



**Hekimler için Alkol ve Madde
Eğitim Programı**

ALKOL VE MADDE EL KİTABI

**Kültegin Ögel
Aziz Karalı
Defne Tamar
Duran Çakmak**

**AMATEM
Bakırköy Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi
1998**



**Hekimler için Alkol ve Madde
Eğitim Programı**

ALKOL VE MADDE EL KİTABI

Yazanlar

Kültegin Ögel

Aziz Karalı

Defne Tamar

Duran Çakmak

Bu kitap,
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM) tarafından
UTOPYA projesinde yeralan
“Hekimler için Alkol Madde Eğitim Programı” için hazırlanmıştır.

1998





Hekimler için Alkol ve Madde Eğitim Programı

Proje Yürütme Kurulu Başkanı

Doç. Dr. Duran Çakmak

Proje Yürütme Kurulu

Dr. Kültegin Ögel

Dr. Defne Tamar

Dr. Aziz Karalı

Destekleyen Kuruluşlar

Psikiyatri Derneği

Türk Tabipleri Birliği

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Katkıda Bulunanlar

Dr. Barkın Akıncılar	Dr. Pınar Okyay
Dr. Pınar Aydın	Doç. Dr. Timuçin Oral
Dr. Bülent Albayrak	Doç. Dr. Emin Önder
Doç. Dr. Ali N. Babaoğlu	Doç. Dr. Salih Yaşar Özden
Dr. İsmail Bağdiken	Prof. Dr. Füsün Sayek
Dr. Muharrem Beytimur	Dr. Akif Seval
Dr. Özge Canbek	Dr. Cem Tüz
Doç. Dr. Hakan Çoşkunol	Doç. Dr. Berna Uluğ
Prof. Dr. Ahmet Göğüş	Doç. Dr. Bedirhan Üstün
Dr. Cem Hızlan	Dr. Niyazi Uygur
Prof. Dr. İlkin İçelli	Dr. Kevser Vatansever
Dr. Zerrin Kılıçarslan	Dr. Mustafa Vatansever
Doç. Dr. Levent Küey	Doç. Dr. Arif Verimli
Dr. Berfu Oflaz	

İletişim

Kültegin Ögel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 34747, AMATEM, Bakırköy, İstanbul

Tel: 0 212 543 65 65 / 266, Fax: 0 212 660 00 26

E-Posta: amatemist@superonline.com

Katkılarından dolayı Organon İlaç A.Ş.'ye teşekkür ederiz.



İçindekiler

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Hekimlerin Yeri

Temel Kavramlar

Bağımlılık Yapıcı Maddeler

Sınıflandırma

Etki Mekanizmaları

Etkiler

Alkol ve Madde Kullanımı ile ilgili Komplikasyonlar

Fetal Neonatal komplikasyonlar

Ruhsal Bozukluklar

Alkol ya da Madde Kullananlarla Görüşme

Genel Görüşme İlkeleri

Alkol ya da Maddeye Özel Görüşme İlkeleri

Yapılmaması Gerekenler

Israrla İlaç Talep Eden Bağımlı ile Görüşme

Öfkeli ya da Saldırgan Hasta ile Görüşme

Alkol ya da Madde Kullanan Kişinin Değişime Yönlendirilmesi

Erken Tanı ve Danışmanlık

Alkol Kullanımında Erken Tanı ve Danışmanlık

Diğer Maddelerin Kullanımında Erken Tanı

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi

Alkol ve Madde Yoksunluğu Tedavisi

Alkol Yoksunluğu

Alkol Yoksunluğu Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Sedatif, Hipnotik ve Miyorelaksan Yoksunluğu ve Tedavisi

Opioid Yoksunluğu ve Tedavisi

Bağımlılıkta Uzun Süreli İlaç Tedavisi

Alkol ve Madde Entoksikasyonu ile Tedavisi

Alkol Entoksikasyonu ve Tedavisi

Opioid Entoksikasyonu ve Tedavisi

Benzodiazepin Entoksikasyonu ve Tedavisi

Diğer Madde Entoksikasyonu ve Tedavisi

Alkol ya da Madde Kullanan Hekim

Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Reçetelenmesi

Yasal Yönden Alkol ve Madde Kullanımı

Aile ve Alkol Madde Kullanımı

Koruyucu Çalışma

Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları



- Ek 1: Madde Etkilerinin Sınıflandırılması
Ek 2: Başvuru Merkezleri
Ek 3: Bağımlılık Tanı Ölçütleri
Ek 4: Alkol Kullanım Bozukluklarını Saptama Ölçeği
Ek 5: Alkol Kullanımını Değerlendirme
Ek 6: Alkol Kullanımında Karar Süreci
Ek 7: Yanlış tutum ve İnançlar
Ek 8: Bağımlı Olmayın (Hasta için Bilgi Notu)
Ek 9: Hekimler için Alkol ve Madde Eğitim Programı
Kaynaklar



Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ve Hekimlerin Yeri

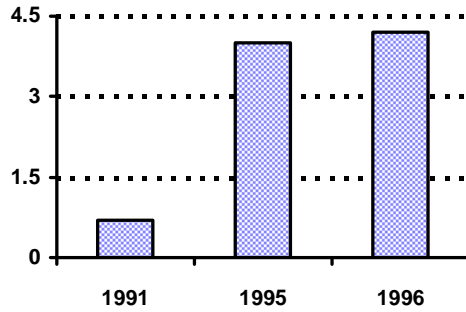
NEDEN ALKOL VE MADDE?

Ülkemizde alkol ve madde kullanma oranının, diğer bazı ülkeler ile karşılaştırıldığında daha düşük oranda olduğu söylenebilir. Öte yandan Türkiye'de yapılan okul anket çalışmaları alkol ve madde kullanımının giderek arttığını göstermektedir.

1991 yılında İstanbul'da lise öğrencileri arasında hayat boyu bir kez esrar kullanım oranı %0.7 bulunmuşken bu oran 1995 yılında %4'e, 1996 yılında yapılan çalışmada ise %4.2'ye kadar çıkmıştır (Grafik 1).

Türkiye'nin genç bir nüfusa sahip olması da artış için diğer bir risk etmeni olarak görülebilir. Ancak Türkiye'nin yaygın bir alkol madde kullanım sorunuyla karşılaşmaya hazır olduğu söylenemez. Bu sorun büyüdükçe önlenmesi güçleşmekte ve artış hızı giderek yükselmektedir. Artık alkol ve madde kullanımı ile bağımlılık sorunu Türkiye'nin gündemine girmiştir. Bu sorunun büyümesini engelleme ve sorunla başa çıkmada hekimlerin yeri önemlidir. Hekimlerin bu konuda yeterli derecede bilgili olması, hem sağlık hizmetinde kaliteyi artıracak, hem de sorunun büyümesini engelleyecektir.

Grafik 1



GENÇLİK ANKETİ –1996

Gençlerin %8'i en az haftada iki kez olmak üzere alkollü içecekleri kullanıyor.

Alkol kullananların %6'sı alkollü bırakmakta zorlandığını belirtmiştir.

Gençlerin büyük çoğunluğu rahatlamak amacı ile madde kullandıklarını belirtmiştir.

İlk kez maddeyi bir yabancından alanların oranı % 2.1'dir.

Esrar kullananların %19'una başka bir maddeyi daha denemeleri için ısrar edilmektedir.

Esrar kullananların %26'sı esrarı bırakmakta zorlandığını bildirmiştir.



ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE HEKİMİN YERİ

Birçok hekim alkol ve madde kullanım bozukluklarının kendisini ilgilendirmediğini ve bu konunun psikiyatri uzmanlarının alanı olduğunu düşünür. Oysa gerçek bu değildir.

- Alkol madde entoksikasyonunda veya yoksunluğunda hastaya acil yaklaşımın bilinmesi yaşam kurtarıcı olmaktadır.
- Alkol ya da madde kullanımının doğurduğu birçok tıbbi sorun ile psikiyatri dışı hekimler karşılaşmaktadır.
- Bağımlılığın tedavisi zor ve pahalıdır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi bulunmak önemlidir. Araştırmalar, bağımlıların önemli bir bölümünün daha önce yoğun alkol kullanan “ağır içiciler” olduğunu ve bu aşamada hekimin yapacağı kısa bir girişimle bağımlılığın önlenebileceğini göstermiştir.
- Hekimlerin önerileri ve topluma (okul, işyeri vb) verecekleri mesajlar bu sorunun yaygınlaşmasını önleyici bir etkidir.
- Ülkemizde bu konuda özelleşmiş ruh sağlığı hekimlerinin ve kurumların sayıca yetersiz olması nedeniyle tüm hekimlere önemli görevler düşmektedir.
- Pratisyen hekimlerin, alkol ve madde kullanımının erken tanısında, danışmanlıkta, acil hizmetlerde ve özellikle koruyucu çalışmalarda rol alması gerekir.
- Dahiliye uzmanları alkol kullanımının medikal komplikasyonlarını ve yoğun alkol ya da madde kullanımına bağlı değişiklikleri erken tanıyarak sorunun gelişimini engelleyebilir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri gebelik ve doğum sırasında, çocuk hekimleri ise ergenlik döneminde dikkatli olmalıdır. Ağrıyı gidermek için sık kullanılan morfin ve benzeri maddelerin bağımlılık için risk oluşturduğu cerrahi branşlarda göz önünde tutulmalıdır.

AMATEM'E ULAŞMA YOLLARI ÇALIŞMASI (1996)

AMATEM'e başvuranların %58'i daha önce başvurdukları hekime alkol ya da madde kullanımı ile bir sorunları olduğunu belirtmemiştir.

Daha önce başvurdukları hekim tarafından alkol ya da madde kullanımı için önerilerde bulunanların oranı sadece %34'tür.

AMATEM'e başvuran bağımlıların sadece %39'u hekimler tarafından gönderilmiştir.

Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili sorunlarda hekimlerin görevleri

Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili bozukluklarda her hekimin yapmak ve bilmek zorunda olduğu şeyler vardır.

- Görülen her hastayı alkol madde kullanımı ve bunun getirdiği sorunlar açısından da değerlendirmek.



- Gerek hasta, gerekse hasta olmayan popülasyona yönelik koruyucu hizmet sunabilecek bilgi ve beceriye sahip olmak.
- Değerlendirme sırasında alkol kullanımının düzeyini belirleyebilmek ve tehlikeli alkol kullanımı olan hastayı tanıyarak gerekli önerilerde bulunabilmek.
- Kötüye kullanım ya da bağımlılık ölçütlerine uyan hastayı tedaviye yönlendirebilmek ve hastayı eğitmek.
- Uzun süredir alkol madde kullanan hastayı, medikal komplikasyonlar açısından değerlendirmek ve gerekli tedaviye başlamak.
- Acil durumlarda hastanın entoksikasyonda mı yoksunlukta mı olduğunu ayırt edebilmek ve detoksifikasyonu gerçekleştirebilmek.
- Hastayı izlemek ve olumsuz değişiklikleri anında fark ederek müdahale etmek.

Alkol ya da madde konusunda hekimlerin görevleri

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Rutin tarama | 6. Komplikasyonların tedavisi |
| 2. Koruyucu hizmet | 7. Acil müdahale |
| 3. Erken tanı | 8. Entoksikasyon tedavisi |
| 4. Danışmanlık | 9. Yoksunluk tedavisi |
| 5. Tedaviye yönlendirme | 10. İzleme |

Hekimlerin bilmesi gerekenler

Alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili olarak yapılacak eğitimde hekimin bilmesi gerekenler şunlardır:

- Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili olarak tüm hastalara sorulacak tarama amaçlı sorular
- Alkol ya da madde kullananlar ve aileleriyle uygun bir iletişim kurabilmenin kuralları
- Alkol ya da madde kullanımı öyküsünü alırken dikkat edilecek noktalar
- Alkol ya da madde kullanımında ortaya çıkan hastalıklar ve belirtileri
- Düşük riskli, tehlikeli ve bağımlılık düzeyinde alkol kullanımının ayırıcı özellikleri,
- Alkol ya da madde kullanımı sonucu ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlar,
- Akut zehirlenmenin fiziksel sonuçlarının ve komplikasyonların tedavisi,
- Alkol ya da maddenin bırakıldığı dönemde yoksunluk belirtilerinin tedavisi,
- Alkol ya da madde kullanan kişinin ailesinde ortaya çıkan sorunları tanımak ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceği,
- Girişim yöntemleri ve uygun girişim yönteminin (basit danışmanlık ya da özelleşmiş tedavi gibi) nasıl seçileceği.



Temel Kavramlar

Zehirlenme (Entoksikasyon)

Bireyin madde etkisi altında olduğu döneme verilen addır. Alkol ve diğer uyuşturucu maddeler toksik sayıldığı için, alındıktan sonra gösterdikleri bütün etkiler zehirlenme olarak kabul edilir. Madde kullanımı sırasında ya da hemen sonra gelişen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkan, klinik açıdan belirgin biçimde uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler zehirlenme sayılır.

Tolerans

Kişinin aynı miktarda madde almasına rağmen zaman içinde aynı etkiyi sağlayamaması, aynı etkiyi sağlayabilmek için kullandığı madde miktarını artırması ve çok yüksek miktarda alkol/ madde alarak istediği etkiyi sağlayabilmesi ya da aynı miktarda madde aldığında yoksunluk bulgularının ortaya çıkmasıdır.

Çapraz tolerans

Bir maddeye karşı tolerans geliştikten sonra benzer farmakolojik etkiye sahip bir başka maddeye de tolerans gelişmesine verilen addır.

Yoksunluk

Çok fazla ve uzun süreli alkol/madde kullanımından sonra bunun azaltılmasına ya da bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Ruhsal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti ve süresi kullanılan maddenin cinsine göre değişir. Kişi yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için tekrar alkol/madde alma gereksinimi duyar.

Bırakma

Kişinin hiçbir bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmamasıdır. Kişi kullandığı maddeyi bıraktıktan sonra bir yıldan az süre geçmişse, buna "bırakmada erken dönemi" adı verilir. Erken bırakma dönemi, bu dönem içinde alkol/madde kullanmaya tekrar başlama oranı yüksek olduğu için özel önem taşır.

Sürçme (Slip)

Bırakma dönemindeki bir kişinin tek bir kez ya da 24 saatten kısa süre alkol/madde kullanmasıdır. Erken girişimde bulunulursa relaps kolayca önlenir.

Kayma (Laps)



Bırakma dönemindeki bir kişinin sürçmeden daha uzun alkol/madde kullanımıdır, ancak alkol/madde kullanımı bağımlılık davranışının gelişmesine ve bırakıldığında yoksunluk bulgularının çıkmasına yol açacak kadar uzun süreli ve yoğun değildir. Durumun ciddiyeti ve tedaviye yanıt açısından sürçmeyle relaps arasında yer alır.

Nüks (Relaps)

Madde kullanımı bırakıldıktan bir süre sonra tekrar yoğun bir şekilde alkol/madde kullanımının başlamasıdır.

Ayıklık (Abstinens)

Madde kullanan kişinin alkol ve maddeyi bırakıp, hayat boyu bir daha kullanmamasına verilen addır. Tedavide hedef abstinens olmalıdır.

Denemek

Birçok kişi madde kullanmayı denemiştir. Özellikle alkol gibi yasal bir maddeyi deneyenlerin sayısı oldukça fazladır. Denemek, kişinin bağımlı olmasını gerektirmez.

Alkol ya da madde kullanıcısı

Bu grupta yer alanları da iki ayrı gruba bölebiliriz. Bunlardan birincisi, ara sıra, özel durumlarda ya da toplum içinde kullananlar. İkinci grup ise düzenli olarak belirli aralıklarla kullanan ancak aşağıda yer alan kötüye kullanım ya da bağımlılık kategorisine girmeyenlerdir.

Alkol Madde Kötüye kullanımı

Sürekli alkol/madde kullanımı nedeni ile kişinin iş, ev, okul ile ilgili sorumluluklarını tam olarak yerine getirmesinde bazı eksiklikler ortaya çıkar (iş performansında düşme, işe gitmememe vb). Madde, tehlikeli durumlara ve çeşitli sorunlara yol açacak biçimde tekrar tekrar alkol/madde kullanılmaktadır (alkollü araba kullanmak vb). Yasal sorunlar yaşanabilir. Sosyal ve insanlar arası ilişkilerde sorunlar yaratmasına rağmen kişi alkol madde kullanımına devam eder (Evlilik, iş sorunları vb).

Bağımlılık

Bağımlılık bir hastalıktır. Bağımlılığın biyolojik, sosyal ve davranışsal boyutları vardır. Bağımlılığı anlamada her boyut aynı derecede önemlidir. Bağımlılık düzelebilir, ancak alkol/ madde tekrar kullanıldığında nüks eden bir hastalıktır. Bağımlı olan kişi tüm yaşamı boyunca bağımlı olduğunu unutmamalı ve yaşamını ona göre sürdürmelidir. Günümüzde bu ayrım geçerli olmamasına rağmen bağımlılık iki tür bağımlılıktan söz edilebilir:



- *Fiziksel bağımlılık*, alkol/maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Bedende maddeye karşı uyum gelişir. Madde alınmadığı zaman fizyolojik uyumun bozulmasına bağlı olarak fiziksel belirtiler çıkar.
- *Ruhsal bağımlılık*, alışkanlık, itiyat gibi bazı başka terimlerle de açıklanır. Kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme ya da giderme amacıyla o maddeye düşkünlüğü biçiminde tanımlanabilir. Madde bırakıldığında ruhsal bazı yakınmalar görülür.

Ancak günümüzde bu iki tanım birbirinden ayrılmamakta, bağımlılık bir bütün olarak değerlendirilmektedir.

Bağımlı kişi alkol/madde kullanmayı bıraktıktan bir süre sonra tekrar alkol/madde kullanmaya başlarsa çok kısa zamanda eski kullandığı doza ulaşır. Bir başka deyişle, kısa zamanda alkol/maddeyi bıraktığı noktaya geri döner. Bu nedenle bağımlı kişinin bıraktıktan sonra *az da olsa tekrar alkol/madde kullanmaya başlaması sakıncalıdır*. Ancak birçok bağımlı bunun farkında değildir ve az kullanabileceğini düşünerek kendini denemek amacı ile tekrar madde kullanır.

Bağımlılığın gelişimi alkol/maddeyi kullanma süresine ve kullanan kişinin kişilik özelliklerine , maddenin cinsine, saflık oranına göre değişir. Her maddenin bağımlılık potansiyeli farklıdır.

Karışık madde kullanımı

Alkol ya da madde kullanan bazı kişiler birden fazla madde kullanabilirler. Ancak genelde kullandıkları maddelerden biri "tercih maddesi"dir. Farklı maddeleri kullanım biçimleri şunlar olabilir:

- Kişi bir maddeye bağımlıdır, diğer maddeler eğer hazırda varsa onları da kullanıyordur.
- Asıl kullandığı maddeyi bulamadığı zaman diğer maddeleri onun yerine kullanıyordur.
- Kişi tek bir maddeyi tercih etmektedir, ancak bu maddenin yan etkilerini gidermek için diğer maddeleri kullanmaktadır.
- Kullandığı asıl maddenin etkisini artırmak için ek olarak başka maddeler kullanmaktadır.
- Günün farklı saatlerinde farklı maddeleri tercih etmektedir.



