

# ÇOCUKLUK ÇAĞI SELİM FOKAL EPİLEPSİLER BENIGN FOCAL EPILEPSIES OF CHILDHOOD

Dr. Sevim BAYBAŞ

Dr.Hülya TİRELİ

DR. Baki ARPACI

## ÖZET :

Bu yazıda oldukça sık rastlanan, çocukluk çağı epilepsilerinin önemli bir grubunu oluşturan, fokal olmalarına karşın prognozlarının iyi olmasıyla dikkati çeken çocukluk çağı selim fokal epilepsilerinin özellikleri gözden geçirilmiştir.

## S U M M A R Y :

In this review, the clinical and electrophysiological features of benign childhood focal epilepsies are discussed. These epilepsies, are an important group among the childhood epilepsies. In spite of focal origine, they have good prognosis.

Yıllar boyu epilepsi, tedavi edilemeyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Özellikle fokal epilepside iyileşme olasılığının çok düşük olduğu zannediliyordu. Ancak son yıllarda "selim epileptik sendromlar" diye oldukça yeni bir kavram gelişmiş, böylece eski bilgilerimiz kısmen değişikliğe uğramıştır.

Çocukluk çağı epilepsilerinin çok önemli bir grubunu oluşturan "selim epilepsi" kavramını şu şekilde açıklayabiliriz:

- Yaşa bağımlı olarak ortaya çıkan
- Fokal nöbetlerle seyreden
- Tedaviye iyi cevap veren veya çocuğun büyümesi ile spontan iyileşen
- EEG'de fokal epileptik deşarjların büyümesi ile spontan iyileşen
- Mental durumun bozulmadığı
- Epilepsiyi açıklayacak organik bir bozukluğun saptanmadığı ve daha çok fonksiyonel olduğunu düşünülen primer konvülsif bir bozukluk (2,4,5,8,9).

Bu sendromlar birçok yönleriyle "Primer İdiopatik Epilepsi" lere benzerlik gösterirler. Hatta bunların prognozu, primer idiopatik epilepsiler arasında prognozunun eniyi olduğu kabul petit mal'den bile daha iyidir (8).

EEG'de epileptik bir fokusla karşılaştığımızda, ilk akla gelen şey, kortikal bir lezyonun varlığıdır. Fokal bir nöbette bize genellikle, serebral bir lezyona bağlı gelişmiş semptomatik epilepsiyi düşündürür. Bu alışıla gelmiş geleneksel yaklaşıma, selim fokal epilepsiler paraadox oluşturmaktadırlar.

Çünkü gerek klinik, gerek EEG bulgusu olarak fokal özellik gösteren bu nöbetler, kortikal patolojiye bağlı gelişmiş sekonder nöbetler değildir. Tamamen normal olan çocuklarda görülürler, tedaviyle kolaylıkla kontrol altına alırlar, kural olarak tam iyileşme beklenir. Ayrıca dikkati çeken bir özellik de genetik geçişin söz konusu olmasıdır (2,8,11). Bu çocukların çoğunun yakın akrabalarında ya epilepsi vardır ya da klinik olarak nöbet görülmeksizin EEG'lerinde tipik epileptojenik deşarjlar görülür.

Selim epileptik sendromların değişik formları tanımlanmıştır:

Santral - Medtemporal Fokus ile Şekillenen selim Fokal Epilepsi:

Çocukluk çağı selim fokal epilepsiler arasında en iyi

tanınan ve ensık rastlanan formudur.

Bu epileptik türü ile ilgili çalışmalar yaklaşık 40 yıl önce başlamış ve zaman içerisinde özellikleri tanımlanmıştır (7,8).

## Klinik;

- Çocuk epilepsiler arasında, bu epilepsi türüne rastlanma oranı % 15-20 gibi oldukça yüksektir (7,8)

-Nöbetlerin başlamaya yaşı 3-13'tür. Genel anlamda nöbetler en erken 2 yaşında başlar, 9 yaşında pik yapıp pubertede kaybolur.

- Erkeklerde rastlanma oranı daha fazladır.

