrenik hastada, antipsikotik tedaviye alprazolamın eklenmesiyle birlikte panik atakların kesildiği, buna ek olarak pozitif ve negatif şizofrenik semptomlarda da bir iyileşme olduğu gözlenmiştir. (8).

Panik bozuklukta alprazolam'ın önerilen başlangıç dozu, genellikle 0,25-0,50 mg/ gün'dür (5,14,17) . Birçok hastanın anksiyete belirtilerinde dozlar arası ribaud'ların görülmesi dikkate alınarak dozun günde üç veya dört kereye bölünerek verilmesi önerilmektedir. (17) . Zaten alprozolam, eliminasyon yarı ömrü görece kısa olan bir benzodiazepin'dir. (6-20 saat) (12) Plazma konsantrasyonlarındaki dalgalanmaları önlemek için, doz aralıklarının eliminasyon yarı ömrünün hiç olmazsa 2/3 ü kadar bir süreye tekabül etmesi gerektiği dikkate alındığında (2) günlük dozun alprazolam için 3 veya 4 kereye bölünmesinin gerekçesi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Dozun her iki üç günde bir 0.5 mg artırılarak 3-6 mg/gün'e kadar çıkılması önerilmektedir. Bazı vakalarda günlük 10 mg dozun gerekli olduğu söylenmektedir. (5,14,17) . Alprazolam'ın da fobik kaçınma davranışı ve beklenti anksiyetesinden ziyade panik atakları önlediği ve beklenti anksiyetisi için gereken dozun paniz atakları önlemede kullanılan dozdan daha yüksek olması gerektiği ileri sürülmektedir. (5) .

Alprazolam'ın (benzodiazepinler arasında helen hemen en düşük düzeyde olmasına rağmen) en yaygın yan etkisi sedasyon'dur (20) ve özellikle tedavinin ilk günlerinde hastalar bu konuda mutlaka uyarılmalı, yine bu nedenle doz çok yavaş olarak artırılmalıdır. (17) . Bazı nadir durumlarda alprazolam'ın paradoksal olarak timülan bir etki gösterdiği ve affektif bozukluk öyküsü olanlarda maniyi uyarıcı bir rol oynadığı kanıtlanmıştır (13) . Kullanımı esnasında laprazolam'ın başlangıçtaki tedavi edici etkisine karşın tolerans gelişebileceği, buna karşı uyanık olunarak yeniden tedavi edici düzeye ulaşılncaya kadar dozun artırılması gerektiği bildirilmiştir (17) . Bazı hastalarda alprazolam karşı belirgin ölçüde fizyolojik bağımlılık geliştiği bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada ,DSM - II- R in psikoaktif madde bağımlılığı (alprazolam) kriterlerini dolduran 7 hasta bildirilmiştir. Hemen hemen hepsinin ajitasyon, taşipne, çarpıntı, depersonalizasyon ve algı bozukluğundan, deliryum ve nöbetlere kadar uzanan çekilme semptomlarından bazılarını gösterdiği gözlenmiştir. 6 tanesinde tolerans geliştiği, hastaların alprazolam kullanmaya anksiyete ya da depresyon nedeniyle başladığı ve dozun 2-12 mg/ gün arasında, kullanım süresinin de 6 ay ile 3 yıl arasında değiştiği saptanmıştır. (7,17)

Özellikle alprazolamın ani kesilmelerinde deliryum ve nöbet riski nedeniyle hastaların bu konuda uyarılmaları ve alprazolamın çok yavaş olarak azaltılarak kesilmesi önerilmektedir. (5,14)

#### **Diğer Benzodiazepinler**

Alprazolamın lorazepam, lanazepam ve diazepam ile karşılaştırıldığı üç ayrı kontrollü çalışmada., bu ilaçlar arasında antipanic yararlılıkları açısından fark bulunamamıştır. (14) Bunun yanısıra, benzodiazepinlerin bizatihi panik atakları mı önlediği, yoksa genelleşmiş anksiyeteyi azaltarak panik atağa olan eğilimi mi azalttığı tartışmalıdır. (5).