Bağımlılık Yapıcı Maddeler

1. Sınıflandırma

Tütün

Alkol

Esrar

Antikolinergikler

Atropin, Biperiden (Akineton)

Opioidler

Doğal: Morfin, kodein

Yarı sentetik: Eroin

Sentetik: Metadon, Meperidin (Dolantin)

Sedatif hipnotikler

Diazepam (Diazem, Nervium), Clonazepam (Rivotril), Lorazepam (Ativan),
Flunitrazepam (Rohypnol)
Barbitürat (Luminal, Nembutal),
Meprobamat (Gamakuilil)

Halüsjenler

LSD, Fensiklidin (Melek tozu), Ecstasy, Meskalin

Uyarıcılar (Stimülanlar)

Kokain, Amfetamin, Ecstasy, Kafein, Efedrin

Uçucular

Tiner, Bali vb



2. Etki Mekanizmaları

Alkol

Diğer psikoaktif maddelerin tersine, alkol etkisini belli bir reseptöre bağlanarak göstermez. Bu nedenle MSS üzerindeki etkilerinin neye bağlı olduğu hâlâ tartışma konusudur. Alkolün etkilerini açıklamak için öne sürülen hipotezlerden ikisi geçerliliğini günümüzde de korumaktadır.

Bunlardan fluxus hipotezine göre, alkol, hücre zarındaki gangliozidlere bağlanır. Böylece,

- Zarın genel kararlılığını azaltır,
- İyon kanallarının yapısını —dolayısıyla işlev görme yetilerini— değiştirerek eksitabiliteyi etkiler,
- Membran proteinlerinin (ve enzimlerinin) etkinliklerinin değişmesine yol açar,
- İyon kanalları üzerinden işleyen nörotransmitterlerin etkisini değiştirir (GABA-benzodiazepin sistemi gibi).

Ancak alkolün uyarıcı NMDA reseptörlerinin etkisini zayıflattığı, buna karşılık baskılayıcı GABA reseptörlerinin etkisini artırdığı da söylenmektedir.

Bir başka görüşse alkolün dopamin-serotonin sistemleri üzerinden etki gösterdiğidir. Ayrıca alkolün vücuttaki doğal opioidler olan endorfinlerin yapımını artırdığı da bilinir. Olasılıkla bütün bu mekanizmaların farklı tiplerdeki alkol bağımlılığının gelişiminde rolü vardır.

Opioidler

İnsan bedeninde opioidlerin bağlandığı en az altı farklı tür reseptör olduğu sanılmaktadır: μ_1 , μ_2 , κ , δ , σ ve ϵ . Opiyatları klinik etkilerine göre sınıflandırmada kullanılan agonist, parsiyel agonist, mikst agonist-antagonist gibi ayrımlar, değişik maddelerin bu reseptörler üzerindeki farklı etkilerine bağlıdır.

Bağımlılık davranışını besleyen reseptör μ reseptörüdür. Bu reseptörün iki alt tipi vardır: insan bedeninin kendi ürettiği opioidler olan enkefalinlerin de bağlandığı, çok sıkı bir bağlanmanın gerçekleşmediği μ_1 ve kötüye kullanılan birçok opiyatın sıkıca bağlandığı μ_2 . Reseptörlerin çeşitliliğinden, bağımlılık tedavisinde de yararlanılmaktadır. Örneğin tam bir opiyat antagonisti olan naltrexon, μ reseptörlerine çok sıkı bağlandığı için uzun süreli tedavide ya da çok hızlı detoksifikasyon programlarında önemli yere sahiptir. Naltrexon kullanan biri opiyat olsa bile opiyat etkileri görülmez. Buna karşılık bir parsiyel agonist olan buprenorfin, opiyat bağımlılarının maddeye duydukları aşırı isteği (craving) ortadan kaldırır ve bir ölçüde opiyat benzeri etki gösterir. Ancak bu etki sınırlıdır. Daha da önemlisi, buprenorfin bırakıldığında oluşan yoksunluk sendromu çok kısa ve hafiftir.

Benzodiazepinler

Beynin inhibitör ağı olan GABA sistemi, biri modülatör, öbürü ise inhibitör iki reseptör üzerinden (B ve A) etki gösterir. GABA_A reseptörleri klor kanallarının yakınlarında bulunur ve bu kanalların açılmasını sağlar, sonuçta aşırı polarize olan hücre daha zor uyarılır.

Benzodiazepinler, GABA_A reseptörlerine yakın bir liganda bağlanırlar ve klor kanallarının sanki GABA_A reseptörü uyarılmış gibi çalışmasını sağlarlar. Ancak normal olarak bu kanallar üzerindeki etkileri, maksimal dozda GABA salgısının göstereceği etkiyi aşmaz. Bu özellik, benzodiazepinleri



linik uygulamada son derece güvenli ve doz aralığı geniş ilaçlar durumuna getirmektedir. Bağımlılık yapıcı etkileriyle sedasyonun yanında disinhibisyon da yapmalarına bağlıdır.

Kokain ve amfetamin

Kokain ve amfetamin de dopaminerjik sistem üzerinde ve presinaptik nöronda etki gösterirler. Kokain sinaptik aralığa salınan dopaminin geri alımını engeller, amfetaminse buna ek olarak presinaptik veziküllerde bekleyen dopaminin sinaptik aralığa bırakılmasına da yol açar.

MDA ve MDMA gibi halka süstitüsyonlu amfetaminlerin halüsinojenik etkileri çok daha belirgindir.

Adrenerjik halüsinojenler

Bu grubun en iyi araştırılmış (ancak etki düzeneği yine de tam bilinmeyen) üyesi LSD'dir. LSD hem dopaminerjik hem de serotonerjik sistemler (5-HT_{1c} ve 5-HT₂ reseptörleri) üzerinde etkilidir. LSD farmakodinamiğinin tam anlaşılması, belki şizofreni biyokimyasının da anlaşılmasını sağlayacaktır.



3. Etkileri

ALKOL

Metabolizma

Etanol, vücutta alkol dehidrojenaz enzimi ya da mikrozomal oksidasyon sistemiyle oksitlenerek asetaldehite dönüşür. Asetaldehit de aldehit dehidrojenaz ya da ksantin oksidaz enzimiyle asetik asite yükseltgenir. Oluşan asetik asit Krebs çevrimine girer.

Bu zincirleme tepkimenin hız belirleyici basamağı alkolün asetaldehite dönüşümüdür. Alkol dehidrojenaz enzimi %100 mg kan alkol düzeyine dek alkol yıkımını oldukça doğrusal bir yanıtla artırır, ancak bu düzeyin üstünde yıkım hızı sabittir.

Normal bir insanda 150 mg/kg-saat alkol metabolize edilir. Mikrozomal enzim sistemi ise ancak çok yüksek kan alkol düzeylerinde (>%300 mg) devreye girer. Çok fazla alkol alan insanların şişmanlamamalarının nedeni de bu özel yıkım yolunun çok daha az enerji üretmesidir.

Asetaldehit de, alkol gibi, gerek merkezi sinir sistemi (MSS), gerekse organ sistemleri üzerinde toksik etkileri olan bir maddedir.

Asetaldehitin toksik etkilerinden tedavi amacıyla da yararlanır. Antabus (disülfiram), alkoliklerin tedavisinde kullanılan ve aldehit dehidrojenaz enzimini bloke eden bir ilaçtır. Antabus kullanan bir insan alkol aldığı anda asetaldehit yıkılamadığı için çarpıntı, ateş basması, bulantı ve kusma ile karakterize bir tablo oluşur. Aldehitin damar duvarını gevşetici ve toksik etkileri nedeniyle ani hipotansiyon, aritmiler, nöbetler ve kas yıkımı (kretin fosfokinaz enzim düzeyinin binlerce üniteye çıkmasından anlaşılır) görülebilir.

Bir gram alkolün yıkılmasıyla 7 kcal enerji oluşur.

Bir bardak şarap 10-12 gr, sert içki 28 gr etanol içerir.

Bir bardak içki kan alkol düzeyini 15-20 mg/dl artırır.

Bir saatte 10-34 mg/dl etanol metabolize edilir.

Etkileri

1. MSS etkileri: Alkolün davranışsal ve respiratuar etkileri vardır. Alkol solunum merkezi üzerinde depresyon yapar.

Kan alkol düzeyine göre (%mg) alkolün davranışsal etkileri

- 50-80 Öfori, minimal motor kusurlar
- 80-100 Nistagmus, ince motor etkinlikte bozulma
- 100-200 Ataksi, emosyonel bozukluklar, EEG'de yavaş dalga paterni
- 200-300 Konfüzyon, dizartri, amnezi
- 300-400 Stupor-koma



- 400-500 Koma, solunum depresyonu
- >500 Ölüm

2. Kardiyovasküler etkiler:

- Damar düz kasını gevşetir (olasılıkla aldehitin etkisi).
- Anginada ağrıyı azaltır (kalbin iş yükünü ve/veya ruhsal gerilimi azaltarak).
- Kalp atım sayısı üzerindeki etkisi doza göre değişir.
- Asetaldehit, miyokard kontraktilitesini azaltır.

3. Gastrointestinal etkiler:

- İştahı arttırır.
- Güçlü bir iritan madde olduğundan, mide mukoza bariyerini bozar.
- Antrum üzerindeki doğrudan etkisiyle gastrin salgılatır.
- Pankreasın ekzokrin salgısını arttırır.
- Yerel iritan etkisine ve merkezi etkisine bağlı emetik etkisi vardır.
- Laksatifdir, ama sürekli kullanımda kolon hareketlerini baskılayabilir.

4. Diüretik etki: ADH salgılanmasını inhibe etmesine bağlıdır.

5. Uterus düz kasını gevşetici etki Oksitosin salgılanmasını inhibe etmesine bağlıdır.

6. Metabolik etkiler:

- HDL düzeyini yükseltir, LDL düzeyini düşürür.
- Trigliserid düzeyini yükseltir.
- Hiperglisemi yapar; ancak glukoneojenezi azalttığı için bir yandan da hipoglisemi riskini arttırır.

Karaciğerde yağ asidi oluşumunu arttırabilir.

Laktik asidoza yol açabilir.

7. Endokrinolojik etkiler:

- Sürrenalden adrenalın ve noradrenalin salgılanmasını arttırır.
- ACTH —dolayısıyla steroid— salgılanmasını arttırır.

Erkeklerde testosteron düzeyini düşürür ve östrojen düzeyini yükseltir (olasılıkla asetaldehitin etkisi).

8. Diğer: Alkolün etkilerinden söz ederken organotoksitesiteyi ve yerel anestezik etkisini de anmak gerekir.



Alkolün medikal komplikasyonları:

Gastrointestinal sistem Özefagus hastalıkları Mide barsak rahatsızlıkları Gastrit Peptik ülser Akut ve kronik pankreatit	Beslenme bozuklukları (B ₁ , B ₅ , B ₁₂ ve folat eksikliğine bağlı) Malnütrisyon Anemi Beriberi Pellagra Wernicke-Korsakoff sendromu	Bağışıklık sisteminin baskılanması Tüberküloz Pnömoni Kanser riski artar
Nörolojik Polinöropati Demans Ambliyopi Serebellar dejenerasyon Santral pontin myelinoliz	Karaciğer Yağlanma Hepatit Siroz Hepatik koma	Diğer Alkolik kardiyomiyopati Hipertansiyon İskemik kalp hastalığı Beyin kasnaması Miyopati

Wernicke Korsakoff Sendromu

Bu sendrom alkole bağlı beslenme bozukluğu sonucu ortaya çıkar. Akut durum Wernicke ensefalopatisi olarak adlandırılır. Bu tablonun üç ayağı vardır:

1. Ataksi
2. Göz hareket bozuklukları (en sık dış yana bakış kısıtlılığı ve nistagmus)
3. Konfüzyon

Hastada Wernicke ensefalopatisinin üç bulgusundan biri varsa ve yoğun alkol kullanım süresi uzunsa 200-250 mg/gün tiamin damar yolundan, 600-750 mg/gün de kas içine verilerek daha etkili bir koruma sağlanabilir.

Wernicke tablosu Korsakoff sendromuna kadar ilerleyebilir. Bu sendromda;

1. Yakın ve uzak bellek bozukluğu
2. Apati
3. Konfabülasyon (bellek boşluklarını uydurarak doldurma) gözlenir.



ALKOL DIŞI BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER HAKKINDA GENEL BİLGİ

- Bu maddelerin kullanılması ile ortaya çıkan etkileri alan kişinin içinde bulunduğu ruh hali ve ortama göre değişkenlik gösterir. Burada kişinin beklentileri de önem kazanmaktadır.
- Kullanılan maddenin miktarı ve daha önce bu maddenin kullanılmasıyla edinilen deneyim de maddenin kişi üzerinde yarattığı etkiyi değiştirir.
- Birçok maddenin içine çeşitli katkı maddeleri konur. Katkı maddelerinin miktarının fazla olması maddenin etkisini azaltır. Katkı maddesinin cinsi de maddenin etkisini deĐiŐtirebilir. Kimi katkı maddelerinin toksik etkileri olabilir.
- Özellikle son yıllarda çeşitli ve yeni birçok sentetik uyuşturucu maddeler üretilmektedir. Bu nedenle maddelerin hepsinin etkilerini bilmenize imkan yoktur.
- Her maddenin bağımlılık potansiyeli farklıdır. Dolayısıyla bunların bir kez kullanımının bile sakıncalı olduğunun belirtilmesinde yarar vardır.
- Kullanıcılar tarafından bu maddeler çeşitli isimlerle anılır. Bu isimlerin bilinmesi madde kullanımı anlama ve tanıma açısından önem taşır.

TÜTÜN

Tütün dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir. Tütün kullanımını bırakanların %70'i ilk üç ayda tekrar kullanmaya baŐlamaktadır. Bu oran bize tütünün ne kadar bağımlılık yapıcı bir madde olduğunu göstermektedir.

Yanan tütün kl dışında üç önemli öğe oluŐturur oluşur: katran (birçok karsinojen madde içerir), nikotin (uyarıcı bir maddedir, norepinefrin salınımını artırır) ve karbon monoksit

Kalp ve solunum sistemi üstüne etkileri: Koroner kalp hastalığı, obstrüktif akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıklarının tütün kullanımı ile yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmıştır. Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %30'u tütün kaynaklıdır. Günde iki paket sigara içenlerde ölüm oranı içmeyenlere göre iki kat artmaktadır. Sigara içenlerin %50'si, imeyenlerinse sadece %25'i 75 yaşından önce ölmektedir. Sigarayı bırakanlarda bile koroner kalp hastalığı geçirme riski içmeyenlere göre iki kat yüksek bulunmuştur.

Kanser: Akciğer kanserlerinin %80-90'ı tütün kullananlarda görülür. Akciğer kanseri daha çok katran ile iliŐkilidir. Bunun dışında tütün içenlerde mesane kanseri grlme oranı kullanmayanlara göre iki kat daha yüksektir. Ayrıca larenks, özefagus ve pankreas kanserinin de tütün ile ilişkisi saptanmıştır.

Gebelik: Gebelikte tütün kullanımı erken ve spontan doğuma, fetus ve ocuk ölümüne ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır.

ESRAR (Cannabis)

Esrar, hint keneverinden elde edilen bir maddedir. 421 çeŐit kimyasal madde içermektedir. Etkin maddesi tetrahidrokannabioldr. Sarıkız, kuru, ot, joint, derman, giye olarak da adlandırılmaktadır. İŐleniŐ biçimine göre bazı farklılıklar gösterir ve bunlara göre farklı isimler alır. Bunlar arasında Marijuana, Gubar, Ganja sayılabilir.



Kullanış biçimi: Genellikle sigaraya sarılarak dumanı içe çekilir. Kimi zaman kek ya da lokum içine katılarak yenebilir.

Etkileri: Alındıktan sonra yarım saat içinde etki gösterir ve etkileri 3 saat içinde kaybolur. Yağ dokusuna geçtiği için bu süre 8-12 saati bulabilir. Taşikardi, ağız kuruluğu, iştah artışı gözlenir. Psikolojik etkileri, alan kişinin içinde bulunduğu ruh haline, maddenin miktarına, ortama ve geçmiş deneyimlere göre değişkenlik gösterir. Bu etkiler arasında renk, ses ve zaman algısında değişiklikler, öfori, relaksasyon sayılabilir. İnhibisyonun kalkması, konsantrasyon azalması, koordinasyon bozukluğu görülebilir. İştah artar, muhakeme bozulur, konuşkanlık gözlenir.

Flash back'ler halüsinojenlerdeki kadar sık olmasa da, görülebilir.

Yan etkileri: Akciğerlerde kansere ve bronşite neden olabilir. Bu etkisi sigara ile karşılaştırıldığında beş kat yüksektir. Kuru öksürük, larenjit, farenjit görülebilir.

Kimi zaman panik, korku, kuşku hali ortaya çıkabilir. Testosteron düzeyini azalttığı saptanmıştır.

Bellek bozukluklarına ve konsantrasyon kaybına neden olabilir. Refleksleri bozduğu için araba kullanılması sakıncalıdır.

Kronik esrar kullanımı ile ortaya çıkan ve motivasyon yokluğuyla seyreden bir tablo tanımlanmıştır. Apati, hedefe yönelik etkinlik kaybı, yeni sorunları çözme yeteneğinde kayıp gözlenmektedir.

Esrar kullananlarda izole uvulit bildirilmiştir. Yaygın gingival hiperplazi, periodontal hastalıklar gözlenmiştir.

Yüksek doz: Esrar kullanımında paranoid hezeyanlarla karakterize psikotik bir tablo görülebilir. Çok yüksek dozda alındığında konfüzyon ve bilinç kaybıyla giden toksik deliryum gelişebilir. Bu durumda sakın ve kişinin kendini güvende hissedeceği bir yerde yapılacak bir konuşma oldukça yararlı olur. Benzodiazepinler kullanılabilir. Eğer psikotik belirtiler belirginse, o zaman düşük doz antipsikotik ilaç başlanabilir (haloperidol,-Norodol 5-10mg). Belirtiler düzelir düzelmez, bir iki gün içinde ilaçlar kesilmelidir.

Yoksunluk: Fiziksel yoksunluğu yoktur. Ancak alınmadığı zaman yerinde duramama, sinirlilik, huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk ve iştah kaybı gözlenebilir.

Tolerans: Yavaş gelişir

Bağımlılık potansiyeli: Düşük

EROİN

Eroin, afyon haşhaşı bitkisinin asit anhidritle işleminden geçirilmesiyle elde edilir. Morfin ise doğal yollardan elde edilen bir opioiddir. Açık kahverengi bir toz şeklindedir. Eyç (H), beyaz, toz, peynir adlarıyla anılır.

Kullanış biçimi: Sigaraya sarılarak (koreks adı verilir), buruna çekerek, alüminyum folyo üstünde ısıtılıp buharı içe çekilerek (kaydırma adı verilir) ve intravenöz yolla (Shot adı verilir) kullanılabilir.