-Nöbet sıklığı düşük ve süresi oldukça kısadır. Bazı gün aynı gün içinde nöbetler defalarca tekrarlayabilir ve sonuna kadar uzunca bir süre ara verirler (bu epilepsi türü için tipik bir özellik).

- Bir diğer özellikte vakaların 90-80 'inde nöbetler sadece uyku sırasında ortaya çıkmasıdır (gece veya gündüz uykusu). Hemen uykuya dalar dalmaz görülebildiği gibi daha çok sabah uyanmaya yakın görünürler. Çocukların 15 kademede nöbetler hem uykuda hem de uyanıkken ortaya küçük bir grupta sadece uyanıklıkta görülürler (7,8).

-Çocuğun nöbet öncesi özgeçmiş genellikle normaldir. Ancak % 10 oranında bebekte geçirilmiş febril konvülsiyon öyküsü, % 6-10 oranında çeşitli neonetal sorunlar, 4-5 oranında hafif kafa travması öyküsü söz konusu olabilir. (7,8).

- Yazarların büyük çoğunluğu, selim epilepsi tanı koymak için çocukların nörolojik ve mental olarak normal olması gerektiği şartını öne sürerken, bazı yazarlar da nörolojik defisidi olan çocuklarda ,mevcut beyin lezyonunda bağımsız olarak selim epilepsi gelişebildiğini bildirmektedirler (7,13).

## Nöbetlerin özelliği ;

Tipik bir nöbette çocuk anne ve babasının yanına gelmesi şuuru yerindedir, konuşamaz, eliyle ağzını işaret eder ki bence sırada ağız bir tarafa kaymış, kenarından salya akmakta ve bir yüz yarısında hafif adale kasılmaları olmaktadır. Tüm bu olaylar en fazla 1-2 dakika sürer. Çocuk nöbetin tek tarafı dil, dişeti ve yanakta iğnelenme, uyuşma veya elektriklenme ile başladığını söyler. Böyle bir nöbet anamnezi alındığında ilk akla gelecek tanı, selim sentro-temporal epilepsi olmalıdır.

Bu hemipasal nöbet, aynı taraf kol ve seyrek olarak bacakta da yayılabilir. Uykuda jeneralize olabilir. Uyanıklıkta jeneralize major nöbet görülmez.

Uykuda gelen nöbetler üç tip olabilir: 1- Uyanıklıkta görüldüğü gibi tipik kısa süreli hemifasial atak. Çocuk somatosensorial aura nedeniyle uykusundan uyanabilir. 2- Hemifasial kasılmaların sonucunda şuur kaybı gelişebilir ve nöbet kusma ile sonuçlanır. 3- Fokal nöbet sekonder jeneralize olabilir.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Kliniği

ize nöbete dönüşebilir ve sıklıkla bu durum yanlış tanıya yol açar.

#### **EEG bulguları;**

İnteriktal EEG kayıtlarında, santral (Rolandik) ve midtemporal bölgelerde unifokal veya bifokal spike'lar görülür. Bu diken dalgalar difazik, yüksek voltajlı olup, belli aralıklarla, genellikle diziler halinde ortaya çıkar ve bazen bunları bir yavaş dalga izler.

Bu fokuslardan bağımsız olarak ayrıca oksipital spike'lara da rastlamak mümkündür.

Bazı EEG kayıtlarında, fokal deşarjlara ilaveten generalize spike wave deşarjları da görülebilir. (klinik olarak bu görünüme absans nöbeti eşlik etmez).

Rolandik-midtemporal spike'ların sayısı uykuya dalış ve uykunun tüm dönemlerinde artar ve bilateral olma özelliği gösterir. Selim sentro-temporal epilepsisi olan çocukların % 80'unda spikelar sadece uykuda ortaya çıkarlar. Bu yüzden uyanıklık EEG'si normal olan, klinik olarak selim sentro-temporal epilepsi şüphelenilen çocuklarda, muhakkak uyku EEG'si kaydı yapmak gerekir.