#### **Karbamezapin**

Yapılan bir kontrollü çalışmada panik bozukluğu olan 14 hastada karbamezapin denenmiş ve hastaların hepsinde anksiyete belirtilerinde istatistik bir azalmayla birlikte, sadece birisinde belirgin ve kalıcı bir klinik iyileşme gözlenmiştir. Hastaların % 40 ında panik atakların sıklığında azalma gözlenirken, % 50 sinde artış gözlenmiş ve % 10 unda hiçbir değişiklik olmamıştır. EEG anormalliğinin veya psiko-

duysal belirtilerin, karbamezapine yanıtı önceden kestirmek bakımından önemli olmadığı bulunmuştur. (19)

#### Verapamil

11 hasta üzerinde 16 hafta boyunca yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada bir kalsiyum kanal blokörü olan verapamilin panik bozukluk üzerindeki etkileri araştırılmış ve bu ilacın hafif derecede antipanic ve antianksiyete özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir. (9)

#### Buspiron

52 hasta üzerinde yapılan kontrollü bir çalışmada buspironun (57,5 mg/gün) antipanic etkisi imipramin ve plasebo ile karşılaştırılmış ve etkisinin imipraminden daha az, plaseboya ise eşit olduğu bulunmuştur. (3) Yapılan bir başka çalışmada panik atakları benzodiazepin tedavisine yanıt veren fakat sürekli bir anksiyeteden yakınan 4 hastada tedaviye buspironun eklenmesi önemli bir düzelme sağlamıştır. (6) Buspironun başlangıç dozunun oral olarak günde iki kez 5mg ve maksimum dozunun ise 60 mg/gün olması önerilmekte etkisinin başlamasının 1-2 hafta kadar gecikebileceği bildirilmektedir. (20)

#### Klonidin

Bilindiği gibi klonidin merkezi etkili bir adrenerji agonisttir. Yapılan plasebo kontrollü çift kör iki çalışmanın sonuçlarına göre, panik bozuklukta IV klonidinin kısa etkili anksiyolitik etkilerinin olduğu, ancak uzun süreli oral kullanımında bu etkilerinin devam etmediği bildirilmiştir. (18).

#### Baclofen

Panik bozukluğun tedavisinde kullanılan etkili bütün farmakolojik etkenlerin aynı zamanda - aminobütirik isid (GABA) iletimini artırmasından hareketle, GABA'nın anti panik yararlılığını test eden plasebo kontrollü çift - kör bir çalışmada, selektif bir GABA agonisti olan baclofenin, panik atakların sayısını azaltmada plaseboya belirgin bir üstünlüğü olduğu gösterilmiştir. Çalışmada baclofen, 3 eşit doza bölünmüş halde 30 mg/ gün olarak kullanılmıştır. (3)

#### Releps

Panik bozukluğu olan hastaların, trisiklikler ve ya benzodiazepinlerle ne denli başarılı bir biçimde tedavi edilirse edilsinler % 50 ile % 95 inde relaps görüldüğü bildirilmektedir. (14) Yapılan bir çalışmada panik atağı olan 40 hastada alprazolam, dizepam ve plasebonun azaltılarak kesilmesinin ortaya çıkardığı etkili araştırılmış ve alprazolam alan hastaların ilacın kesilmesinden sonra diğer iki guruba göre anksiyetelerinde daha büyük artışlar gözlenmiş, panik atak bakımından ise fark gözlenmemiştir. Bu çalışmada tedavi süresi 10 hafta olarak ayarlanmıştır. (16)

#### İlaç seçimi

Antidepresanlar ve benzodiazepinler antipanic yararlılıkları açısından yaklaşık eşit düzyde olduklarından, ilaç seçiminin büyük ölçüde bu ilaçların taşıdıkları riskler ve yan etkiler dikkate alınarak yapılması önerilmektedir. (5,14) Tedavide ilk seçimin, daha çok çalışılmış olması, dolayısıyla yan etkilerinin ve güvenlik profillerinin iyi biliniyor olması, günlük aktiviteler üzerindeki olumsuz etkilerinin az olması, kullanım kolaylığı ve ilacın kesilmesini takiben görülen relapsların ve çekilme semptomlarının görece az ve nadir olması gibi nedenlerle trisiklik antidepresanların olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Keza, tedavide ki herhangi bir

gecikmeyi tolere edemeyecek denli anksiyeteli hastalarda, etkilirinin hızlı başlaması gerezkçesiyle alprazolamın, tedavinin ilk 2-4 haftalarında antidepresanlarla birlikte kullanılabilirliği, trisiklik antidepresanların etkilerinin başlamasıyla birlikte alprazolamın azaltarak kesilmesinin uygun olacağı üzerinde durulmaktadır. (5,14,15,17)