Etkileri: Alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlar. Etkisi 4-6 saat sürer. Bu nedenle günde en az iki üç kez kullanılması gerekir. Öfori, ağrı hissini kaybı, kalp ve solunum hızında yavaşlama, yüz kızarması, kan basıncında artma görülür. Pupiller daralır. Kusma ve konstipasyon oluşur. Konuşma yavaşlar, beden ısısı düşer. Karında orgazm benzeri kramplar olur.

Yan etkileri: Pnömoni, tüberküloz eroin kullananlarda sık görülür. Eroin burun septumunda delinmelere yolaçabilir. İntravenöz kullanımla ciddi sorunlar gelişir. Özellikle hepatit, HIV gibi enfeksiyonlar bulaşabilir. Septisemi ve septik emboli oluşabilir. Enjeksiyon yerinde



hiperpigmentasyon gözlenir. Apse, gangren, vaskülit, enfektif endokardit (fungal ya da bakteriyel) gelişebilir.

Yüksek doz: Solunum iyice yavaşlar, pupiller toplu iğne başı gibi olur ve koma gelişir. Pulmoner ödem gelişebilir. Tedavisi zehirlenmeler bölümünde anlatılmıştır.

Yoksunluk: Son dozu takip eden 6-8 saat içinde ortaya çıkar.

Tolerans: Çok hızlı gelişir

Bağımlılık potansiyeli: Yüksek

KOKAİN

Çoğunlukla Güney Amerika'da yetişen koka ağacından elde edilir. Beyaz renkli bir tozdur. Kok ya da buz olarak adlandırılır. Crack ise kokainin içime hazır yüksek potensli bir formudur.

Kullanış biçimi: Kokain sıklıkla buruna çekilerek kullanılır. Sigara gibi sarılarak ya da buharı içe çekilerek kullanılabilir. İntravenöz yolla tek başına ya da eroinle birlikte (speedball) kullanılabilir. Vagina, penis, rektum içine konarak da kullanılabilir.

Etkileri: Uyarıcı etki gösterir. Etkisi alındıktan hemen sonra başlar, ancak etki yarım ila bir saat içinde sonlanır. Öfori, kendini iyi hissetme, canlılık, haz duygusunda artma, anksiyetinin kaybolması, kendine güven artışı, cinsel aktivite artışı gözlenir. Pupiller genişler, yoğun terleme olur. Beden ısısı ve kan basıncı artar.

Yan etkileri: Paranoid tablolar ortaya çıkabilir ve psikoz gözlenebilir. Saldırgan davranışlar siktir. Cilt altında böceklerin dolaştığını duymayan kişi cildine zarar verebilir.

Genç kişilerde myokard enfarktı ve ani ölümler gözlenmiştir. Subaraknoid hemoraji, beyin enfarktı ve akciğer ödemi sık görülür. Seyrek olarak , ağız yoluyla kullanılmasını takiben barsakta gangrenler oluşturabilir.

Bağışıklık sisteminin bozulmasına bağlı enfeksiyonlar siktir. Hiperglisemi gözlenebilir.

Kokainin uzun süre buruna çekilmesi burunda mukoza ve kıkırdak dokusunun nekrozuna ve perforasyonuna neden olur. Vokal kord paralizine, afoniye ve aspirasyon pnömonisine neden olabilir.

Yüksek doz: Epileptik nöbetler, hipertermi, kardiyak aritmi, solunum paralizisi ve ölüm görülebilir. Hipertansiyon, ajitasyon, diaforez, taşikardi ve delirium gözlenir. Tedavisi zehirlenmeler bölümünde anlatılmıştır.

Kokaine bağlı olarak ortaya çıkan psikozlarda antipsikotik ilaçlar verilebilir. Antipsikotik ilaçlar öforiyi azaltmadan paranoid durumu düzeltir.

Yoksunluk: Etkisi geçtikten sonra çok şiddetli bir depresyon, anksiyete, irritabilite ve durgunluk hali yaşanır.

Tolerans: Çok hızlı gelişir.

Bağımlılık potansiyeli: Yüksek

UÇUCU MADDELER



Uçucu maddeler başlığı altında uçucu, çözücü ve yapıştırıcı maddeler ele alınmaktadır. Bu maddeler arasında, yapıştırıcılar (Bally, UHU vb), tiner, yağ ve leke çıkarıcılar, elbise ve cam temizleyici sıvılar, aseton içeren kozmetik ürünler, kumaş boyası, çakmak gazı, benzin sayılabilir.

Kullanış biçimi: Bu maddeler inhalasyon yoluyla burundan kullanılır. Çoğunlukla maddeler naylon torba içine konarak solunur. Kimi zaman daha çok madde koklayabilmek için baş naylon torba içine sokulabilir.

Etkileri: Kısa bir süre içinde etki göstermeye başlarlar ve öfori, inhibisyonun kalkması, relaksasyon, koordinasyon bozukluğu, sersemlik, şaşkınlık, baş dönmesi, sarhoşluk hali ortaya çıkar. Canlı görsel, işitsel ve dokunsal varsanlar görülebilir.

Yan etkileri: Taşikardi, senkop, ataksi, kan basıncında düşme, yaygın kas zayıflığı, kreatin fosfokinaz düzeyinde artış, EKG’de ST segmentinde çökme, ters T dalgası görülebilir. Gastrointestinal irritasyon vardır. Kalıcı beyin hasarı görülebilir.

Yüksek doz: Bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, kardiyak aritmi, koma ve ölüm ortaya çıkabilir. Torbanın başa geçirilmesine bağlı boğulma sık görülür. Destekleyici tedavi yaklaşımları yeterlidir. Kullanımın kesilmesi ile belirtiler kısa zamanda düzeler.

Tolerans: Hızlı gelişir

Bağımlılık potansiyeli: Orta-yüksek

AMFETAMİN VE BENZERLERİ

(Efedrin, Captagon)

Ülkemizde Amfetamin ve türevlerinin kullanımı yasal değildir. Ancak yasal olmayan yollarla getirilmektedir. ‘Speed’ olarak adlandırılır.

Kullanım yolu: Bunlar genellikle kapsül ya da tablet biçiminde olur, ağız yolu ile alınırlar. Amfetaminlerin damar yolu ile kullanımı da olabilir.

Etkileri: Uyarıcı, zihin açıcı, performans artırıcı, zayıflatıcı etkileri vardır.

Yan etkileri: Kronik kullanımı paranoyaya, hipertansiyona, damarlarda fibroid nekroza neden olur.

Yüksek doz: Saldırganlık, hezeyan, şiddet davranışı, yönelim bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, deliryum. Kardiyak aritmi, baş ağrısı, konvülsiyonlar, serebrovasküler hastalık, subaraknoid kanama, koma ve ölüm ortaya çıkabilir. Etkileri kokaine göre çok daha uzun sürer.

Yoksunluk: Sıkıntı, mutsuzluk, çökkünlük, güçsüzlük, hareketsizlik, kabuslar, fazla uyuma, baş ağrısı, terleme, intihar girişimi. Belirtiler 2-4 gün içinde en yüksek düzeye ulaşır.

Tolerans: Orta

Bağımlılık potansiyeli: Orta

BENZODİAZEPİNLER

Ülkemizde yeşil reçeteyle satılmaktadırlar. Bunlar içinde Diazem, Xanax, Rivotril, Ativan, Nervium sayılabilir. Rohypnol sık kullanılan bir benzodiazepindir, ancak halen ülkemizde satışı yasaktır. Kullanıcılar arasında ‘roş’ olarak adlandırılır. Rivotril ise ‘Roş 2’ adıyla bilinir.



Kullanış biçimi: Genellikle ağız yolu ile alınır. Rohypnol ezilerek eroine birlikte damara da zerkeedilebilir.

Etkileri: Rahatlama, kaslarda gevşeme, anksiyetede azalma, uykulu hal, disinhibisyon.

Yan etkileri: Uzun süre yüksek doz kullanımı ile bağımlılık oluşur. Yarılanma ömrü kısa olanların (Xanax, Ativan) bağımlılık yapma riski daha yüksektir.

Yüksek doz: Fazla uyuma, nistagmus, dizartri, ataksi, solunum yavaşlaması, koma, ölüm.

Yoksunluk: Anksiyete, gerginlik, rahatlayamama, sinirlilik, titreme, bulantı, uykusuzluk, taşikardi, kan basıncında yükselme, epileptik nöbet.

Tolerans: Düşük

Bağımlılık potansiyeli: Düşük

ECSTASY

MDMA (Metilen dioksi metamfetamin) adı verilen bir amfetamin türevidir. Etkileri hem amfetaminlere, hem de halüsinojenik maddelere benzer. Üstünde kuş, fil vb. resimler bulunan tabletler biçiminde satılır. 'Beyaz kumrular' olarak adlandırılır.

Ecstasy adı altında başka maddeler de satılmaktadır. Bunlar arasında MDEA ve MDA sayılabilir. MDEA amfetamine, MDA ise halüsinojenlere benzer etki gösterir.

Kullanış biçimi: Ağız yolu ile alınır. Daha çok eğlence yerlerinde bulunur.

Etkileri: 20-60 dakika içinde etki gösterir, etkisi 4-6 saat sürer. Canlılık, hareketlilik, enerji artışı, karşı cinsle karşı yakınlık, güven duygusu, sıcaklık, algı değişiklikleri görülür.

Yan etkileri: Beden ısısında, kan basıncında ve nabızda artma, sıvı kaybı, pupillerde daralma, terleme, ecstasy kullanmadan hiçbirşeyden zevk alamama. Karaciğer yetmezliği ve koordinasyon bozukluğu görülebilir.

Astım, hipertansiyon, depresyon ve epilepsi hastaları bu maddeyi kesinlikle kullanamaz.

Ecstasy kullananlarda ani ölümler olabilir. Bunların nedeni dehidratasyon, beden ısısında artış ve alınan maddenin gerçekte ne olduğunun bilinmemesidir.

Yoksunluk: Boşluk duygusu, yorgunluk, başağrısı, başdönmesi

Tolerans: Orta

Bağımlılık: Düşük

ANTİKOLİNERJİK MADDELER/İLAÇLAR

Bunlar arasında biperiden (Akineton), atropin (boru otu, güzel avrat otu), skopolamin, enandramin (Dramamine), bazı antidepresan ilaçlar (Tofranil, Laroxyl) sayılabilir.

Kullanış biçimi: Ağız yolu ile kullanılır. Kimi zaman ezilerek buruna çekilir.

Etkileri: Canlılık ve iyilik hali, halüsinasyonlar (özellikle görsel), sedasyon.

Yan etkileri: Ağızda kuruluk, susama, rahatlayamama, kuru sıcak cilt, pupillerde dilatasyon, huzursuzluk.



Yüksek doz: Hipertermi, idrar güçlüğü, yutma güçlüğü, zayıf ve hızlı nabız, bulanık görme, görsel halüsinasyonlar, algı bozuklukları, konfüzyon, deliryum, ileus.

Yoksunluk: Antikolinergik maddelere bağlı yoksunluk sendromu görülmez.

Tolerans: Düşük-orta

Bağımlılık potansiyeli: Düşük

HALÜSİNOJENLER

Hap veya madde emdirilmiş pullar biçiminde satılır. Bunlar arasında en iyi bilineni LSD'dir. Diğerleri arasında fensiklidin (PCP), Dimetoksimetamfetamin (STP) sayılabilir. Bazı kaktüs (peyote, etkin maddesi meskalin) ve mantarlar da (psilocybin) bu etkileri nedeni ile kullanılırlar.

Kullanış biçimi: Ağız yoluyla kullanılırlar. LSD deriden de emilir.

Etkileri: Görsel halüsinasyonlar, renklerde keskinleşme, depersonalizasyon, derealizasyon, yönelim bozukluğu, kuşku, öfori, anksiyete, panik, kan basıncında artma gözlenir. Sinestezi ve pareteziler ortaya çıkabilir. Güvenli ve rahat bir ortamda alındıkları zaman olumlu etkiler yaratırken, tersi durumlarda oldukça olumsuz tablolar yaratabilirler.

Yan etki: Panik atak, depresyon, paranoid hezeyanlar, pupillerde genişleme, konfüzyon, intihar girişimleri ortaya çıkabilir. Hezeyan ve halüsinasyonla, depersonalizasyon ve derealizasyon tabloya eşlik eder ve psikozla karışan tablolar görülebilir.

Tolerans: Yavaş gelişir

Bağımlılık potansiyeli: Düşük



ALKOL ve MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ KOMPLİKASYONLAR

Bu bölümde alkol ve madde kullanımına bağlı ruhsal ve bedensel sorunlardan söz edilmiştir. Ancak her maddeye ait ruhsal ve bedensel sorunlar, ilgili bölümde ayrıntılı biçimde verilmiştir. Tabloda alkol, opioid ve uçuucu maddelerle ilgili komplikasyonlar özetlenmiştir.

	ALKOL	OPIOİD	UÇUCU
Bedensel sorunlar	Gastrit, ülser, pankreatit, karaciğerde yağlanma, siroz, miyopati, periferik nörit, konvulziyon, kalp yetmezliği, malnutrisyon	Şiddetli ağrı yakınmaları, enfeksiyonlar, hepatit, AIDS, apseler	Kilo kaybı, solunum güçlükleri, zayıflık, burun kanaması, kas zayıflığı, zihinsel değişiklikler
Bedensel bulgular	Hepatomegali, hipertansiyon, karaciğer bozukluğunun cilt belirtileri, bacaklarda, ellerde uyuşma, anemi	Enjektör izleri, deri lezyonları, kesi izleri, pupillerde genişleme, lenfadenopati, şişmiş nasal mukoza	Halitosis, burun ve ağızda kızarıklık
Ruhsal sorunlar	Depresyon, anksiyete, bellek kaybı, paranoya, uykusuzluk	Depresyon, panik reaksiyonu, letarji, sosyopati	Anksiyete, depresyon, zihinsel değişiklikler, performansta azalma
Laboratuvar bulguları	MCV, MCH, SGOT, SGPT, GGT, ürik asit, trigliserid artar.	İdrarda opioid	Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek testleri

Fetal ve Neonatal Komplikasyonlar

Alkol/madde kullanan annelerin bebeklerinde alkol/madde kullanımına bağlı fetal ve neonatal komplikasyonlar sık gözlenir. Maddelerin yarılanma ömrü fetusta yetişkinlere kıyasla daha uzundur. Bu durum hem enzimlere, hem de böbrek yolu ile atılımın daha düşük olmasına bağlıdır.

Fetal alkol sendromu:



Fetal alkol sendromu denilen, yoğun alkol kullanan annelerin bebeklerinde görülen tablonun tipik özellikleri şunlardır:

- Düşük doğum ağırlığı
- Gelişim geriliği
- Mikrosefali
- Yarık dudak
- Kalp-damar bozuklukları
- Bilişsel bozukluklar

Nörolojik bozukluklar

Bu çocuklar, palpebral fissürün kısalığı, üst dudağın inceliği, filtrumun ve genel olarak yüzün orta bölümünün düzlüğü ile tanınabilirler.

Opioidler:

Düşük doğum ağırlığına sık rastlanır. Hiperbilirubinemi daha az gözlenir. Metadon kullanan annelerin bebeklerinde respiratuar distres sendromu görülebilir. Ani çocuk ölümü 5-10 kat fazladır.

Bebekte yoksunluk belirtileri doğumdan sonraki 2-3 gün içinde ortaya çıkar ve 2-3 hafta sürebilir. Bunlar arasında şiddetli ağlama, terleme, titreme, hiperaktivite, sık nefes alma, huzursuzluk, uyku düzeninde bozulma, kusma, diyare ve kilo kaybı sayılabilir. Tedavi destekleyicidir. Sakinleştirilmeli, sık ve düşük miktarda beslenmelidir. Yoksunluk belirtileri dehidratasyon, kilo kaybı, beslenme bozukluğuna yol açıyorsa, epilepsi benzeri nöbetler gözleniyorsa, benzodiazepin ya da fenobarbital kullanılabilir. Benzodiazepinler, Prematüre bebeklerde fenobarbital yeğlenir.

Esrar:

Düşük doğum ağırlığı, irritabilite, titreme, görme işlevinde bozukluk gözlenebilir. İrkilme yanıtı (startle response) daha uzun sürer. Esrar kullanan annelerin çocuklarında fetal alkol sendromuna benzer belirtiler beş kat daha fazla saptanmıştır.

Kokain:

Spontan düşük oranı kokain kullanan annelerde %23 olarak bulunmuştur. Abruptio placentae riski ikinci ve üçüncü trimesterde de devam eder.

Kokain kan basıncında artmaya, uterus ve plasenta perfüzyonunda azalmaya, uterus kasılmasında artmaya neden olur. Intrauterin büyümede gecikmeye ve beyin gelişiminin gecikmesine yol açar.

Kokaine bağlı anomaliler içinde üriner sistem anomalileri (prune belly sendromu, hidronefroz, renal agenezis), kalp anomalileri (atrial ve ventriküler septal defekt, kardiyomegali) sayılabilir.

Kokain kullanan annelerin bebeklerinde beyin ve myokard enfarktüsleri saptanmıştır.



Ruhsal Bozukluklar

Alkol ya da madde kullanan kişilerde sıklıkla başka ruhsal bozukluklar gözlenir. Alkol madde kullanımı ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki şöyle özetlenebilir:

- Mevcut ruhsal bozukluğun giderilmesi amacı ile kişi alkol ya da madde kullanmaktadır
- Alkol ya da madde kullanımının ardından ek bir ruhsal bozukluk gelişebilir.

Eşlik eden ruhsal bozukluklar alkol madde kullanımının prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Depresyon

Alkol bağımlılarında %50 oranında tabloya depresyonun eşlik ettiği saptanmıştır. Depresyon özellikle detoksifikasyon döneminde daha belirgindir. Uzun süreli alkol kullanımı sonucu bir depresif sendromun geliştiği de ileri sürülmektedir. Ailede geçirilmiş bir depresyon öyküsü varsa, bu olgularda depresyon geçirme olasılığı yüksektir.

Opioid bağımlılarının yaşam boyu bir kez depresyon geçirme oranı %48 olarak bulunmuştur. Uzun süreli opioid kullanımının organik bir afektif sendrom yarattığı ileri sürülmektedir.

Depresyonlu kişilerin çökkün duygudurumdan kurtulmak için uyarıcı maddeleri (kokain, amfetamin vb) sık kullandıkları da bildirilmiştir.

Antidepresan tedavi başlarken özellikle alkol ile etkileşime girmeyecek antidepresanlar seçilmelidir. Bunlar arasında fluoksetin (Prozac, Depreks), sertralin (Lustral), fluvoksamin (Faverin), paroxetin (Seroxat), venlafaksin (Efexor), moclobemid (Aurorix), mianserin (Tolvon), tianeptin (Stablon) sayılabilir.

Antidepresan ilaçların alkolü bırakan kişilerde ileri dönemde çıkabilecek alkol arayışını da azalttığı belirtilmiştir.

DEPRESYON

Çökkün ya da üzgün duygudurum ve ilgi azalması ya da zevk alamama depresyonun temel belirtileridir.