Zamanla EEG'deki spike deşarjları azalır ve EEG 6 ay ile 6 yıl arasında normale döner. Uyku EEG'sinde normalleşme, uyanıklık EEG'sinden daha sonra olur.

#### **Patofizyoloji;**

Yapılan çeşitli çalışmalar bu nöbetlerin nörofizyolojik mekanizmasına henüz açıklık getirmiş değildir. Ancak epileptojenik fokusun yer değiştirmesi, aynı anda oksipital spike'lara rastlanabilmesi, nöbetlerin belli bir yaşdan sonra kaybolması, çocukta nörolojik defisit bulunmaması, kortikal bir lezyonda çok, fonksiyonel özellikte fokal epilepsi varlığını düşündürür.

#### **Tanı;**

Tanı, klinik, nöbet şekli ve tipik EEG bulgusuna dayanır. Çocukta selim epilepsi varlığına karar verilmesi ile bir dizi gereksiz ve pahalı tanı yöntemlerine başvurma zorunluluğu da hemen hemen ortadan kalkar. Yazarların çoğu, tipik vakalarda, beyin tomografisini bile gereksiz ve lüks bulmaktadır (7,8,13).

Nöbette visseral aura, şuur bulanıklığı, otomatizm veya fizik değişiklikler olmadığı ve EEG'de de anterior temporal bölgede anormal deşarj görülmediği takdirde, bu epilepsi türünün, temporal lob epilepsisinden kolaylıkla ayırıcı tanısı yapılır. Sento-temporal selim epilepsinin semptomatolojisi elementer ve stereotiptir.

Brakiofasial nöbet veya unilateral konvulsiyon olarak şekillendiği zaman klinik olarak selim epilepsiyi, Jacksonie nöbete dönüşen selim epilepsi, primer jeneralize tonikoklonik nöbet ile karışık yol açar.

Bu durumlarda tipik EEG bulgusu tanıya yardımcı olur.

#### **Genetik özellikler;**

Araştırmacıların çoğu bu sendromda, ailede epilepsi eğilimine dikkat çekmektedirler. bu vakaların % 40'ından fazlasında ailede (kardeş, anne, baba, yeğen ) febril konvulsiyon öyküsü, fokal veya jeneralize nöbet yada EEG'lerinde asemptomatik epileptik deşarj varlığı söz konusudur. (7,8,11).

Bu sendromdaki genetik özelliğin, primer epilepsilerde olduğu gibi, yaşta bağlı penetrons ile tek bir otozomal dominant genin kontrolünde olduğu sanılmaktadır (7,8,11),

#### **Tedavi;**

Çocuğun nöbetleri çok kısa süreli ve hefifse, nöbetler çok seyrek terarlıyor ve sadece uykuda oluyorsa, anti epileptik tedaviye başlanmayabilir.

Bu çocukların % 10'u sadece bir kez nöbet geçirir, daha sonra nöbet tekrarlamaz (8).

Tedaviye başlanacaksa, seçilecek ilaç karbamezapindir. Fenitoin ve barbitüratlarda kullanılabilir. Valproat ve klonazepam'ın etkisi sınırlıdır. Polifarmasi ve yüksek doz ilaçtan kaçınmak gerekir.

Çocukların çoğu tedaviye çok iyi cevap verir.

EEG tetkikleriyle çocuk takibe alınır. EEG normale döndüğünde tedavi sonlandırılır. Son yıllardaki görüş, EEG henüz normale dönmese bile, 1-2 yıllık nöbetsiz dönemden sonra tedavinin sonlandırılabilceği şeklindedir (7,8).

#### **Prognoz;**

Prognozu çok iyi olan bir epilepsi tipidir. Bu çocuklar tedavi edilsin veya edilmesin zamanla hepsinin nöbetlerinin durduğu ve EEG'lerdeki sentro-temporal ve oksipital fokusların silindiği görülmüştür.

Bu epilepsi tipi, çocukluk çağı diğer selim epilepsiler arasında da en iyi prognoza sahip olan türdür. Puberteye kadar çocukların hepsi iyileşir.