#### Tedavi süresi ve Tedavideki Başarısızlıkların Nedenleri

Panik bozukluğun farmakolojik tedavi süresinin, 1 yıla kadar uzanabildiği, bu yüzden genellikle 6 ila 12 ay başarılı bir tedavinin ardından ilacı kesmenin düşünülmesi gerektiği önerilmektedir. Keza, önerilen başka bir yöntemle, bir relaps olasılığını gözlemek için ilk 1-3 aylar arasında ilacın azaltılması, eğer relaps ortaya çıkarsa tedavinin tekrar eski düzeyine çıkartılması 3-6 aylar arasında tekrar bir ilaç azaltımına gidilmesi önerilmektedir. (5,14,17)

Tedavi başarısızlığının en yaygın nedenleri olarak

- 1- Yetersiz dozaj.
- 2) Yetersiz sürede tedavi,
- 3) Rezidüel belirtilerin yanlış değerlendirilmesi (panik ve anksiyete belirtilerini karıştırma)
- 4) Aynı anda varolan başka bir psikiyatrik bozukluğun yanlış teşhisi.

Trisiklik antidepresanlara veya benzodiazepinlere yanıt vermyen ve aynı anda varolan atipik bir depresyonun varlığında, tedavinin bir MAO inhibitörü ile (FENELZİN) sürdürülmesi, eğer bu mümkün değilse, aktive edici hererosiklik bir antedepresan ve yüksek potanslı bir benzodiazepin (alprazolam ) kombinasyonun geçerli bir seçenek sunabileceği belirtilmektedir. (5,17)

#### KAYNAKLAR

- 1- American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders . Third Edition-revised, Washington, DC 1987 p 235-241
- 2- Boulenger JP, Lader M: Pharmacokinetics and drug metabolism-basicc principles, In Tyrer PJ (ed) , Drugs in psychiatric practice, First published, Butterworths Co Ltd, Cambridge, 1982, p II-30
- 3- Breslow MF, Fankhauser MP, Potter RL et al : Role of - Aminobutyric Acid in Antipanic Drug Efficacy. Am J Psychiatry 146: 353-356, 1989
- 4- Coryell W, Noyes R: Placebo response in panic disorder. Am J Psychiatry 145: 1138-1140 , 1988
- 5- Fyer AJ, Hales RE (ed. ) , Review of Psychiatry, Volume 7, American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1988 p 88-120
- 6- Gastfriend DR, Rosenbaum JF , Adjunctive buspiron in benzodiazepine treatment of four patients with panic disorder. Am J Psychiatry 146: 914-916, 1989
- 7- Juergens SM, Morse RM: Alprazolam dependence in seven patients. Am J Psychiatry 145: 625-627, 1988
- 8- Kahn JP, Puertollano MA, Schane MD et al: Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety : Clinical observation and pathogenetic implications. Am J Psychiatry 145: 742-744, 1988
- 9- Klein E, Ulde TW: Controlled study of verapamil for treatment of panic disorder. Am J Psychiatry 145: 431-434, 1988
- 10- Liebowitz MR: Panik bozukluğun tedavisinde tri-

lik antidepressanlar ve MAO inhibitörleri: Kısa bir  
zden geçirme. (1989) İngilizce en çeviren-Yankı Yazgan,  
rk Psikiyatri Dergisi 1:17-19, 1990

11- Mavissakalian MR, Perel JM: İmipramine dose-  
response relationship in panic disorder with agoraphobia.  
Arch Gen Psychiatry 46: 127-131, 1989

12- Normal TR, Judd, FK, Marriot PF et al : Physical  
treatment of anxiety: The benzodiazepines. In Roth SM,  
Woyes R, Burrows GD (ed) , Handbook of Anxiety, volume  
Elsevier, Amsterdam, 1988, p 335-384

13- Pecknold JC, Fleury D: Alprazolam-induced manic  
episode in two patients with panic disorder. Am J Psychiat-  
143: 652-653, 1986

14- Perry PJ, Alexander B, Clinical psychopharmacolo-  
seminar department of psychiatry, college of pharmacy  
Ill 1989 and Spreng 1990

15- Rickels K, Schweizer EE: Current pharmacotherapy  
anxiety and panic. In Meltzer HY (ed), Psychopharmacolo-  
gy, Raven Press, New York, 1987 p 1193-1203

16- Roy-Byrne PP, Dager SR, Cowley DS et al: Re-  
bound and rebound following discontinuation of benzodi-  
azepine treatment of panic attacks: Alprazolam versus diaze-  
m. Am J Psychiatry 146: 860-865, 1989

17- Uhde TW, Nemiah JC: Panic and generalized anxiety  
disorder. In Kaplan HI, Sadock BJ (ed) , volume I, fifth edi-  
tion., Williams and Wilkins, Baltimore, 1989, p 952-972