Temel belirtilere enerji azlığı ya da yorgunluk, uyku bozukluğu, iştah bozukluğu, intihar düşünceleri, dikkati toplamakta güçlük gibi belirtiler eşlik edebilir.

İntihar

İntihar gerek alkol, gerekse madde kullanan hastalarda sık görülür. İntihar girişiminde bulunan alkol bağımlılarının %75'inde depresyon saptanmıştır.

Alkol ya da madde kullananlarda intihar oranını artıran etkenler şunlardır: yalnız kalmak, kişiler arası çatışmalar, tıbbi hastalıkların varlığı, çoklu madde kullanımı ve ekonomik sorunlar gibi etkenler arttırır.

Alkol bağımlıları ileri yaşlarda, diğer maddeleri kullananlar ise daha erken yaşlarda intihar girişiminde bulunmaktadır.



Anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozukluğu özellikle alkol kullanan hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Kişinin anksiyete nedeniyle mi alkol almaya başladığının yoksa alkol kullanımının yarattığı sorunlar nedeniyle mi anksiyete semptomlarının ortaya çıktığının ayırt edilmesi gereklidir.

Kişilik bozuklukları

Kişilik bozuklukları alkol ya da madde kullanımına eşlik edebilir. Bunlar arasında en sık antisosyal kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğuna rastlanır.

Psikotik bozukluklar

Alkol ya da madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar gözlenebilir. Bunlar daha çok varsanılar ve sanrılar tarzındadır. Bozukluk kısa sürer. Tedavisinde antipsikotik ilaçlar kullanılmalıdır.



Alkol ya da Madde Kullananlarla Görüşme

Alkol ya da madde kullanan kişi ile görüşme ilkeleri, psikiyatrik görüşmenin genel ilkelerinden ayrılmaz. Kişi ile görüşürken, dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

Genel görüşme ilkeleri

- Hastaya bir şey söylemek yerine onu dinleyin ve onu dinlediğinizi gösterin. Aktif dinleme gerçekleştiği zaman hastayla aranızda tedavi ilişkisi kurulabilir. Aktif dinlemenin kuralları şunlardır;
- Dinlerken karşınızdakinin yüzüne bakın.
- Gereken yerlerde konuya açıklama getirmesini isteyin.
- Dinlerken kendi yanıtınızı hazırlamakla uğraşmayın.
- Ne söylediğine ve bunu nasıl ifade ettiğine dikkat edin.
- Sözleriniz ve yüz hareketlerinizle onu anladığınızı belirtin.
- Söylediği önemli sözleri, onun ardından yorumsuz bir şekilde tekrarlayın. Onun söylediklerini farklı bir şekilde ona tekrar anlatın.
- Tam olarak ifade edilmeyen, yarım kalmış cümlelere dikkat edin.
- Konuşurken aralarda sessizliğe izin verin.
- Sıkıntısını göstermesine ya da ağlamasına izin verin.
- Konuşuklarınızı belli aralıklarla özetleyin.

Alkol ya da maddeye özel ilkeler

- Alkol ya da madde kullanımının yaşamı üzerindeki olumsuz etkisini anlamasına yardımcı olun. Kişiler buldukları yerle olmak istedikleri yer arasındaki ayrımı fark ettikçe değişme yönünde motive olurlar. Kimi zaman olumsuz etkiler henüz ortaya çıkmamış ancak kullanım tehlikeli düzeyde olabilir. Bu durumda tehlikeli düzeyde kullanımın ne olduğu anlatılmalıdır.
- Tartışmaktan kaçının. Tartışma beraberinde savunmayı getirir, madde içme ve kullanma davranışında değişiklik oluşmasını sağlamaz.
- Hastayı yargılamayın. Onu çok fazla alkol kullanmak, eşine ve ailesine ilgisiz davranmakla suçlamayın. Onu olduğu gibi kabul edin.
- Onu etiketlemeyin. Alkolik, eroinman, bağımlı gibi sözcüklerle etiketlerseniz, onu tümünden kaybedebilirsiniz.
- Kendine güvenmesini sağlayın. Başarma umudu olmayan kişiler değişme yönünde adım atmazlar.



- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunların sorumluluğunu kendisine bırakın. Onu bir yetişkin, kendi kararlarını verip bu kararların sorumluluğunu taşıyacak bir kişi olarak görün ve buna uygun davranın.
- Yaşadığı sorunların ve gördüğü zararların farkına kendi kendine varmasını sağlayın. İkna etmeye çalışmayın. Tüm olumsuz noktaları sizin ona anlatmanız, anlattıklarınızın hepsi doğru olsa bile onun değişmesine yardımcı olmayacaktır.
- Ona tedaviye ilişkin çeşitli alternatifler sunun. Bir sonraki adımın ne olacağına o karar versin.

Yapılmaması gerekenler

Aşağıda bir alkol ya da madde hastası ile görüşürken yapılmaması gerekenler özetlenmiştir. Bunlar ilişkiyi tamamen bozacak ve kişiye hiçbir yardımcı dokunmayacak davranışlardır.

1. Emretmek, yönetmeye kalkmak
2. Tehdit etmek ya da uyarmak
3. Mantıkla iknaya kalkmak ya da ders vermek
4. Ahlakla açıklamak, öğüt vermek
5. Yargılamak, eleştirmek ya da suçlamak
6. Hak vermek, onaylamak ya da övmek
7. Utandırmak, saçma bulmak
8. Yorumlamak, analiz etmek
9. Rahatlatmak, teselli etmek ya da şefkat göstermek
10. Sorgulamak, araştırmak
11. Dikkati başka yöne çevirmek, konuyu değiştirmek ya da uzaklaşmak

Israrla ilaç talep eden bağımlı ile görüşme

Günlük pratikte, sürekli olarak yeşil ya da kırmızı reçeteye tabi ilaçlar isteyen hastalarla sık karşılaşılır. Kimi zaman kişi hekimi tehdit edebilir, üst düzey tanıdıkları olduğunu söyleyebilir, bu ilaçları kullandığını ya da bu konunun uzmanı bir doktor tarafından bunların kendisine yazıldığını söyleyebilir. Sık karşılaşılan bu durumla başa çıkmak için yapılabilecek olanlar aşağıda belirtilmiştir.

- Onunla ilgilendiğinizi gösterin ve kendine güvenli davranın. Kendinize güvenmezseniz onu da ikna edemezsiniz.
- Bu ilaçları kullanmasını gerektiren fiziksel ya da ruhsal bir rahatsızlığı var mı araştırın. Eğer bulamazsanız, bunları kullanmasının gerekli olmadığını belirtin.
- Başka ne tür maddeler kullandığını soruşturun.
- Neden ısrarla bu ilaçları talep ettiğini sorun. Talep ettiği ilaçların bağımlılık yaptığını hatırlatın. Karşınızdaki kişi bunun zaten farkında olabilir, ancak bunu belirtmeniz tartışmayı daha gerçekçi bir düzeye çekecektir.



- İsterse, yeşil ya da kırmızı reçeteye bağlı olmayan anksiyolitik ilaçlar yazabileceğinizi söyleyin. Bu davranışınız onunla ilgilendiğinizi gösterecektir.
- İsteklerini başka yardım yolları göstererek yanıtlayın. Eğer bırakmayı isterse kendisine yardımcı olabileceğinizi anlatın.
- Sınırlarınızı koyun. Neler yapıp, neler yapamayacağınızı açıkça söyleyin. Sınırlarınızı net olarak koyduğunuz taktirde, ısrar azalacaktır.
- Tehditlerini sakın ve güvenli biçimde yanıtlayın. Tehdit olarak söylediği her şeyi yapabileceğini, ona “yapamazsın” demediğinizi, ancak sizin elinizden gelen başka bir şey olmadığını söyleyin.
- Öfkelenmeyin. Öfkelenmek size hiçbir şey kazandırmaz, aksine kontrolü kaybetmenize yol açabilir.

Öfkeli ya da saldırgan hasta ile görüşme

Günlük pratikte alkol ya da madde kullanan ve bir nedenle öfkelenmiş kişilerle karşılaşılmaktadır. Bu kişiler, alkol ve madde etkisi altında iseler hekim için bir tehlike oluşturabilirler. Çünkü, bu maddelerin etkisi altına iken kişinin inhibisyonları kalkmıştır ve çevreye zarar verebilir. Öte yandan, eroin gibi maddeleri kullananlar madde bulamayıp başka bir maddenin arayışına girdikleri zaman, kendilerine engel olabilecek kişilere zarar verebilirler.

Servis içinde bağırın, tehditler savuran, duvarlara vuran öfkeli bir hasta söz konusu olduğunda,

- Kendinize güvenli davranın. Sakin olun. Telaşlısanız dahi belli etmeyin. Bedeninizle kendinize olan güveninizi ortaya koyun. Dik durun. Ancak kendinize güveniniz ona meydan okuma tarzında olmasın.
- Kişiyle doğrudan göz kontağı kurmayın. Bunu meydan okuma olarak görebilir. Bu nedenle hemen gözlerinin altına bakabilirsiniz.
- Kendisiyle konuşmak istediğinizi söyleyin, sorunun ne olduğunu anlatmasını isteyin. Hatta neden bağırdığını sorun.

Alkol ya da Madde Kullanan Kişinin Değişime Yönlendirilmesi

Tehlikeli düzeyde alkol ya da madde kullanan kişilerin önemli bir bölümü içinde buldukları durumun farkında değildir. Bu nedenle madde kullanımlarının tehlikeli düzeyde olduğunu öğrenmeleri gerekir. Ancak bu davranışlarını değiştirme kararını vermeleri zaman alır. Bu noktada hekimin görevi, kişinin değişmesini hızlandırmaktır.

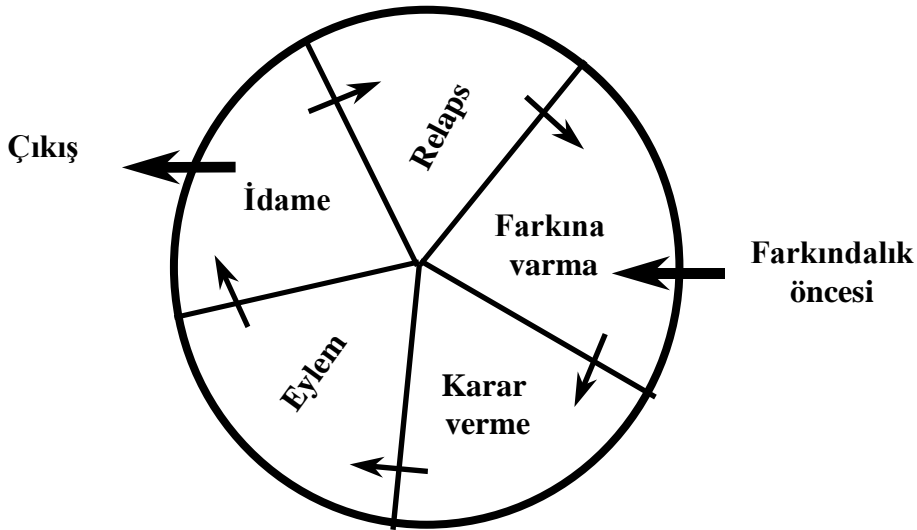


Değişimin aşamaları

Değişimin belli aşamalardan oluştuğu kabul edilmektedir.

1. Farkındalık öncesi evre: Kişi kullandığı maddenin herhangi bir zararı olduğunu farkında değildir ve davranışını değiştirmeyi düşünmemiştir.
2. Farkına varma: Kullandığı maddenin verdiği zararların farkındadır, ancak aldığı hazdan vazgeçmeye hazır değildir.
3. Karar verme: Değişmek için planlar yapmaktadır.
4. Eylem: Değişim yönünde eyleme geçmiştir.
5. Sürdürme: Alkol/madde kullanımını kesmiş ve yaptığı bu değişikliği sürdürmektedir.

Bu aşamalar aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Değişimi başlatmak

Öncelikle, hastanın alkol ya da madde kullanma davranışının, bırakmayı, azaltmayı ya da tedavi olmayı gerektirecek boyutta olduğunu kabul etmesi gerekmektedir. Daha sonra hastanın değişme yönünde güdülenmesi gerekir.

Değişim sürecini başlatabilmek için, aşağıda yer alan basamaklardan oluşan bir yöntem uygulanabilir.

1. Alkol ve madde kullanım öyküsünü ve yaşam tarzını öğrenin.
2. Alkol ve madde kullanımının sağlık, aile ve çevre ilişkilerine etkilerini araştırın.
3. Alkol ya da madde kullanımının getirdiği avantaj ve dezavantajları sorun.
4. Görüşme sırasında o ana kadar kişinin getirdiği alkol ya da madde kullanımının olumsuz sonuçlarıyla (sağlık, ekonomik, ailevi ya da sosyal) ilgili bulguların bir özetini yapın.



5. Tehlikeli boyutlarda kullanımın ne olduğunu anlatın ve hastanın öyküsü ile bir karşılaştırma yapın.
6. Bugüne kadar bırakmayı ya da azaltmayı hiç düşünüp düşünmediğini sorun. Bırakmayı düşünüp de bırakmamışsa bunun nedenlerini araştırın ve onu bırakma ya da azaltma konusunda yöreklendirin. Eğer bırakmayı ya da azaltmayı hiç düşünmemişse, kullanımın devam etmesi halinde oluşabilecek diğer fiziksel, ruhsal ya da sosyal sonuçları konusunda bilgilendirin.
7. Bırakma ya da azaltma konusunda çeşitli seçenekler belirlemesine yardımcı olun.
8. Alkol kullanan kişiler için hazırlanan broşürden bir adet verin ve okumasını sağlayın.

Örnek sorular:

Bana biraz ne zaman, nasıl ve ne kadar alkol aldığınızdan söz eder misiniz? Alkol almanın hayatınıza olumlu ve olumsuz etkileri neler?

Alkol alma alışkanlığınız zaman içinde nasıl değişti?

Başkaları sizin alkol almanıza ilişkin neler söylüyorlar? Onların endişeleri neler?(Eğer görüşme sırasında yanınızda hastanın eşi veya bir yakını varsa bu soruyu ona yöneltebilirsiniz)

Bu sorularla sonuç alınamazsa daha özgül sorular sorulabilir:

Kullandığınız alkol ya da madde miktarında geçen yıllara göre bir kıyaslama yapacak olursak, bir artış var mı?

Bir önceki akşam alkol kullandıktan sonra sabah bazı olayları hatırlayamadığınız oldu mu?

Alkol ya da madde kullanımınızın eşiniz, aileniz veya arkadaşlarınız işle olan ilişkilerinize bir etkisi oldu mu?

Sağlığınız ne yönde etkileniyor?

Ekonomik durumunuz nasıl etkileniyor?

Yukarıda sayılan alanlardan bir veya birkaçında alkolün olumsuz etkilerini göstermek hastanın tedaviye yönelmesini sağlayabilir.

Kişi değişimi gerçekleştirmeye direniyorsa:

- Onun sağlığı hakkındaki endişelerinizi tekrar dile getirin.
- Hazır olduğu zaman kendisine yardımcı olmaya istekli olduğunuzu vurgulayın.
- Çok fazla üstüne gitmeyin ve ısrar etmeyin. Unutmayın, zaten sizinle yaptığı görüşmeden sonra en azından bazı şeyleri düşünmeye başlayacaktır.
- Daha sonraki başvurularında alkol kullanımı ile ilgili sorular sormaya devam edin.

Değişim hakkında bazı gerçekler

Her hastayı değiştiremeyeceğinizi unutmayın. Bazı kişiler değişime dirençli olabilir. Ancak beklemediğiniz bir anda değişimi gerçekleştirebilirler. Öte yandan değişime hazır gözükümler, bir süre sonra bundan vazgeçebilirler. Değişim süreci aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Değişim süreci

Değişmeye karar
vermemiş hastalar

Değişim konusunda
ikilem içinde olanlar

Değişim
süreci içinde olanlar



Erken Tanı ve Danışmanlık

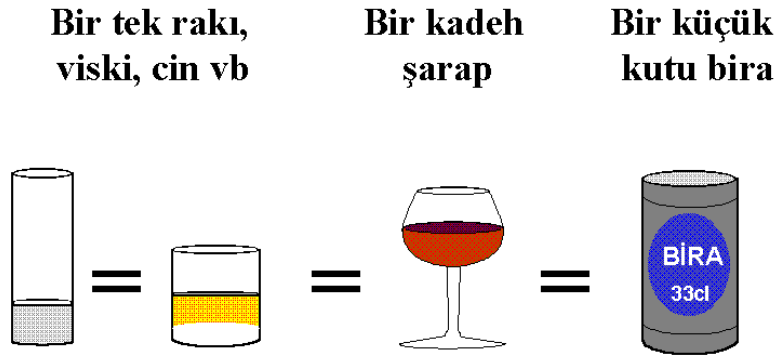
ALKOL KULLANIMI

Alkol Ne kadar Kullanılabilir?

Alkol yaygın olarak kullanılan bir maddedir. Ancak bazı kişiler alkolü fazla miktarda kullanabilir. Belirli bir düzeyin üstünde alkol kullanan kişilerde alkole bağlı bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Buna yüksek riskli alkol kullanımı diyoruz.

Tüm kitap boyunca alkol kullanımının miktarını belirtmek için standart içki tanımı kullanılacaktır. Çeşitli içki türleri için standart içki miktarları aşağıda gösterilmiştir. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi, bir küçük kutu biranın içerdiği alkol miktarı, bir tek rakı, cin ya da viskiye ve bir kadeh şaraba eşittir. Bunların tümü “bir standart içki” olarak adlandırılmaktadır. Bir standart içkide 8-13 gram (ortalama 10 gram) alkol vardır.

BİR STANDART İÇKİ



Yukarıda da belirtildiği gibi belirli miktarların üstünde alkol kullanıldığı takdirde, kişi alkolün yarattığı bedensel ve ruhsal zararları yaşamaya başlayacaktır. Bu noktada alkolün hangi miktardan daha fazla kullanılmaması gerektiği sorusunun yanıtını bilmek gerekir. Aşağıda yer alan tabloda bu sınır erkekler için haftada 21 standart içki, kadınlar için haftada 14 standart içki olarak verilmiştir. Bu tabloda verilen sınırların anlamı şudur: Eğer kişi bu sınırların üstünde alkol kullanmaya başlarsa bedensel ve ruhsal açıdan zararlar görmeye başlayabilir. Ancak bu varsayım, daha düşük dozlarda kişinin herhangi bir zarar görmeyeceği, ya da daha yüksek dozlarda zararın kaçınılmaz olduğu anlamına gelmez.

Ayrıca alkol, alınan miktar ne olursa olsun haftada beş kezden sık kullanılmamalıdır. Yani haftada en az iki gün hiç alkol alınmamalı, alkol alındığında erkekler için günde dört standart içki, kadınlar için ise 3 standart içkinin üzerine çıkılmamalıdır.

Alkole bağlı bedensel ve ruhsal zarar tehlikesini kabul edilebilir düzeyde tutmak için alkol sınırı ne olmalıdır?