Prognozu bu kadar iyi olan bir epilepsi türünü tınımak ve aileyi bu konuda aydınlatmak, çocuğun ilerindeki psiko-sosyal yaşamı açısından ayrıca çok büyük önem taşımaktadır.

#### **Selim Oksipital Epilepsi;**

Bir diğer selim çocukluk çağı epilepsisi olan oksipital epilepsi, elektro klinik antite olarak 1982'de Gastaut tarafından tanımlanmıştır (6,8).

#### **Klinik ;**

1,5,-17 yaş arasında ortaya çıkar, 6 yaş civarında pik yapar . Kız ve erkek çocuklarda eşit olarak görülür.

Nöbetler daha çok demtler halinde ortaya çıkar ve bunu uzunca bir nöbetsiz dönem izler.

Sıklıkla uykuda, hemen uykuya dalar dalmaz nöbet ortaya çıkar, bazen uyanıklıkta da görülebilir.

Nöbet sırasında geçici vizyon kaybı, skotom, kompleks vizüel hallüsinasyonlar, makropsi veya mikropsi tarzında vizüel illüzyonlar olur. Vakaların çoğunda vizüel aurayı parsiyel veya jeneralize motor nöbet izler. Bu durum daha çok uykuda gelen nöbetler için söz konusudur.

Çocukların % 30'unda nöbetler pür sensoriel özellik taşır. Nöbet sırasında veya sonrasında bulantı-kusma ile birlikte baş ağrısı olabilir.

#### **EEG bulguları;**

Temel aktivite normaldir. Oksipital bölgede unilateral veya bilateral, senkron veya asenkron, yüksek voltajlı spike'lar, spike wave'ler veya sharp wave'ler görülebilir. Fokus zamanla yer değiştirir veya santral-midtemporal bölgeye atlar. Deşarjlar uykuda aktive olurlar. Maksimal aktivasyon NREM'de olur.

#### **Etyoloji;**

Ailede selim epilepsinin diğer türlerine rastlanma sıklığı % 30-35 dir. Ayrıca ailde migren öyküsünde oldukça siktir (% 15) . Çocuğun öz geçmişinde % 10 gibi yüksek oranda febril konvulsiyon öyküsü bulunabilir (6,8).

### Hastalığın seyri:

Çocukların % 60'ı tedaviye çok iyi cevap verir. Seçilecek ilaç Fenitoin, karbamazepin, valproat, enobarbital olabilir.

Nöbetler puberte döneminde sona erer. Nöbetlerin ortadan kalkması ile genellikle EEG'de normale döner.

### Ayrıca tanı;

Oksipital epilepsi, baş ağrısı ile ortaya çıktığında ayrıcağı tanısı güçleşebilir. Çünkü vizüel aura ile başlayan migren atakları olabilmektedir.

Migrene, görme bozukluğu, skotomlar gibi daha çok negatif vizüel fenomenler eşlik eder, oksipital epilepside ise kompleks halüsinasyonlar ve illüzyonlar gibi pozitif vizüel fenomenler öne plandadır.

Kesin ayırıcı tın, vizüel hallüsinasyon ve baş ağrısı epizodalarının EEG kayıtları ile mümkündür.

Oksipital spike'ların patofizyolojisi;

Çocukluk çağında oksipital bölgede fonksiyonel epileptik foküsün doğuşundan;

- Herediter yatkınlık

- Matürasyonel faktörler

- Yaşamın erken döneminde gelişmiş vizyon defekti nedeniyle, vizüel korteksin yerersiz uyarılması gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (6,8).

### Prognoz;

Yazarların çoğu prognozun iyi olduğunu söylerken,, bazıları tersini savunmaktadır. Bu farklılık muhtemelen vaka seçmek kriterlerinden kaynaklanmaktadır.

Çocuklarda, oksipital spike'larla şekillenen nöbetlerin hepsi selim değildir. Kortikal bir lezyon sonucu gelişmiş epilepsilerde de oksipital spike'lar görülmektedir.