18- Uhde TW, Stein MB, Vittone BJ et al : Behavioral  
and physiologic effect of short-term and long-term adminis-  
tration of clonidine in panic disorder. Arch Gen Psychiatry  
38: 170-177, 1989

19- Uhde TW, Stein MB, Post RM: Lack of efficacy of  
clonidine in the treatment of panic disorder, Am J PSY-  
chiatry 145: 1104-1109, 1988

20- Wise MG, Cassem NH: Psychiatric consultation to  
intensive-care units. In Tasman A, Goldfinger SM, Kaufmann  
S (ed), Review of psychiatry, volume 9, American Psyc-  
hiatric Press, Inc. Washington, 1990, p 413-432

21- Zitron CM , Klein DF, Woerner MG et al: Treatmen-  
t of phobias, I: Comparison of imipramine hydrochloride  
and placebo. Arch Gen Psychiatry 40: 125-138, 1983

ANAHTAR KELİMELER: AMATEM, Madde Bağımlı-  
lığı, Demografi

**SUMMARY:** 520 drug addicts were admitted to Bakırköy  
Neuro-Psychiatric Hospital Alcohol and Treatment Center.  
517 inpatients were male and 3 were female. The type of  
substance abused, age, education, occupational status and  
the first drug used were evaluated and compared with the  
previous years results under the scope of literature

**KEY WORDS :** AMATEM , Drug Addiction , Demog-  
raphy

Uyuşturucu madde kullanımı korunma, önleme ve tedavi  
açısından çok yönlü yaklaşım gerektiren ve son yıllarda ge-  
leşmiş ülkelerin yanı sıra, gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra  
gelişmekte olan ülkelere de toplumu tehdit eden en büyük  
tehlikelerden birisidir. 1983 yılında kurulmuş olan Bakırköy  
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Uyuşturucu  
madde bağımlıları tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM)  
madde bağımlılığı konusunda ayrı bölümle hizmet vermek-  
tedir. Devlet tarafından alınan önleyici tedbirlerin (polisin  
sıkı kontrolü, yeşil ve kırmızı reçete uygulamaları gibi)  
uyuşturucu kullanımının yaygınlaşmasını engellemede mu-  
hakkakki tesiri vardır. Servisimizde yatan hastaların sayı-  
ları, özellikleri ülke genelini kapsamamakta ama konunun  
ciddiyeti, güncelliği, boyutları gözönüne alındığında sun-  
duğumuz demografik verileri önemi ve gerekliliği olduğuna  
inanıyoruz.

**METERYEL :** 1988 yılında AMATEM uyuşturucu te-  
davisi servisine yatan 3 ü kadın olmak üzere toplam 520  
hasta araştırmaya alınmıştır. Bu vakalar yaşa, yatış sayısı,  
kullandığı madde türleri, yatış süreleri, yaşadıkları yerleşim  
bölgeleri ve kullandıkları madde gibi özellikleri ile gözden  
geçirilmiş ve daha önceki yıllarla karşılaştırmalı olarak so-  
nuçlar tartışılmıştır. Ek olarak 1988 yılında ilk defa yatarak  
tedavi gören hastaların kullandıkları madde türleri gözden  
geçirilmiştir.

Tablo I:

YIL	ERKEK	KADIN	TOPLAM
1983	68	10	78
1984	142	25	167
1985	233	23	256
1986	330	24	354
1987	422	31	453
1988	517	3	520
TOPLAM	1710	118	1828

Tabloda görüldüğü gibi her yıl yatan hasta sayısında  
artış vardır. Toplam yatan hasta sayısı 1988 yılında en fazla  
olmasına karşın kadın hasta sayısında düşüş vardır. Fakat  
buradan madde bağımlılarının azaldığının bir işareti sayıla-

## UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILARINDA DE- MOGRAFİK ÖZELLİKLER

### A. Demographic Study an drug an Drug Addiction

Doç. Dr. Mansur Beyazyürek, Dr. Latif R. Alpkan,  
Dr. Oğuz Karamustafaloğlu Dr. Ömer Akil Özer, Psk. M.  
Kemal Anıl.

#### ÖZET:

Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi AMATEM'de  
1988 yılında 520 uyuşturucu madde bağımlısı yatırılarak te-  
davi altına alınmıştır. Hastaların 517 si erkek 34'ü kadındır.  
Hastaların kullandıkları madde türüne göre dağılımı, yaş ,  
evlenme durumu, medeni durumu, yaşadıkları bölgeler ve  
kullandıkları maddeler gibi özellikler gözden geçirilmiş  
ve daha önceki yıllarla karşılaştırmalı olarak sonuçlar titara-  
rışığına tartışılmıştır.