KİM?	NE KADAR?
Erkek	Haftada 21 standart içkiden az
Kadın	Haftada 14 standart içkiden az
Alkol bağımlısı	Hiç
Gebe kadın	Hiç
İlaç kullanımı	Hiç
Tıbbi hastalık	Hiç

Alkol Kullanan Kişiye Yaklaşım

Bir hastanızın alkol kullandığını öğrendiniz. Bu noktadan sonra neler yapmanız gerekiyor? Alkol kullanan kişiye yaklaşımda izlenmesi gereken yol tabloda özetlenmiştir.



1. Alkol kullanımını sorgulayın

- a. **Tüm hastalarımıza alkol kullanıp kullanmadığını sorunuz.** Hangi nedenle başvurmuş olurlarsa olsun, tüm hastalarımıza alkol kullanıp kullanmadığını sormak, bunu muayenenizin doğal bir parçası haline getirmek, alkol kullanım sorunu olan birçok hastayı saptamanızı sağlayacaktır.



Rutin taramanın önemi

- Alkol kullananları alkolün tehlikeleri konusunda eğitmek
- Bağımlılık oluşmadan sorunları tanımak
- Tehlikeli düzeyde alkol kullananları davranışlarını değiştirmek için motive etmek
- Risk altında olanları açığa çıkarmak

Aşağıdaki kurallara uyulursa insanlar tarama sırasında sorulara olasılıkla doğru yanıt vereceklerdir.

- Görüşmeciyi dostça ve tehdit etmeden yaklaşmalıdır.
- Soruların amacı açıkça kişinin sağlık durumunu saptamaya yönelik olmalıdır.
- Tarama yapıldığı sırada kişi alkol ya da madde etkisinde olmamalıdır.
- Sorular anlaşılır biçimde sorulmalıdır.
- Elde edilen bilgi gizli tutulmalı ve bu belirtilmelidir.

b. Alkol kullanımı ile ilgili sormanız gerekenler: Karşınızdaki size alkol kullandığını belirtirse, öncelikle alkol kullanım öyküsünü almak gerekir. Bunun için aşağıdaki soruları sorabilirsiniz.

- Haftada kaç gün alkol kullanıyorsunuz?
- Ne kadar içiyorsunuz?
- Geçen ay içinde bir seferde en fazla ne kadar içtiniz?
- Alkol kullanımı ile ilgili bir sorunuz oldu mu?

c. Alkol sorunu olan hastayı tanımak için ipuçları: Alkol sorunu olan hastayı bazı ipuçlarından tanıyabiliriz. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

Tıbbi belirtiler: Aşağıdaki belirtilerle başvuran hastada alkol kullanımını sorgulamak kesinlikle gereklidir.

- Uykusuzluk nedeni ile ilaç talebi
- Unutkanlık
- Kronik gerilim baş ağrıları
- Yorgunluk, halsizlik
- Mide ve karın ağrıları
- Hipertansiyon
- Kronik ishal
- Kronik depresyon
- Sinirlilik

Aile ile ilgili belirtiler

- Aile üyelerinde açıklanamayan bedensel yakınmalar (örneğin çocuklarda baş veya karın ağrısı)
- Fiziksel şiddete bağlı travma belirtileri
- Çocuklarda okul sorunları



- Aile üyelerinin sağlık kurumlarına fazla sık gelmesi
- Eş veya çocuklarda depresyon veya anksiyete bozukluğu
- Çocukta dikkat eksikliği sendromu

Diğer belirtiler

Tehlikeli düzeyde alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilecek belirtiler şunlardır.

- Tepki zamanının uzaması
- Motor performansın azalması
- Görme kapasitesinin azalması
- Konsantrasyon bozulması ve zihinsel yetilerin azalması

Kişinin alkol kullanma biçimi de **bi**azen tehlikeli düzeyde alkol kullanımının işaretlerini verebilir. Bunlar arasında,

- Sarhoş oluncaya kadar içmek
- Hızlı içmek
- Az yemek
- İşe geç kalmak
- Arkadaşları arasında ağır içicilerin olması
- Boş zamanlarını alkol kullanarak geçirmek

sayılabilir

d. Alkol kullananlara K E S İ 'yi sorunuz?

Kişinin alkol kullanımı ile ilgili sorunları olup olmadığını anlamak için KESİ adı verilen ölçek uygulanabilir. KESİ çok kolay ve hızla uygulanabilen bir ölçektir. KESİ, Kesmek, Eleştiri, Suçluluk ve İlk iş'in baş harflerinden oluşmaktadır.

Aşağıdakilerin son bir yıl içinde olup olmadığını araştırın.

Kesmek: Alkolü **K**esmeniz ya da azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü?

Eleştiri: Çevrenizdeki insanlar alkol kullanımından dolayı sizi **E**leştirdiler mi?

Suçluluk: İçmekten dolayı kendinizi kötü ya da **S**uçlu hissettiniz mi?

İlk iş: Sabah uyandıığımızda kendinize gelmek ya da akşamdan kalma belirtilerini yok etmek için hiç **İ**lk iş olarak alkol aldınız mı?

Bu sorulardan en az birine “evet” yanıtı veren kişilerin alkol kullanımı ile ilgili bazı sorunları olduğu düşünülmeli ve alkol sorunu daha derin biçimde sorgulanmalıdır. KESİ, alkol kullanımını daha ayrıntılı araştırmanız için bir işaret verecektir.

e. Tehlikeli düzeyde alkol kullanımı olup olmadığını araştırın



Kişinin alkol kullanım düzeyi nedir? Aşağıdaki tabloda kullanılan alkol miktarına göre risk düzeyi verilmiştir.

RİSK	ERKEK	KADIN
Düşük	Günde 4 standart içkiye kadar	Günde 2 standart içkiye kadar
Orta (zararlı)	Günde 4 standart içkiden fazla	Günde 2 standart içkiden fazla
Yüksek (tehlikeli)	Günde 6 standart içkiden fazla	Günde 4 standart içkiden fazla

Tablodaki değerler, haftada beş kez kullanım içindir.

Alkol kullanım düzeyinin ölçülmesinde kullanılabilecek daha ayrıntılı bir ölçek ekler bölümünde yer almıştır.

2. Alkole bağlı sorunları araştırın

Kişinin alkol kullandığını ve ne düzeyde kullandığını saptadınız. Bu aşamadan sonra artık hastanın alkole bağlı ne gibi sorunları olduğunu araştırmak gerekiyor. Bu bilgiler bize kişiye hangi yaklaşımda bulunmamız gerektiği hakkında yol gösterecektir.

a. Tıbbi öykü

Hastanızın öyküsünü alırken bazı tıbbi sorunları araştırmamız gerekir. Bunlar arasında sayılabilecek en önemlileri şunlardır: Depresyon, uyku ve cinsel işlev bozuklukları, alkol kullanımına bağlı fiziksel sorunlar (alkolün medikal komplikasyonları bölümüne bakınız) vb.

b. Sosyal sorunlar

Kişi yaşamında kullandığı maddenin olumsuz etkileri nedeniyle ne gibi sosyal sorunlar yaşıyor? Bu sorunlar yaşamını ne oranda etkiliyor?

Alkol ya da madde kullanımına bağlı olarak sıklıkla yaşanan sorunlar şunlardır:

- Aile sorunları (boşanma, geçimsizlik, şiddet vb)
- İş sorunları (işten atılma vb)
- Yasal sorunlar (alkollü araba kullanırken yakalanmak, kaza, kavga vb)

c. Zararlı alkol kullanımı

Zararlı alkol kullanımı bağımlılıktan farklı bir durumu gösterir. En önemli ölçütleri şunlardır:

- Sık ya da fazla kullanım
- Fiziksel zararlara (ör; ülser, zehirlenme) ya da istenmeyen sosyal sonuçlara (ör; iş kaybı vb) yol açmasına rağmen kullanımın sürdürülmesi



d. Bağımlılık

Kişinin bağımlı olup olmadığı, izleyeceğimiz strateji bakımından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bağımlılığı araştıran sorular sormalıyız. Bağımlılık ile bilgiler için kitabın başında yer alan “temel kavramlar” bölümüne de bakabilirsiniz. Aşağıda bağımlılığın önemli ölçütleri ve bunları araştırmak için sorulması gereken sorulara örnekler yer almıştır.

- Alkol/madde kullanımını durdurmakta zorluk

“İçmeye başladıktan sonra durmakta zorlandığınız zamanlar oldu mu?”

- Alkol/madde kullanmaya karşı güçlü istek

“İçmek için şiddetli bir istek duyuyor musunuz?”

- Tolerans gelişmesi

“İstediğiniz etkiye ulaşmak için eskisine göre daha fazla miktarda alkol almak ihtiyacı duyuyor musunuz?”

- Yoksunluk belirtilerinin görülmesi

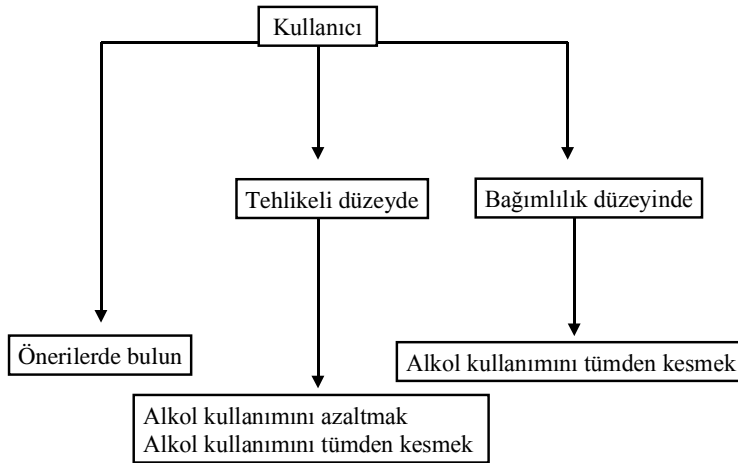
“İçmediğiniz zamanlar psikolojik veya fiziksel bazı rahatsızlıklarınız oluyor mu?”

Bağımlılık ile ilgili tanı ölçütleri ekler bölümünde verilmiştir.

3. Önerilerde bulunun

Alkol kullanımının tehlikeli düzeyde ya da bağımlı olduğunu düşündüğümüz kişide uygulayacağımız strateji çok önemli farklılıklar gösterir. Bunlar aşağıdaki şekilde özetlenmeye çalışılmıştır.

Tehlikeli düzeyde olmasa bile, alkol kullanan her kişinin bilmesi gereken bazı noktalar vardır. Bu



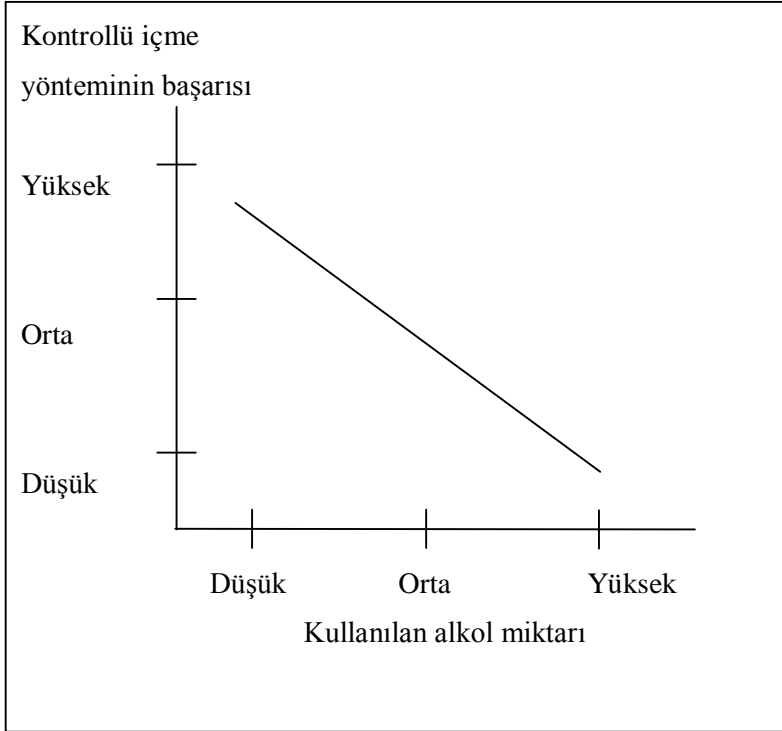
nedenle kullanıcılara gerekli bilgiler verilmelidir. Tehlikeli düzeyde alkol kullandığını saptadığımız kişinin alkolü tamamen bırakması ya da azaltması istenmelidir. Kişinin durumuna göre strateji belirlenmelidir.



Alkolü azaltmayı önereceğiniz durumlar:	Alkolü kesmeyi önereceğiniz durumlar:
<ul style="list-style-type: none"> • Tehlikeli düzeyde alkol kullanımı varsa • Alkole bağlı sorunlar ortaya çıkmışsa 	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımlılık • Başarısız alkol azaltma girişimleri • Gebelik • Alkol kullanmanın sakıncalı olacağı bir hastalığın varlığı

Alkol kullanımını azaltmak ya da sınırlamaya “kontrollü içme” adını veriyoruz.

Kullanılan alkol miktarı arttıkça kontrollü içme yönteminin başarısı azalır. Bu nedenle düşük ve orta düzeyde alkol kullananlarda bu yöntemi uygulamaya karar vermek uygun olacaktır.



Alkolü azaltma yaklaşımı

1. Hazırlık:

Hazırlık döneminde yapılması gerekenler şunlardır:

- Düşük riskli alkol kullanımını anlatın
- Alkolü azaltmaya hazır olup olmadığını sorun



- Kullandığı alkol miktarını saptamak için bir günlük tutmasını önerin (Günlüğün örneği aşağıda verilmiştir)
- Kitabın arkasında yer alan “hasta bilgi kitapçığı”nın bir kopyasını verin
- Azaltmaya başlamak için kesin bir tarih belirlemesini söyleyin

ALKOL ALMA GÜNLÜĞÜ

Kullanılan alkol miktarı

Tarih	Öğle	Akşam	Diğer
Örnek 3-7-1998	1 double rakı	5 double rakı	yok

2. Alkolü bırakmak için nedenler:

Kullanıcıya içmeyi kesmek için geçerli nedenleri olup olmadığını sorun. Kendisinden bu nedenleri sıralamasını isteyin. Eğer hatırlamakta zorluk çekerse, hatırlamasına yardımcı olmak için aşağıdaki listeyi kullanabilirsiniz.

- Kendinizi daha iyi hissedeceksiniz
- Daha enerjik olacaksınız
- Daha iyi uyuyacaksınız
- Daha iyi çalışacaksınız
- Paradan tasarruf edeceksiniz
- Hafızanız daha iyi olacak
- Akşamdan kalmışlık sorununuz olmayacak
- Ailenizle tartışmalarınız azalacak
- Alkole bağımlı hale gelmeyeceksiniz
- Alkole bağlı sağlık sorunlarından kurtulacaksınız

3. Zor durumları belirleyin



Bu nedenle kişi için riskli olan fiziksel ve duygusal durumları saptayın. Kişinin hangi durumlarda daha fazla alkol alma arzusu yaşadığını belirleyin. Bu durum ve duygulardan uzak kalması için yollar arayın.

- Bir toplantıya gittiği zaman
- Dışarıda yemek yediği zaman
- Meyhanede
- Çok içen arkadaşları ile birlikte olduğu zaman
- Tek başına iken
- Kendini kötü hissettiğinde
- Kendini sıkıntılı hissettiğinde
- Öfkeli olduğu zamanlar
- Stres altındaysa
- Rahatlamak istediği zaman
- Zor bir gün geçirdiyse
- Bir tartışmaya girdiği zaman

4. Kullanılan alkol miktarını azaltmak için öneriler:

Kişinin kullandığı alkol miktarını azaltması için aşağıdaki önerilerde bulunabilirsiniz. Kişi öncelikle en kolay uygulayabileceği yöntemi seçmelidir. Hedef, içilen miktarı tehlikeli alkol kullanım düzeyinin altına düşürmektir.

- Alkollü bir içki almadan önce susuzluğunuzu başka bir içeceklerle giderin (meyve suyu, soda, kola vs.). Susamamışsanız bile önce bir bardak alkolsüz içki için.
- İçerken kuruyemiş gibi tuzlu yiyeceklerden kaçınmın
- İçmeye başlamadan önce karnınızı doyurun
- Düşük alkollü içkilere geçin veya onları tercih edin
- İçkinizi sulandırarak için
- Her yeni kadehten önce bir bardak alkolsüz içecek için
- İçkinizi küçük yudumlarla ve yavaş için
- Fiziksel hareket, egzersiz, dans gibi sıvı kaybına yolaçan durumlarda alkol almayın

Bunları uygularken kişiden aynı zamanda günlüğünü de doldurmasını istemelisiniz.

5. Alkol alınan durumları sınırlamak için öneriler:

Alkol alınan durumları sınırlamak, kullanılan alkol miktarının da azalmasına doğrudan katkıda bulunacaktır.



- Akşamları içiyorsanız, akşam saatlerinizi doldurun ve içki içemeyeceğiniz yerlere gidin (sinema, anne babanızın evi gibi)
- Çok içen arkadaşlarla beraber oluyorsanız, bu arkadaşlarımızla olan ilişkinizi azaltın
- Daha çok yalnızken içiyorsanız, yalnız kalmamaya çalışın
- Canınız sıkıldığı zamanlar içiyorsanız, kendinize içkiden başka eğlenceler bulun
- Stresli olduğunuz dönemlerde alkol kullanıyorsanız, stresinizi yenmenin başka yollarını araştırın
- Genellikle bar, meyhane gibi yerlerde içiyorsanız, kendinize başka sosyal etkinlik mekanları bulun

6. İzleme:

Kişinin yukarıda yer alan önerilere uyup uymadığı izlenmelidir. Başarısızlık durumunda, kişiyi cesaretlendirmeniz ve tekrar bunları uygulamaya teşvik etmeniz yararlı olacaktır. Tehlikeli düzeyde alkol kullanan kişi kontrollü içme programını uygulayamıyorsa veya alkole bağlı fiziksel, ruhsal veya sosyal sorunlar çok fazlaysa alkolü tamamen kesmesini önerin.

Bağımlıya yaklaşım

Bağımlı olduğuna karar verilen kişiyle izlenecek strateji, tehlikeli düzeyde alkol kullanan kişilerle olandan farklılık gösterir. Bağımlıya;

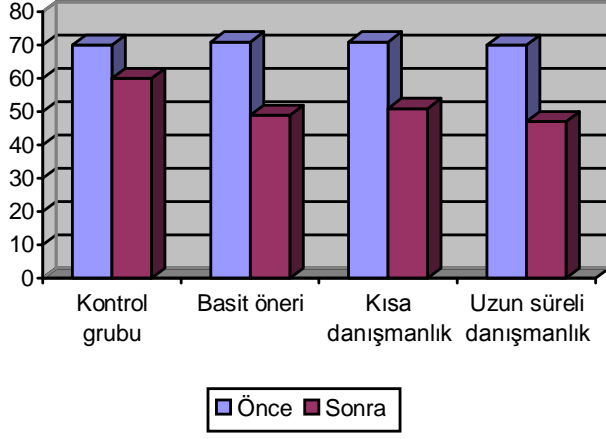
- Alkolü tamamen bırakmasını önerin
- Bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk edin ve görüşmeye gitmesi için cesaretlendirin
- Ailesi ile de görüşmek istediğinizi belirtin

Bağımlıların alkolü tamamen bırakması gerekir. Çünkü bağımlılar, kontrollü içme programını uygulayamaz. Bağımlılığın tanımında zaten kişinin kullandığı alkol miktarını kontrol edememesi yer alır. Bağımlılar alkolü bıraktıktan yıllar sonra bile alkol kullanmamalıdır.