EEG'sinde oksipital spike'ı olan ve epilepsi nöbeti geçiren bir çocuğun prognoz açısından değerlendirilmesinde serebral bir lezyonun söz konusu olup olmadığı dikkate alınmalıdır.

Oysa Rolandik epilepsi, serebral lezyonun varlığında bile daima selim özelliğindedir.

### Frontal Fokus ile Şekillenen Selim Fokal Epilepsi:

Epilepsinin bu formu 1983 yılında Beaumanoir ve Nahory tarafından tanımlanmıştır (8).

Nöbetler 5-8 yaşlarında başlar, puberteye doğru kaybolur. Az sayıda hastada yıllar sonra jeneralize veya fokal nöbete gelişebilmektedir.

Tipik fokal nöbet adversif tiptedir. Bazen sadece baş, bazende baş ve gövde birlikte doğru döner. Ayrıca kompleks absanslar, unilateral klonik konvülsiyon görülebilir. Nöbete bazen terleme, lakrimasyon, yüzde kızama gibi otonomik bulgularda eşlik edebilir. Hafif bir şuur bulanıklığı olabilir ve postiktal baş ağrısı görülebilir. Uykuda nöbetler sekonder jeneralize tonik-klonik nöbete dönüşme eğilimi gösterirler.

EEG bulgusu, unilaterel veya bilateral frontalveya posterior frontal foküstür. Vakaların yarısında ayrıca saniyede 3 frekanslı spike and wave paroksimleri de görülebilir. Epileptik deşarjlar uyku ile aktive olurlar. Puberteye doğru EEG tüm hastalarda normale döner.

### Selim fokal epilepsilerin diğer formları:

#### Selim psikomotor epilepsi:

Psikomotor epilepsi, prognozu kötü, tedaviye direnç ve genellikle serebral patolojiyle bağlantılı bir epilepsi türü olarak kabul edilir.

1980 yılında Dalla Bernadina ve arkadaşları, nöbetlerin affektif semptomların ağırlıkta olmasına karşın, prognozu iyi olduğu bir grup hasta tanımlamışlar (3,8).

Bunlarda nöbetler 2-9 yaşları arasında başlıyor. Çocuk nöbet esnasında korkuyla etrafına bakınıp bağıyor. Sonra terleme, solukluk, midriasis oluyor ve ağız çevresinde belirginli çekilmeler ortaya çıkıyor. Nöbetler uykuda veya uyanıklıkta olabiliyor. Tedaviye çok iyi yanıt almıyor. kural olarak nöbetler puberte döneminde kayboluyor. Çocukları kendined febril konvülsiyon, ailede epilepsi öyküsü oldukça yüksektir.

EEG'de spesifik bir patern söz konusu değildir. Özellikle uykulu a aktive olan fokal, multifokal spike'lar ve jeneralize spike-wave deşarjları görülebiliyor.

Bu özellikler nedeniyle, bu epilepsi türünün daha çoğunlukla genetik kaynaklı olduğu ve selim özellikte olduğu kabul edilmiştir.

#### Landau-Kleffner sendromu :

Sendrom 1957'de Landau ve Kleffner tarafından tanımlanmıştır. (1,8,10)

Bu sendrom 3-10 yaşları arasında görülür. Önce verbalet agnozi oluşur, zamanla konuşma tamamen yitirilir. Fokal epilepsi nöbetleri afaziden önce veya affaziye takiben ortaya çıkar.

EEG'de temporal bölgede belirli bilateral veya multifokal spike'lar görülür. Gerek EEG'deki spike'lar, gerekse nöbetler uykulu aktive olurlar.

Bu sendrom, serebral bir lezyonun varlığı gösterilmediği sürece, tartışmalı olmakla birlikte bazı yazarlarca çocukluk çağı selim epilepsileri kapsamına alınmaktadır. (1,8) Çünkü vakaların hepsinde epilepsi nöbetleri 12 yaşında önce tamamen kaybolur. 15 yaşından önce de tüm çocuklar da EEG normale döner. Afazi vakaların yarısında tamamen geçer, yarısında ise kısmi düzelmeye görülür.