Bağımlılığı şeker hastalığına (diabetes mellitus) benzetebiliriz. Şeker hastalığı olanlar karbonhidratlı gıdalarla beslenmezlerse kan şekerleri yükselmez. Ancak yıllar sonra bile gıdalarına dikkat etmeyecek olurlarsa kan şeker düzeyleri yükselecektir. Alkol bağımlılığında da kişi tekrar alkol kullanmaya başlayacak olursa bir süre sonra bırakmadan önceki düzeyde alkol almaya başlayacaktır. Yani bağımlılık ömür boyu süren bir hastalıktır.

Alkol kullananlara yönelik danışmanlık ya da yapılacak basit öneriler gibi kısa girişimlerin etkili olduğu görülmüştür. Aşağıda yer alan grafikte bu konuda yapılan bir çalışmanın sonuçları görülmektedir. Bu araştırmada benzer düzeyde alkol kullanan gruplardan birine basit önerilerde bulunulmuş, diğer gruba basit danışmanlık yapılmış, bir diğerine uzun süreli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Son olarak bir gruba ise hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Sonuç olarak danışmanlık verilen ve öneriler yapılan tüm gruplarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgu kısa danışmanlığın, hatta yalnızca önerilerde bulunmanın önemini göstermektedir.





Diğer Madde Kullanımında Erken Tanı

Madde kullanan kişilerin farkına varılması kolay değildir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada eroin kullanan gençlerin ailelerinin ortalama iki yıl sonra çocuklarının eroin kullandıklarını öğrendikleri saptanmıştır. Bu nedenle madde kullanımının farkına varılması önem taşır.

Kimi zaman madde kullanımına bağlı olduğu sanılan davranışlar başka etmenlerden kaynaklanır. Bu nedenle kişiyi gereksiz yere suçlamamaya özen gösterilmelidir. Yargılamak, etiketlemek karşınızdaki kişiyle ilişkinizi bozacaktır.

Madde kullanan kişi üç ayrı yolla anlaşılabilir. Kan ve idrar tetkikleri, davranış değişiklikleri ve madde etkisine bağlı değişikliklerin gözlenmesi.

A. Kan ve idrar tetkikleri:

Birçok maddenin metaboliti idrarda tespit edilebilir. Ancak bazen bağımlılar idrarlarını değiştirmekte ya da idrarın yapısını bozacak maddeleri idrara karıştırabilmektedir. Bu nedenle idrar verilirken bu işin bir başkasının gözetimi altında yapılması doğru olacaktır.

Çeşitli maddelerin kullanıldıktan sonra idrarda kalma süreleri farklılık gösterir:

Eroin	2-4 gün
Esrar	1-3 gün, kronik kullanıcılarda birkaç ay
Kokain	12-48 saat
LSD	12 saat
Benzodiazepinler	

Uçucu kullanımında karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri yararlı olabilir.

Fensiklidin kullanımında ise CPK/ kreatinin/ BUN değerleri yüksek bulunur.

B. Davranış değişiklikleri:

Madde kullanmaya başladıktan sonra kişide gözlenebilen bazı değişiklikler şunlardır.

- Çevre ve arkadaş değişikliği
- Kimi zaman neşeli, sakin, kimi zaman öfkeli, saldırgan davranışlar
- Aileyle ilişkilerini azaltma ve evde az bulunma
- Ev içinde yalnız kalmayı tercih etme
- Sık banyoya gitme
- Aşırı para harcama
- Öz bakımın azalması
- Okul başarısında düşme

Yukarıda yer alan tüm belirtilerin aynı zamanda ergenlik döneminde de görülebileceği unutulmamalıdır.



C. Madde etkisine bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler:

Kullanılan madde cinsine göre farklılık göstermekle birlikte, maddeye bağlı bazı değişiklikler gözlenebilir.

- Uyku bozukluğu
- Dalgınlık, halsizlik, yorgunluk, isteksizlik
- Beslenme bozukluğu ve kilo kaybı
- Gözlerde kanlanma, göz bebeklerinde daralma ya da büyüme
- Konuşmada güçlük, peltek veya mırıldanır konuşma
- Sarhoşluk hali
- Ciltte leke, yara ve enjeksiyon izleri

Bağımlılık Süreci

Bağımlılık yapan tüm maddelerde bağımlılığın gelişmesi bir süreç içinde olmaktadır. Kullanılan maddenin cinsine göre bu süreç uzun ya da kısa olabilir. Madde önce bir kez denir. Daha sonra zaman zaman, belli durumlar veya sosyal ortamlarda kullanım başlar. Bunu düzenli kullanım ve bağımlılık izler. Size başvuran kişinin bu sürecin neresinde yer aldığı önem taşır. Ancak alkol kullanımından farklı olarak kontrollü madde kullanımına da müdahale etmek gerekir. Bağımlılık gelişmemiş bir kişiye yapılacak erken müdahale bağımlılığın gelişmesinin önlenmesinde çok yararlı olabilecektir.



Tedavi

Genel bilgi

Alkol ya da madde kullanımında tedavi yaklaşımları diğer psikiyatrik ve fiziksel bozukluklara göre farklılıklar gösterir. Bu bozuklukların tedavisinde çeşitli yaklaşımların farklı yeri ve önemi vardır.

Alkol ya da madde bağımlılığının tedavisi hakkında genel bir bilgi vermek gerekirse;

- Alkol ya da madde kullananların tümüne etkili tek bir yaklaşımdan söz etmek mümkün değildir.
- Uygun tedavi görenlerde seyir oldukça iyidir.
- Kısa ve basit girişimlerin etkili olduğu gösterilmiştir.
- Alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili sorunların giderilmesi seyri olumlu yönde etkilemektedir.
- İyileşmeyi birçok etmen etkilemektedir. Bunlar arasında tedavi süreci ve tedaviye uyum, yardım arayan kişinin özellikleri, tedavi olmayı gerçekten isteyip istemediği, sorunlarının özelliği ve bütün bunlar arasındaki etkileşim sayılabilir.
- Tedaviye uzun süreli uyum ile başarı arasında doğrusal ilişki vardır.
- Alkol ya da madde kullanımı olmayan süre uzadıkça, yaşamın diğer alanlarındaki işlevler düzeltilmektedir.

Tedavi yöntemleri

Alkol ya da madde kullanımında ve bağımlılığında uygulanabilecek tedavi yöntemlerini şöyle özetleyebiliriz.

Kısa Girişim yöntemleri:

Kısa girişimler adını verdiğimiz yöntemler içinde kişiye yaşadığı sorun hakkında bilgi vermek ve değişmesine yardımcı olmak esas alınmaktadır. Bu yöntemlerin özellikle sigara ve alkol gibi maddeleri kullananlarda etkili olduğu bilinmektedir.

Detoksifikasyon:

Detoksifikasyon, kişinin kullandığı maddenin etkisinden arındığı yoksunluk belirtilerinin giderildiği döneme verilen addır. Detoksifikasyonun tedavideki yeri önemlidir.

Hastaneye yatırma

Ayaktan izlenmesi güç olanların hastaneye yatırılması uygundur. Ulaşımı kolay olmayan, dışarıda madde kullanım olasılığı yüksek olan, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları olan, kullandığı maddeye karşı tolerans gelişmiş ve bırakma döneminde önemli fiziksel komplikasyonlar yaşayacağı düşünülen kişilerin hastaneye yatırılması gerekir.

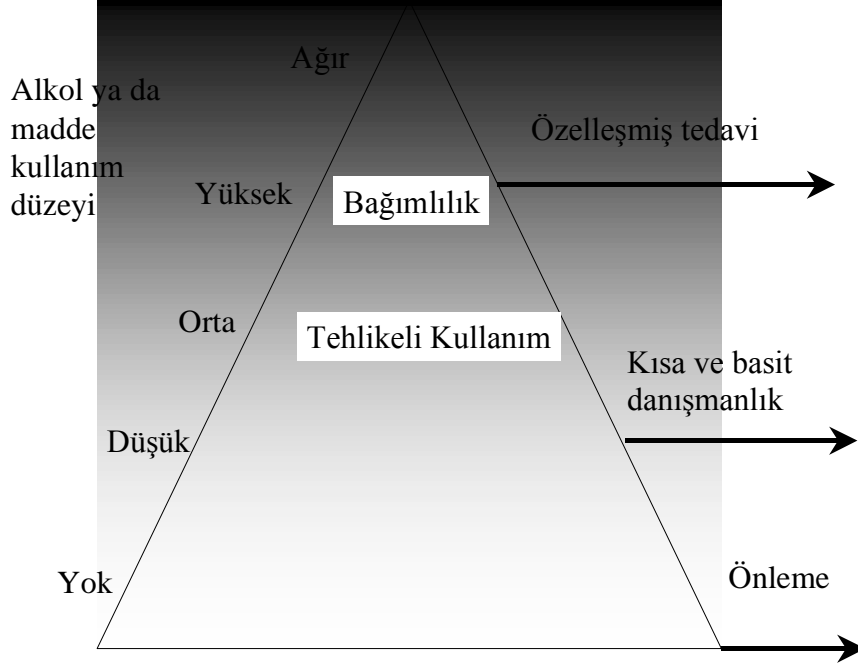
Terapi programları

Terapi programları ruhsal ve davranışsal tedavileri içeren bir süreçtir. Bireysel ve grup terapileri, eğitim, ortam tedavisi bu başlık altında sayılabilir.

Kendine yardım grupları



Daha önce alkol ya da madde kullananların kurdukları gruplardır. Ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır. Bu gruplarda 12 basamaklı düzelme adı verilen bir program uygulanmaktadır. Gruplar için başvuru adresleri, kitabın sonunda verilmiştir.



Tedavide genel ilkeler

- Ayrıntılı bir alkol ve madde kullanım öyküsü yanında, fiziksel ve ruhsal muayene ile hastanın sosyal durumunu araştırın.
- Alkol ya da madde kullananları, bu sorunun üstesinden gelebileceklerini söyleyerek yüreklendirin.
- İlaç kullanırken dikkatli olun.
- Eğer emin değilseniz, hastanıza alkol ya da madde kullanımı ile ilgili bir sorunu OLMADIĞINI SÖYLEMEYİN.
- Alkol ya da madde kullanan hastanızın üstüne, kronik bir hastalığı olanların üstüne düşüğünüzden daha fazla düşmeyin.
- Sabırlı olun. Düzelme yavaş ve geç olacaktır.

Tedavinin hedefleri

Tedavinin hedefleri şunlardır:

- Alkol ya da madde kullanan kişinin kullandığı maddeyi tamamen bırakmasını ya da azaltmasını sağlamak
- Alkol ya da madde kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel yönden düzelmesini sağlamak
- Kişinin sosyal yönden düzelmesini, ekonomik yönden avantajlı duruma gelmesini sağlamak



- Herhangi bir madde kullanmadan yaşamının tadını hissetmesini sağlamak
- Alkol ya da madde kullanımı ile ortaya çıkan yasal olmayan etkinliklerden uzaklaşmasını sağlamak
- Kendisine ve topluma zarar veren davranışların azalmasını sağlamak
- Yasadışı yollardan sağlanan maddeler için, her kullanıcının olası bir satıcı sayılabileceği düşüncesinden hareketle, madde pazarını ve sunumunu azaltmak

Tedavide gözönüne alınması gereken noktalar

1. Sosyal destek

- Belirli bir yerde yaşıyor mu?
- Belirli bir geliri, işi var mı?
- Yasal sorunları var mı?
- Kendisini destekleyebilecek ailesi ya da yakınları var mı?

2. Ruhsal ve fiziksel sorunlar: Çeşitli ruhsal ve fiziksel sorunlar tedavinin yöntemini, tedavi seçeneklerini etkileyecektir.

3. Madde kullanım öyküsünün şiddeti

- Kullanımın ya da bağımlılığın düzeyi nedir?
- Birden fazla madde kullanılıyor mu?
- Ne kadar zamandır kullanıyor ve bırakma girişimleri olmuş mu?

Bazı gerçekler...

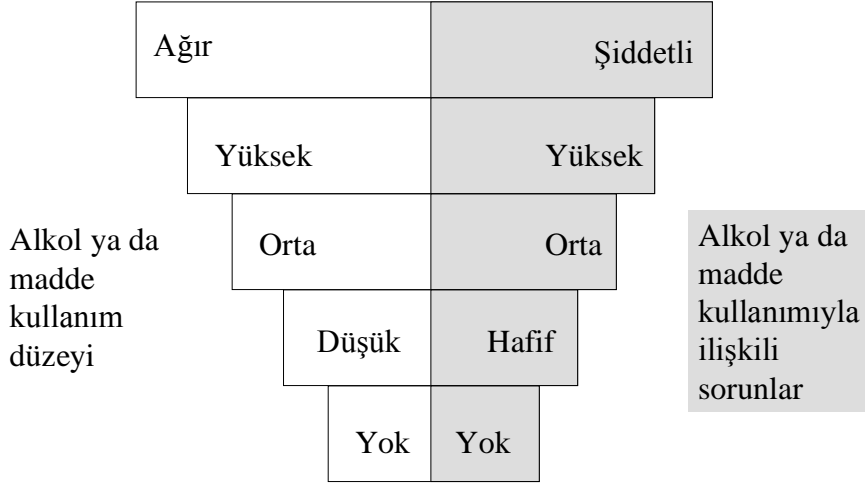
Alkol ya da madde tedavisinde beklenmeyen ya da olumsuz bir durumla karşılaşmak, hastanın tekrar madde kullanmaya başlaması sık görülen bir durumdur. Bu nedenle her hekimin tedavi konusunda göz önünde bulundurması gereken noktalar vardır.

- Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili sorunu olan birçok insan herhangi bir tedavi görmeksizin sorunlarının üstesinden gelebilmektedir.
- Tedavi görenlerin bir kısmı, tedavi sonrasında, öncekine göre daha fazla alkol ya da madde kullanmaya başlar.
- Tedaviye zorla başvuranlarda başarı şansı tedaviye hiç başvurmayanlarla eşittir.
- Tedavi sonrası alkol ya da madde kullanımını bırakanların kullanmaya yeniden başlama riski yüksektir.

Yani;

1. Tedavide birinci adım, kişinin alkol/maddeyi bırakmayı istemesidir.
2. Relaps sık karşılaşılan bir durumdur ve hekim buna hazırlıklı olmalıdır.
3. Relaps durumunda, hekim hastasını değişim için tekrar yüreklendirmelidir.





Yukarıdaki şekilde de görüldüğü gibi alkol ya da madde kullanım düzeyi arttıkça, buna bağlı olarak yaşanan sorunlar da artış gösterebilmektedir.

	Tıbbi yardım	Ruhsal yardım
İlk yardım (1.-2. gün)	<ul style="list-style-type: none"> Entoksikasyonu Akut yoksunluk belirtilerini Akut tıbbi sorunları tedavi edin 	<ul style="list-style-type: none"> İntihar ve saldırganlık Akut anksiyete reaksiyonu Akut psikotik reaksiyon ile başa çıkın
Erken dönem (0-4 hafta)	Detoksifikasyon uygulayın	Detoksifikasyon sırasında ruhsal destek sağlayın Motivasyonu artırmaya çalışın Kısa danışmanlık yapın
Uzun dönem (4-24 hafta)	Kronik tıbbi sorunları araştırın ve tedavi edin	Ruhsal bozuklukları araştırın ve tedavi edin Aile desteğini sağlayın
Rehabilitasyon (6 ay-2 yıl)	Uzun süreli tedavi programına katılımını izleyin	Uzun süreli tedavi programına girmesine yardımcı olun İzleyin ve ilişkinizi koparmayın



Alkol ve Madde Yoksunluğu ile Tedavisi

ALKOL YOKSUNLUĞU

Uzun süre yüksek miktarda alkol kullanan, fiziksel bağımlılık gelişmiş bir kişi alkölü bıraktığında ya da azalttığında, hafif bir huzursuzluk ve sinirlilik halinden ölüm riski taşıyan tablolara dek değişebilen yoksunluk belirtileri ortaya çıkar.

Tıbbi tedavi açısından önem taşıyan alkol yoksunluk belirtileri şunlardır:

Otonom Belirtiler	terleme, tremor, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk
Duygusal Belirtiler	kaygı, ajitasyon.
Algı Bozuklukları	işitsel, görsel (böcek, fare görmek vb) ya da dokunsal duyu bozuklukları (üstünde böceklerin dolaştığını hissetmek)

Yönelim, yoğunlaşma ve dikkat bozuklukları

Epileptik nöbetler

Hipertermi

Taşikardi

Aritmi

Hipertansiyon

ALKOL YOKSUNLUĞUNUN TEDAVİSİ

Genel ilkeler

- Alkol yoksunluğunda komplike olmayan bir arındırma dönemi hastadaki bağımlılığın şiddetine göre beş ila on gün sürer.
- Yoksunluk tedavisinde amaç otonom belirtileri, algı kusurlarını ve nöbetleri azaltmak ya da önlemektir.
- Alkolün doğrudan etkileri ya da birlikte görülebilecek kötü beslenmeye bağlı vitamin eksiklikleri sonucunda gelişen çeşitli bozukluklar, özellikle nörolojik bozukluklar tedavi edilir.
- Alkol yoksunluğunda epileptik nöbetler (genellikle ilk iki gün içinde) gözlenebilir. Bu nedenle hasta dikkatle izlenmelidir.
- Belirtileri hafif olan ve geçmişte deliryum ya da epileptik nöbet öyküsü bulunmayan hastalar arındırma dönemini her gün kliniğe kontrole gelmek koşuluyla evlerinde geçirebilirler.



- Ağır yoksunluk bulguları olan, nöbet geçirmiş ya da deliryumdaki hastalar mutlaka hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir.

Önerilen incelemeler

- Tam kan sayımı
- Tam kan biyokimyası (üre, kan şekeri, kreatinin, serum proteinleri, elektrolitler, serum bilirubinleri, CPK, GGT, transaminazlar, protrombin zamanı vb)
- Tam idrar tahlili
- Akciğer grafisi
- Dışkıda gizli kan
- Ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene

Hafif-orta dereceli ve komplike olmayan alkol yoksunluğu tedavisi

- Sedasyonu sağlamak için diazepam başlayın. Tedaviye bölünmüş ve özellikle akşam saatlerine yığılmış dozlarda 40-60 mg/gün ile başlamak ve ilacı bir hafta içinde azaltarak kesmek doğru olacaktır.
- Vitamin eksikliğini gidermek üzere 200-500 mg tiamin i.m. uygulayın. Günde 10 mg ile folik asit başlayın (Folbiol 2x1).
- En az üç gün süreyle 100 mg/gün olmak üzere parenteral tiamin ve oral multi-vitamin tedavisi düzenleyin.
- Gerekirse vitamin B₁₂ başlayın (Dodex amp 1x1 im, iki hafta her gün, daha sonra en az iki ay haftada bir).
- Hastayı her gün kontrole çağırın.