Bunun yanısıra literatürde, serebral patolojiye sekonder gelişmiş landau-Kleffner sendrom vakaları bildirilmiştir (10)

Rolandik epilepsinin klinik ve elektroensefalografik özelliklerini taşıyan bir çocukta ayrıca belli aralıklarla tekrarlı olarak tekrarlayan ve uzunca süre devam edensiyal ve psikomotor dispraksinin varlığı gözlenmiştir. Landau-Kleffner sendromunda olduğu gibi bu çocuk da nörolojik defisitine rağmen selim epilepsiler kapsamında kabul edilmiştir (12).

### LİTAREATÜR

1- Beaumanoir, A. : The Landau-Kleffner Syndrome. In: Rogre, J., Dravet, C., Bureau, M., Dreifuss, F.E., Wolf, P. (eds.) , Epileptic syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. Lebbey Eurotext, 1985, pp. 181-191.

2- Dalla Bernardina, B., Chiamenti, C., Cprovilla, G., Colamavia, V., : Benign Partial Epilepsies in Childhood. In: Roger, J., Dravet, C., Bureau, M., Dreifuss, F.E.

Childhood and Adolescence. Libbey Eurotext, 1985, PP. 137-149.

3- Dalla Bernardina, B., Chiamenti, C., Capovilla, G., Ravisan, E., Tarssinavi, C.A. : Bening partial Epilepsy with Affective Symptoms. In : Roger, J., Dravet, C., Bureau, M., Dreifuss, F.E., Wolf, P., (eds) . Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. Libbey Eurotext, 1985, pp. 171-175.

4- Dinner, D.S., Lüders, H. : The electroencephalogram in the Routine Evaluation of Patients with Epilepsy. In : Porter, R.J., Morselli, P. L. (eds.) . The Epilepsies. Butterworths, 1985, pp. 166-167.

5- Dulac, O., Cusmai, R., Oliveria, K. : Is there a Partial benign Epilepsy in Infancy. Epilepsia 1989. : 798-801.

6- Gastaut, H. : Benign Epilepsy of Childhood with occipital Paroxysms. In : Roger, J., Dravet, C., Bureau, M., Dreifuss, F.E., Wolf, P. (eds.) . Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. Libbey Eurotext, 1985, pp: 159-170.

7- Lerman, P. : Benign Partial Epilepsy with Centrotemporal Spikes. In : Roger, J., Dravet, C., Bureau, M., Dreifuss, F.E., Wolf, P. (eds.) . Epileptic Syndromes in Infancy Childhood and Adolescence. libbey Eurotext, 1985. p. 150-158.

8- Lerman, P., Kivity, S. : The Benign Focal Epilepsies of Childhood. In : Pedley, T.A., Meldrum, B.S. (eds.) . Recent Advances in Epilepsy. Churchill livingstone, 1986. p. 137-156.

9- Olofsson, O.E. : Treatment of epileptic Disorders in Children. In : Robb, P. (ed.) . Epileptic Aphasia Due to Neurocysticercosis. Epilepsia 30 (5) : 569-572, 1989.

10- Otero, E., Cordora, S., Diaz, F., Garcia-Teruel, J., Del Brutto, O. H. : Acquired Epileptic Aphasia Due to Neurocysticercosis. Epilepsia 30 (5) : 569-572, 1989

11- Ottman, R. : Genetics of the Partial Epilepsies : A review. Epilepsia, 30 (1) : 107-111, 1989

12- Roulet, E., Deonna, T., Daespland, P.A. : Prolonged Intermittent Drooling and Ormotor Dyspraxia in benign Childhood Epilepsy with Centrotemporal Spikes. Epilepsia, 30 (5) : 564-568, 1989

13- Santanelli, P., Bureau, M., Magaouda, A., Gobbi, G., Roger, J. : Benign Partial Epilepsy with Centrotemporal (or Rolandic) Spikes and Brain Lesion. Epilepsia, 30 (2) : 182-188, 1989

**Alkol Bağımlılığı ve Yüksek Öğretimde Esikososyal Faktörler Alcohol and Psychosocial Factors in College Education**

### **ÖZET:**

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezinde yatarak tedavi gören üniversite mezunu hastalar araştırmaya alanmış olup bu konuda ülkemizde yapılacak saha çalışmalarıyla ilgili amaç ve kriterler belirlenmeye çalışılmıştır.