(Tedavinin ayrıntıları için, alkol yoksunluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar bölümüne bakınız)

DELİRYUM TREMENS

- Alkol yoksunluğunun oluşturduğu en ağır tablo deliryum tremens adıyla bilinir.
- Deliryum, akut bir konfüzyon, yani bilinç bulanıklığı tablosudur. Yetmiş aşkın nedenle ortaya çıkabilir ve çok çeşitli klinik tablolar sergileyebilir. Bu tabloların en belirgin ortak özelliği yoğunlaşma ve dikkati yönlendirme kusurudur. Hastaların büyük çoğunluğu sakin ve uykuya eğilimli, bir kısmı ise ajite ve tetiktedir. Deliryum görece hızlı başlangıcı ve gidişinin yanı sıra, konfüzyonun şiddetinin gün içinde belirgin dalgalanmalar göstermesi ile de başka psikiyatrik tablolardan ayırt edilebilir.
- Alkol yoksunluğuna bağlı deliryumu (deliryum tremens) öbürlerinden ayıran özellik, hastanın genellikle ajite ve tetikte olmasıdır.
- Alkol yoksunluğunun diğer belirtilerine ek olarak aşağıda yer alan belirtiler gözlenir.
 - Konfüzyon (yer, zaman ve kişiye yönelimde bozukluk)



- Ajitasyon
- Halüsinasyonlar (böcek, yılan görme, olmayan sesleri duyma) ve hezeyanlar (genellikle alınma ve paranoid hezeyanlar)
- Uyku-uyanıklık çevrimi bozukluğu
- Bellek bozuklukları
- Dikkat ve yoğunlaşma bozukluğu
- Duygudurumda aşırı değişkenlik
- Deliryum tremens yoksunluğun 2.-10. günlerinde (genellikle 3.-5. günlerde) ortaya çıkar ve çoğunlukla bir haftadan kısa sürer. Ancak çok daha uzun sürmesi de olasıdır.
- Bu süre dört haftayı geçtiğinde uzamış deliryumdan söz edilir, sekiz haftayı geçtiğindeyse tanıyı Wernicke ensefalopatisi (ya da bunun kronik formu sayılabilecek Korsakoff sendromu) yönünde gözden geçirmek uygun olabilir.

DELİRYUM TREMENS TEDAVİSİ

- Deliryum tedavisinin iyi aydınlatılmış, küçük, tercihan hastanın tanıdığı eşyalar içeren, sessiz ve olabildiğince çıplak mekanlarda yapılması gerekir.
- Deliryum tremens, günümüzde bile ölüm riski taşıyan bir tıbbi acil durumdur. Tedavi sırasında pnömoni, aspirasyon pnömonisi, düşmeye ya da zorlanmaya bağlı kırıklar, üriner enfeksiyon, üst gastrointestinal sistem kanaması, dekübitus ülseri, subaraknoid kanama, subdural hematom, kardiyak aritmi, hipertansiyon gibi olası komplikasyonların yakından izlenmesi gerekir.
- Sedasyon için 0 (20 mg), 30, 60 ve 120. dakikalarda 10 mg olmak üzere 40 ya da 50 mg diazepam verildikten sonra sedasyon sağlanana kadar saat başı 10-20 mg diazepam uygulanmaya devam edilir. Hasta aşırı ajiteyse ya da nöbet sonrası konfüzyonundaysa 10-15 mg/saat diazepam i.v. infüzyonla da verilebilir (örneğin 500 cc %5 izotonik NaCl içinde 5 ampul diazem (5x10 mg) 4-5 saat içinde I.V. verilebilir).
- Tiamin açığı kapatılır.
- Sıvı kaybı karşılanır.
- Potasyum eksikliği sözkonusu ise ve böbrek fonksiyonlarında bir sorun yoksa hastaya infüzyonla KCl verilir.
- Hastada epilepsi öyküsü varsa ya da status epileptikus tablosu içindeyse, antikonvülzanlar verilebilir. Ancak genellikle diazepam nöbetleri önlemeye yeter.
- Hipoglisemi alkol yoksunluğunda ciddi bir sorun olabileceği için, hastanın açlık kan şekeri değerlendirildikten sonra yüksek karbonhidratlı bir diyet ya da kan şekeri %60'ın altındaysa vücut ağırlığı (kg)%5/4 ml %20 dekstroz ve her 50 gram dekstroz için 100 mg tiamin başlanır.

(Tedavinin ayrıntıları için, alkol yoksunluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar bölümüne bakınız)



ALKOL YOKSUNLUĞU TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

Benzodiazepinler:

Model ilaç diazepamdır (Diazem, Nervium, vb.). Belirtilerin şiddetine göre 40-160 mg/gün kullanılır.

Karaciğer hasarı olan hastalarda lorazepam (Ativan) ya da oksazepam (Serapax) gibi doğrudan yıkılan benzodiazepinler yeğlenmelidir.

Karaciğer işlevleri normal olan ve yaş nedeniyle karaciğer kan akımı bozulmamış insanlarda diazepamın yarı ömrü 33 ± 13 saattir. İlk gün alınan dozun $3/5$ 'inin metabolize edilmediği ve bir sonraki gün içinde de etki gösterdiği kabul edilebilir. Tedavi planlanırken bu durumun göz önünde tutulması gerekir. İlk günden sonra doz hesaplanırken kabaca şu formül kullanılabilir:

Günlük doz = Hastada etkili olacağı düşünülen doz – 0.6 x (Bir gün önceki doz)

Burada “bir gün önceki doz” ile kastedilen, bir gün önce günlük doz olarak planlanmış dozdur.

Aşağıdaki tablo, metabolizma süresinin uzunluğu hesaba katılarak düzenlenmiş bir diazepam doz şemasını göstermektedir:

(Buraya doz tablosu girecek)

Yoksunluğu ağır geçen hastalarda şu üç amaçtan birine ulaşılan dek saat başı 10 mg diazepam verilir:

1. Hastanın uyuması ya da uyuklamaya başlaması
2. Yoksunluk bulgularının tümüyle ortadan kalkması ya da rahatsızlık vermeyecek düzeye inmesi
3. Dizatri, nistagmus, konverjans bozulması, dengesizlik gibi diazepam doz aşımı bulgularının ortaya çıkması (ancak bunların tiamin eksikliğine bağlı olarak da gelişmiş olabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden ilk muayene bulguları çok önemlidir. Tiamin eksikliği için aşağıya bakınız).

Kısa etkili benzodiazepinler olan lorazepam ya da oksazepam kullanıldığında, bu ilaçlar günde en az üç-dört bölünmüş dozda (altı-sekiz saat aralıklarla) verilir ve sonraki gün dozları belirlenirken diazepamdaki gibi daha önce verilen ilaç nedeniyle herhangi bir doz indirimine gidilmez.

• *Benzodiazepinlerin kesilmesi*

Benzodiazepinler iki haftadan daha kısa süre kullanılmışsa hızla azaltılarak kesilebilirler. Örneğin yoksunlukta generalize epileptik nöbet öyküsüyle gelen bir hastaya 100-50-50-30-20-10 mg/gün diazepam verildikten sonra ilaç kesilebilir. Ancak daha uzun süreli kullanımlarda, azaltmanın son verilen doz üzerinden yavaş yavaş yapılması gerekir. Bu azaltma biçimi benzodiazepin yoksunluğunun tedavisinde anlatılmıştır.

• *Yoksunluk döneminde görülen generalize epileptik nöbetler:*

Bunların tedavisi için genellikle benzodiazepinler dışında bir antiepileptik kullanmaya gerek yoktur. İlk 10 mg diazepam siyanoz yoksa yavaş biçimde damar yolundan verilebilir, daha sonra yukarıda anlatılan biçimde devam edilir.

Fokal başlayıp sonradan genelleşen epileptik nöbetler varsa difenilhidantoin gibi bir antiepileptiği de tedaviye eklemek ya da yoksunluk tedavisini karbamazepinle yapmak uygun olabilir.



Eşdeğer dozlar

Farmakolojik eşdeğerlik yönünden de yoksunluk bulgularını giderme etkililikleri yönünden de benzodiazepinlerin eşdeğer dozlarını saptamak güçtür. Ancak günlük uygulamada aşağıdaki eşitlik kullanılabilir.

10 mg diazepam = 15 mg oksazepam = 1.3 mg lorazepam

Vitaminler:

Alkol bağımlılarında bir dizi vitamin eksikliği tablosu görülebilir.

- *Tiamin:*

Tiamin (B₁) eksikliğine bağlı Wernicke ensefalopatisi sık görülen bir tablodur.

Koruyucu olarak, alkol bağımlılığı nedeni ile başvuran her hastaya oral ve parenteral tiamin verilmesi gerekir. Genel uygulama 100-200 mg tiaminin hemen kas içine verilmesi, daha sonra da hastaya verilen %5 dekstrozu serumların her litresi için, glukoz metabolizması tiamin depolarını boşalttığından, buna 100 mg daha eklenmesidir. Ancak tiamin daha yüksek dozlarda da kullanılabilir.

Hastada Wernicke ensefalopatisinin üç bulgusundan biri varsa ve yoğun alkol kullanım süresi uzunsa 200-250 mg/gün tiamin damar yolundan, 600-750 mg/gün de kas içine verilerek daha etkili bir koruma sağlanabilir.

- *Folik asit*

Folik asit eksikliği barsak hücrelerinin villus yapısını bozmasına karşın, eksiklik durumunda bile ağızdan verilen folat iyi emilir. Alkol yoksunluğunda başlangıçta 10 mg/gün, ilk haftadan sonra da 2.5-5 mg/gün folat, eksikliğin giderilmesi için yeterlidir. Piyasada 5 mg'lık tablet formu vardır (Folbiol).

- *B₁₂ vitamini:*

Eksikliği çeşitli bilişsel kusurlara, polinöropatiye, arka kordon bulgularına ve megaloblastik anemiye neden olur. 15 gün süreyle her gün, sonraki bir buçuk ay haftada bir, daha sonra da bir yıl süreyle ayda bir kez kas içine 1000 µg B₁₂ verilmesi uygundur.

- *Niasin:*

Alkol bağımlılarında *niasin* eksikliğine de (pellagra) sık rastlanır ve tedavide 50-1500 (genellikle 50-200) mg/gün niasin kullanılır. Ancak ülkemizde niasinin saf preparatı bulunmadığından, karışık vitamin preparatları içinde bulunanla yetinilmektedir. 300 mg'ın üstündeki dozlar kimi hastalar tarafından iyi tolere edilemeyebilir ve taşikardi, bulantı, al basması, hipertansiyonla karakterize bir doz aşımı tablosu ortaya çıkar.

- *K vitamini:*

Yoksunluktaki alkol bağımlılarında trombositopeni sık rastlanan bir durumdur. Önemli boyutta karaciğer hasarı da varsa ve protrombin aktivitesi %75'in altına düşmüşse, bir-üç gün süreyle K vitamini enjeksiyonu ya da oral kullanımı (K-vit amp 1x1 i.m. veya p.o.) yararlı bir önlem olabilir.

Sıvı tedavisi:

Sıvı dengesi bozukluğuna yoksunlukta sık rastlanır. Bu durumdan hem terlemeyle sıvı kaybının aşırı düzeyde olması, hem de hastanın bulantı ya da bilinç bulanıklığı nedeniyle gerektiği kadar sıvı alamaması sorumludur.



Deliryumdaki bir hastaya günde 12 litre kadar parenteral sıvı verilmesinin gerekebileceği bildirilmişse de, klinik uygulamada genellikle günde 3 litreden yüksek miktarlara gereksinim duyulmaz.

Sıvı verilirken dekstrozlu sıvıların tiamin eksikliğinin şiddetlenmesine, sodyum açığının hızlı kapatılmasının da santral pontin miyelinolize yol açabileceği unutulmamalıdır.

Elektrolitler:

- *Hipopotasemi*

Hipopotasemi genellikle çok ciddi bir risk oluşturmaz. Ancak gerekirse uygun doz hesaplanarak açık kapatılabilir. Potasyum normalin 0.5 mEq/l ya da daha altına düşmüşse bir ampul (10 ml) %7.5 KCl kan potasyumunu 0.4 mEq/l arttırır.

Doku depolarının boşalmaya başladığı 2.5 mEq/l'den düşük potasyum değerlerinde bu kaba hesap geçersizdir ve potasyumun daha fazla verilmesi gerekir. Ancak zorunlu durumlar dışında (preileus, EKG'de ağır hipopotasemi bulguları v.b.) açığın günde dört ampülü geçmeyecek biçimde ağır ağır kapatılması daha yerinde olur. Potasyum genellikle izotonik sodyum klorürlü serum içinde verilir.

- *Hipopotasemi+hiponatremi*

Bu tablo genellikle ağır karaciğer hasarının göstergesidir. Eğer laboratuvar bulguları da bunu doğruluyorsa hastanın kan elektrolit değerlerini yükseltmek için sodyum ve potasyum verilmemelidir. Bu durumda yapılması gereken, tuz kısıtlamasına gitmek, potasyumu ise ciddi bir komplikasyon gelişmedikçe ağız yolundan yerine koymaya çalışmaktır.

- *Hipomagnezemi*

Alkol yoksunluğunda sık görülürse de çoğunlukla özgül tedavi gerektirmez. Yoksunluk nöbetlerinin tedavisinde hiçbir yararı olmadığı söylenmektedir, ancak kardiyak aritmili hastalarda serum düzeyi normale bile tedavi amacıyla kullanılabilir. Genellikle bir-üç ampul (10-30 ml) %15 MgSO₄ yeterlidir. Bu doz 24 saatte %5 dekstroz içinde verilir.

Histamin (H₁) antagonistleri:

Benzodiazepin dozu azaltıldıkça hastalar uykusuzluktan giderek daha sık yakınmaya başlarlar. Bu durumda hidroksizin ya da doksilamin süksinat gibi (Vistaril ve Unisom) yatıştırıcı özelliği ağır basan H₁ reseptör antagonistlerinden yararlanılabilir.

Nöroleptikler:

Ajitasyonun belirgin olduğu tablolarda hastayı sakinleştirmek için benzodiazepinlere ek olarak bir kaç gün düşük dozda nöroleptik de kullanılabilir. Klorpromazin nöbet eşiğini düşürdüğünden, deliryum tedavisinde yeri yoktur. Günde 10 mg ya da daha az haloperidol genellikle yeterlidir.

Nöroleptik kullanımında dikkat edilmesi gereken bir nokta, hastada kolinerjik bulgular ortaya çıkmadıkça antikolinerjik kullanımından kaçınma gereğidir. Antikolinerjikler (biperiden-Akineton) deliryumu ağırlaştırabilir.

Antidepresanlar:

Yoksunluk sırasında hafif-orta şiddette bir depresyon hemen hemen her zaman görülür. Majör depresyonda serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), ilk günlerden başlayarak, kullanılabilir. Ancak bu ilaçların uyku ve iştah kaçırıcı özelliklerinin akılda tutulması gerekir.

Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanların nöbet eşiğini düşürücü özellikleriyle antikolinerjik etkileri dikkate alınmalıdır.



Sedatif etkisi yüksek olan antidepresanlar uykusuzluktan yakınan hastalarda iyi sonuçlar verebilir. Bunlar arasında mianserin (Tolvon; 20-90 mg/gün), trazodon (Desyrel; 200-300 mg/gün), amitriptilin (Laroxyl; 25-100 mg/gün) sayılabilir.

Karbamazepin:

Karbamazepin, son yıllarda alkol yoksunluğunda giderek daha sık kullanılan bir ilaç haline gelmiştir. İlk gün 400-1200 mg, sonraki günlerde de kan düzeyi takibiyle 400-800 mg kullanılır. Diazepamla kombine edilirse iki ilacın birbirlerinin etkisini arttıracığı ve yıkımını azaltacağı unutulmamalıdır.

Beta blokerler:

Propranolol, gerek yoksunluğun tremor, taşikardi, aritmi gibi belirtilerinin önlenmesi, gerekse sedasyonu sağlanmak açısından yararlı bir ilaçtır. Ancak kan-beyin engelini geçen beta blokerlerin halüsinasyonları arttırabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca bu ilaçlar bronkospazmı arttırarak alkol bağımlılarında normal kişilere göre daha sık rastlanan kronik obstrüktif akciğer hastalığını da alevlendirebilir. Yoksunluğun ilk saatlerinde görülebilen hipogliseminin beta bloker kullanıldığında şiddetlenmesi bir başka sorundur. Önerilen uygulama, beta blokerleri ilk dört günden sonra, deliryum riski azaldığında kullanmaya başlamaktır.

Kalsiyum kanal blokerleri:

Alkol yoksunluğunda hipertansiyon ilk günlerde sık görülen bir sorundur. Kalsiyum kanal blokerleri, özellikle kanal tıkayıcı olanlar (nifedipin-Nidilat, Adalat), tansiyonu düşürmenin yanında yoksunluğun kimi periferik bulgularını da hafifletme özelliğine sahiptirler.

Antiemetikler:

Genellikle antikolinergik etkili olduklarından yoksunlukta sakınılarak kullanılmalıdırlar. Trimetobenzamid (Emedur) metoklopramidten (metpamid) daha uygun bir seçenektir.

Alfa agonistler:

Klonidin ve guanabenz gibi alfa reseptör agonistleri yoksunluğun periferik bulgularını hafifletir ya da ortadan kaldırırlar. Oluşturabilecekleri başlıca sorun hipotansiyondur. Ancak bu ilaçlar ülkemizde bulunmamaktadır.

SEDATİF-HİPNOTİK VE MİYORELAKSAN YOKSUNLUĞU VE TEDAVİSİ

Benzodiazepinlerin, meprobomatın ve barbitüratların yoksunluk tablosu hemen hemen alkol yoksunluğunun aynısıdır. Bunlarda deliryuma daha az rastlanır. Tüm sedatif-hipnotiklerin kesilmesinde diazepam kullanılabilir.

Hasta ilk görüldüğünde yoksunluk bulguları sergiliyorsa günün saatine ve hastanın o günkü madde alım öyküsüne göre en az 20 mg diazepam verilir.

Ertesi gün sabah saat sekizde ya da hasta henüz madde kullanmamışsa ve sabahsa aynı gün tolerans testi yapılır. Bu testte, hastaya ikişer saat aralarla 20 mg diazepam verilir. Eğer 40 mg ya da daha düşük dozlarda nistagmus, dizatri gibi entoksikasyon bulguları ortaya çıkarsa benzodiazepin verilmesi kesilir ve hastada bağımlılık olmadığı sonucuna varılır.