Hastaların üniversite öğretim dönemi ile ilgili psikososyal özellikleri tespit edilmiş ve bu döneme ait çeşitli faktörlerle alkol bağımlılığı ilişkisi literatür ışığında değerlendirilmeye alınmıştır.

Anahtar Kelimeler : Alkol Bağımlılığı, Yüksek Öğretim, Altgruplar

**Alkol Bağımlılığı ve Yüksek Öğretimde Esikososyal Faktörler**

**Alcohol and Psychosocial Factors in College Education**

**Dr. Ömer A. Özer, Dr. Nezh Eradamlar, Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Dr. Latif R. Alpkan, Doç. Dr. Mansur beyazyürek, Dr. Nihat ALPAY**

### **SUMMARY :**

College graduate inpatients, who were treated at Bakırköy Neuro-Psychiatric Hospital Alcohol and substance dependence research and Treatment Center were investigated in order to identify the purposes and the criteria for further field studies on the topic.

Psycho-social characteristics of inpatients during their college education were investigated and the relationship between various factors and drug dependence were evaluated under the scope of literature.

Key Words : Alcohol Dependence, College Education, Subgroups

1983 yılından bu yana alkol ve madde bağımlılarına tedavi hizmeti veren Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi AMATEM birimi hastalarına uyguladığı değişik anketlerle başvuranların sosyodemografik özelliklerini ortaya koymakta ve her yıl muhtazam bir şekilde, ulusal ve uluslararası kongrelerde bunları sunarak, aynı zamanda etkin bir araştırma merkezi olma özelliğini sürdürmektedir.

Bu çalışmamızda AMATEM alkol servisine son bir yılda başvuran, yüksek öğrenimde okumakta olan, terkeden veya bitiren alkol bağımlısı hastaların sosyodemografik özelliklerini ortaya koyarak yüksek öğrenimin alkol kullanımındaki rolünü, hastaların üniversite öğretim dönemiyle ilgili psikososyal özellikleri tetkik edilerek ve bu döneme ait çeşitli faktörlerle alkol bağımlılığı ilişkisi literatür ışığında değerlendirilmeye alınmıştır.

Alkole başlama yaşının bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek düşmesi, alkol üretim ve tüketiminin nüfus artışına oranla daha fazla oluşu alkole ilgili problemlerimiz olduğunun açık bir göstergesidir. Bunun yanında içki içme şekillerinin değişmesi ve artması (Ayaküstü bira alınması, mezesiz içki içilmesi, kadınların alkol kullanması gibi) alkole ilgili problemleri gün geçtikçe daha vahim bir hale getirmektedir. (Kazaların artışı, iş gücü kaybı bedensel hastalıkların artışı gibi) Bütün bunların yanında sorunlarla dolu üniversiteli gençlik, içinde bulunduğu yoklukları alkole doldurmak çabasına girebilecek, geçici rahatlamalarla sorunlarına çözüm arayabilecektir.

Üniversiteli gençliğin içine girmiş bulunduğu sosyal çevre ve kent ortamı, birçok yeni problemler doğurmaktadır. Yeni arkadaşlar edinme ve kabul görme, dolayısıyla beraberinde gelebilecek olan yetersizlik duyguları, kaygılar, çekingenlik, yüksek düzeydeki anksiyete, engellenme duygusu ve başarı performansının düşmesi, bilhassa kişilik özellikleri de daha yatkın olan kişilerde alkole yönelmede risk oluşturmaktadır.

Alkol kullanım etyolojisinde önemli faktörlerden olan çevresel faktörlere göz attığımızda alkolün kabul edilebilir-