Uygulama hasta uyuyana ya da yukarıda belirtilen bulgular çıkana kadar sürdürülür. Ulaşılan doz, azaltmada temel alınacak dozdur. Bu doz 150 mg'dan düşükse günde 10 mg, 150 mg'dan yüksekse 15 mg olmak üzere her gün doz azaltılır. Yoksunluk bulguları görülürse bir önceki doza dönülür.



Bağımlı olduğu önceden bilinen hastalarda izlenebilecek bir başka yöntem, yarım saat aralıklarla 10 mg diazepam vermektir. Detoksifikasyon başlangıç dozu yine aynı biçimde belirlenir ve doz azaltılarak ilaç kesilir.

Benzodiazepinle yapılan sedatif/hipnotik detoksifikasyonunun sakıncası, benzodiazepinlerin disinhibisyon etkileri nedeniyle keyif verici maddeler olmalarıdır. Hastanın yakından izlenebildiği ve ilaç kan düzeyinin sık bakılabildiği ortamlarda detoksifikasyon için fenobarbital (Luminal) daha uygun bir seçenektir. Bu durumda 30 mg fenobarbital 10 mg diazepamı eşdeğer sayılır ve aynı prosedür uygulanır. Ancak barbitüratların terapöti aralığının dar olduğu hep akılda tutulmalıdır.

Sedatif-hipnotik bağımlılığı çoğu kez alkol ya da eroin bağımlılığıyla birlikte görülür. Özellikle eroin bağımlıları, daha az eroinle aynı etkiyi sağlayabilmek için flunitrazepamdan (Rohypnol, “Roş”, “kırmızı bomba”) yararlanırlar. Bu tür karışık bağımlılık durumlarında, opiyat ya da alkol kesilirken benzodiazepine aynı dozda devam edilir (genellikle eşdeğer dozda diazepam kullanılır) ve ancak ilk detoksifikasyon süreci tamamlandıktan sonra ikincisine başlanır.



OPİOİD YOKSUNLUĞUNUN TEDAVİSİ

Opioid yoksunluklarından en sık görüleni, eroin yoksunluğudur. Yoksunluk belirtileri 6-8 saat içinde başlar ve üçüncü gün içinde en üst düzeye ulaşır. Ortalama 7-10 gün sürer.

Ortaya çıkış zamanına göre belirtiler

Anksiyete	İştahsızlık	Uykusuzluk
Hızlı soluma	Pupillerde genişleme	Sinirlilik
Terleme	Bulantı ve kusma	Diare
Lakrimasyon	Güçsüzlük	Karın ağrısı
Esneme	Kas spazmları	Taşikardi
Rinore	Kas ve kemik ağrıları	Hipertansiyon
Piloereksiyon	Yerinde duramama	

Önerilen incelemeler

Genel bir fizik muayene yapılmalıdır. Tüberküloz, HIV enfeksiyonu, hepatit A, B, C, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cilt apseleri özel dikkat gerektiren noktalardır.

Tedavi

- Yakın dönemde kullanmaya başlamış olanlarda destekleyici tedavi yeterlidir.
- Deliryum görülme oranı alkol yoksunluğu ile karşılaştırıldığında düşüktür.
- Bağımlılar genelde bu dönemde sık ilaç talebinde bulunurlar.

Aşağıda semptomatolojik destekleyici tedavi için önerilmiş bazı ilaçlar yer almaktadır. Önerilen tedavilerin hepsi oral yoldan uygulanmalı, parenteral yolu seçmekten kaçınılmalıdır.

Baş ağrısı	Asetaminofen (5 saatte bir 500 mg)
Kas, eklem ve kemik ağrıları	İbuprofen (Brufen) 6-8 saatte bir 600-800 mg/gün ya da naproksen 2x500 mg (April Forte 2x1)
Anksiyete ve uykusuzluk	Hidroksizin (Atarax, Vistaril 2x25 mg) ya da doksilamin süksinat (Unisom 8 saatte bir 10 mg) verilebilir. Eğer bu yetersiz olursa günde ortalama 40-60 mg diazepam uygulanabilir. Gerekli durumlarda klorpromazin (Largactil 100 mg tb) 50-200 mg kullanılabilir. Uykusuzluk yakınmaları için sedatif etkisi yüksek antidepressanlar verilebilir.
Karın ağrıları	Klidinyum (Klipaks, Librax) 3x1 (bu preparatların klordiazepoksit, yani benzodiazepin de içerdiği unutulmamalıdır).
Hazımsızlık	Antiasitler
Diare	Loperamid (Lorimid), her defekasyondan sonra bir adet, 48 saat süreyle.



Metadon kimi ülkelerde bir detoksifikasyon aracı olarak kullanılmaktadır. Ancak Şu anda Türkiye’de yoktur. Bu uygulamada ilk dört gün 40-60 mg/gün metadon verilir, 5. günden itibaren metadon günde 5 mg (ayaktan detoks uygulananlarda 2.5 mg) azaltılarak kesilir.

Yatarak tedavi gören hastalara bir seçenek olarak kodein verilebilir.

Son yıllarda, parsiyel bir opiyat agonisti olan buprenorfin detoksifikasyon tedavisinde kullanılmaya baŐlanmıŐtır. 2-6 mg/gün buprenorfin ile stabilize edilen hastalarda daha sonra bu ilaç kesilmekte, yaşanan yoksunluk daha hafif ve kısa süreli olmaktadır.

Güçlü bir opiyat antagonisti olan naltrekson da gerek klonidin ve benzodiazepinlerle birlikte hızlı detoksifikasyon uygulamalarında, gerekse idame tedavisinde giderek artan oranda kullanılmaktadır.



BAĞIMLILIKTA UZUN SÜRELİ İLAÇ TEDAVİSİ

Bağımlılıkta uzun süreli ilaç tedavisini dört ana grupta ele almak olanaklıdır: Yerine koyma tedavisi, alkol ya da madde alma isteğini azaltmaya yönelik tedaviler, aversif (uzak tutucu) tedaviler ve antagonist tedavileri. Değişik maddeler için çeşitli tedaviler vardır, ancak bunların hepsinde amaç relapsın önlenmesi ve/ya da riskin azaltılmasıdır.

ALKOL:

Şu anda alkol için bir yerine koyma tedavisi yoktur. Alkol alma isteğini azalttığı öne sürülen çeşitli ilaçlar klinik denemelerde halen incelenmektedir.

Buspiron: Yüksek dozlarda disfori yaptığı için bağımlık potansiyeli taşımayan bir anksiyolitikdir. Özellikle anksiyeteli hastalarda relapsı önkelediği bildirilmişse de bu iddia sonraki çalışmalarda doğrulanamamıştır. Şu anda uzun süreli kullanımının yararı tartışmalıdır.

Akamprozat (kalsiyum bisasetil homotaurin): Bir GABA reseptör agonistidirTümü Fransa kaynaklı olan üç çalışmada alkol alma isteğini azalttığı saptanmıştır. Halen bu ülkede kullanılmaktadır.

γ -hidroksi bütirat: Etki düzeneği tam bilinmeyen birendojen yatıştırıcıdır. 50 mg/kg-gün dozda alkol alımını azalttığı öne sürülmektedir.

Tiaprid: Dopamin agonistidir. 3x100 mg/gün kullanılmasıyla alkol tüketiminin azaldığı öne sürülmüştür.

Naltrekson: Bir opiat antagonisti olan naltreksondan antagonist relaps önleyici madde olarak alkol bağımlılığının tedavisinde de yararlanılmaktadır. 12.5 mg/gün ile başlanıp 50 mg/gün doza çıkılan ilaç bu dozda uzun süre kullanılır.

Antabus (Disülfiram): Aversif tedavi olarak kullanılmaktadır. Oral (tablet) ve uzun etkili deri altı biçimleri vardır. Etkisini alkol metabolizmasında aldehit dehidrojenazı bloke ederek gösterir. Vücutta biriken aldehit istenmeyen etkiler gösterir. Antabus reaksiyonu denilen bu reaksiyonun ayrıntıları Alkolün Etkileri bölümünde anlatılmıştır. Antabus etkisi, ilaç kesildikten bir-iki hafta sonra alkol alımında bile görülebilir. Kimi zaman ailelerce kişinin bilgisi dışında (yemeğine karıştırarak vb) verilmektedir. Hekimin aileleri adam öldürme anlamına gelebilecek böyle bir davranışa karşı kesin bir dille uyarması gerekir.

OPIYATLAR:

Opiatlar için ülkemizde halen yerine koyma tedavisi yoktur. Ancak madde bağımlılığının yaygın olduğu ülkelerde metadon, LAAM ve morfin sülfatla yerine koyma tedavileri yapılmaktadır.

Metadon: Sentetik bir opioid olan metadon, uzun yarılanma süresi nedeniyle 1950'lerden beri opiat bağımlılığında yerine koyma tedavisi olarak kullanılmaktadır. Tedavide genellikle 40-



200, çoğunlukla da 60-120 mg/gün metadon günde tek doz verilir. Bireysel metabolizma farklılıkları nedeniyle ender olarak iki doz gerekebilir. Bu dozda metadon günlük işlevlerde belirgin bir bozulmaya yol açmaz. Ayrıca uzun yarılanma süresi nedeniyle opiat kan düzeyi görece sabit kalır. Bu, eroinin birden verdiği hazzı göre çok farklı bir durumdur. Son zamanlarda uzun süre düşük doz opioid kullanımının uzun süre içinde opiat reseptörlerini normaleştirdiği hayvan deneyleriyle kanıtlanmıştır. Bu durum yerine koyma tedavileri için bilimsel bir zemin oluşturmaktadır.

LAAM (levo-alpha-acetyl-methadol) ve nor-LAAM: Her ikisi de metadonun aktif metabolitleridir. LAAM'ın metadondan da uzun yarılanma süresi haftada üç kez kullanıma olanak verir, böylece hastanın her gün kliniğe gelerek metadon almasına gerek kalmaz. Tipik olarak Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri verilir. Bu uygulamada iki günlük LAAM dozu günlük metadon dozunun 1.2 ya da 1.3 ile çarpılmasıyla bulunur. Örneğin 60 mg/gün metadon kullanan bir hasta 70-70-100 mg LAAM kullanacaktır.

Morfin sülfat: Son yıllarda metadona doğal bir alternatif olarak yavaş salıverilen formlarının geliştirilmesine çalışılmaktadır. 3-4 mg morfin 1 mg metadona eşdeğerdir.

Buprenorfin: Bir parsiyel opiat agonisti olan buprenorfin, sınırlı bir opiat benzeri etki gösterir. Ancak opiat reseptörlerine çok sıkı biçimde bağlandığından, aynı anda alınacak opiatların etkisini azaltır. Kesilmesi durumunda oluşan yoksunluk semptomları da hafif ve kısa sürelidir. 2-16 mg gün, çoğunlukla da 2-6 mg/gün kullanılır. Şu anda dil altı kullanılan biçimi vardır.

Naltrekson: Çok güçlü bir opiat antagonistidir. 12.5 mg/gün ile başlanıp kademeli olarak 50 mg/gün doza çıkarılır. İki-üç günlük doz tek bir kerede alınabilir. Naltrekson kullanan bir kişi opiat alsa bile opiat etkileri oluşmaz.

KOKAİN:

Kokain bağımlılığının uzun süreli tedavisi için bromokriptin (dopamin agonisti), amantadin (presinaptik dopamin salgılatıcısı ve geri alım inhibitörü), dezipramin (antidepresan), metilfenidat (dopamin agonisti), flupentiksol (nöroleptik) denenmişse de bunlardan hiçbirinin kesin yararı kanıtlanamamıştır.



Alkol ve Madde Entoksikasyonu ile Tedavisi

ALKOL ENTOKSİKASYONU VE TEDAVİSİ

Etanol

Normal olarak %500-700 mg etanol öldürücüdür (özgül bulgular için Alkolün İnsan Bedeni Üstündeki Etkisi bölümüne bakınız)

Tedavi:

- Nazogastrik sondayla mide özsuyu sürekli alınmalıdır (mideye salıverilen alkolün geri emilimini arttıracığı için lavajdan kaçınılır. Aktif kömür kullanmamalıdır).
- Kan şekeri %60'ın altındaysa vücut ağırlığı (kg)x5/4 ml %20 dekstroz ve her 50 gram dekstroz için 100 mg tiamin başlanmalıdır.
- Ayrıca 100 mg i.v. tiamin verilmelidir.
- Tedaviye yanıt alınamıyorsa ya da kan alkol düzeyi çok yüksekse hemoperfüzyon, bu olanaklı değilse hemodiyaliz uygulanmalıdır (hemodiyaliz kanda etilen glikol konsantrasyonunun artmasına neden olabilir).
- Epileptik nöbetler varsa diazepam, bu yeterli olmazsa fenitoin kullanılabilir.
- Yoksunluk bulguları ortaya çıkarsa diazepam başlanmalıdır.

Metanol

Metanol kalitesiz kolonyalarda, mavi ispirotoda ve kimi ev yapımı (kaçak) içkilerde bulunur. Metanolün bütün metabolitleri toksiktir. Hemen hemen her zaman ilk ortaya çıkan bulgu optik diskte hiperemidir. Tedavide, alkol dehidrojenaz enzimi için metanolla yarışan etanol kullanılır.

Tedavi

- Nazogastrik sondayla mide özsuyu sürekli alınmalıdır (mideye salıverilen alkolün geri emilimini arttıracığı için lavajdan kaçınılır. Aktif kömür kullanılmamalıdır.)
- Asidoza karşı i.v. NaHCO₃ başlanabilir.
- Etanol tedavisi: 0.8-1 ml/kg %95 etanolla (her 10-15 kg vücut ağırlığı için bir 'tek') yüklemenin ardından saat başı bu dozun 1/5-1/6'sı ile devam edilir. Kronik alkolikte sürdürme dozu 1/3 daha yüksek, alkol kullanmayanda 1/3 daha düşüktür. Bir yandan diyaliz de yapılıyorsa sürdürme dozu yarı yarıya arttırılır.
- Tedaviye yanıt alınamıyorsa ya da göz ve beyin bulguları görülmeye başlamışsa hemoperfüzyon, bu olanaklı değilse hemodiyaliz uygulanmalıdır (hemodiyaliz kanda etilen glikol konsantrasyonunun artmasına neden olabilir).
- 20 mg folik asit verilebilir (yararı kuşkuludur)
- Acil göz konsültasyonu istenmelidir.



OPİOİD ENTOKSİKASYONU VE TEDAVİSİ

En önemli sorunlar MSS depresyonu, solunum depresyonu ve hipotansiyondur. Damar yolundan kullanım söz konusuysa, akciğer ödemi göz önünde bulundurulması gereken bir olasılıktır.

Opioid doz aşımının üç belirtisi şunlardır:

- Solunum yavaşlaması
- Pupillerin iğne ucu kadar olması
- Komadır.

Tedavi

- Hasta entübe edilmelidir.
- Maddenin ağızdan alınmış olma olasılığı varsa 12 saat süreyle mide lavajı yapılabilir. Propoksifen ve kodein epileptik nöbet oluşturabileceğinden, bu maddelerin kullanımına bağlı bir entoksikasyon söz konusuysa kusturucu bir ilaç kullanılmamalıdır.
- Hastanın durumuna göre 0.4-2 mg i.v. nalokson verilir ve 10 mg doza ulaşana dek tekrarlanabilir. Yanıt alınamıyorsa yanlış tanı olasılığı düşünülmelidir. Uzun süreli tedavi planlanmışsa bu doz her saat başı tekrarlanabilir. Naloksonun etki süresi iki saat kadardır, oysa birçok opioidde bu süre bir günden uzundur. Dolayısıyla tedaviye uzun süre devam etmek gerekebilir.
- Hasta komadaysa hemen %20 glukoz verilir (vücut ağırlığı(kg)%5/4 ml).
- Yoksunluk belirtileri çıkmaya başladığında nalokson kesilir.

BENZODİAZEPİN ENTOKSİKASYONU VE TEDAVİSİ

Benzodiazepinler terapötik doz aralığı çok geniş olan ilaçlardır. Ancak benzodiazepin entoksikasyonu da solunum depresyonuna ve çok ender kas zaafına (flask paralizi) bağlı olarak ölüme yol açabilir. Entoksikasyonun tedavisi için parsiyel agonist flumazenil (Anexate) kullanılabilir. 0.2 mg Anexate i.v. verilir, gerektiğinde 5-10 dakika arayla 0.1-0.2 mg verilmeye devam edilir (en çok 3 mg). Ancak Anexate'm etki süresi kısa olduğu için 1-2 saat aralıklarla tedavinin yinelenmesi gerekebilir.

DİĞER MADDE ENTOKSİKASYONLARI VE TEDAVİSİ

Antikolinergik, kokain, amfetamin ve fensiklidin entoksikasyonunda hasta genel olarak ajite ve halüsinedir.

Antikolinergikler

- Hastanın yönelimi bozuk, konuşması tutarsızdır ve konfüzyon vardır.
- En sık görsel, sonra sırasıyla işitsel ve dokunsal halüsinasyonlara rastlanır.
- Pupiller dilate ve ışık refleksi azalmıştır. Cilt kuru ve sıcak, dil kurudur. İdrar retansiyonu vardır. Barsak hareketleri azalmış ve refleksler canlıdır.
- Taşikardik ve hipertansif olan hasta, ajitasyonla uyuklama hali arasında gidip gelir.



Tedavi:

- Antikolinergik ilaçların kesilmesi tedavi için genellikle yeterlidir ve hasta ortalama 36-48 saat sonra kendine gelir. Bu süre içinde yakın gözlem gerekir.
- Ciddi zehirlenme durumunda mide lavajı gerekir.
- Antidot, bir üçüncül amin olan fizostigmindir. Fizostigmin, 2 mg yavaş i.v. verilir, belirtilerde düzelme olmazsa 1 mg dozlar 30-120 dakika arayla yinelenir.
- İlacın etki süresi kısa olduğundan, yoksunluk bulguları bir süre sonra yeniden ortaya çıkabilir ve yeni dozlar gerekebilir.
- Antikolinergik madde yıkıldıkça fizostigminin doz aralıklarını uzatmak gerekeceğinden, hastanın yakın tıbbi gözlem altında tutulması zorunludur.
- Antikolinergiklerin pupil dilatasyonu sistemik bulgular ortadan kalktıktan sonra da sürebileceği için, gözlem sırasında pupillere bakarak karar vermek sakıncalı olabilir. İleus olasılığı barsak hareketlerinin izlenmesini gerektirir.
- Kusma, bradikardi, siyalore, aşırı terleme gibi bulgular fizostigmin dozaşımı göstergesidir. Bu durumda her 1 mg fizostigmin için 0.5 mg atropin verilmelidir.
- Diabet, gangren, koroner arter hastalığı, kalp bloğu, peptik ülser, astım, glokom, ülseratif kolit, miyotoni, hipertiroidi gibi birçok hastalıkta fizostigmin kullanılması sakıncalıdır. Neostigmin ve piridostigmin (dördüncül aminler) kan-beyin engelini geçemez, dolayısıyla MSS bulgularını ortadan kaldıramaz.
- Zorunlu durumlarda tedaviye bir benzodiazepin ya da antikolinergik etkisi çok belirgin olmayan haloperidol gibi bir nöroleptik eklenebilir. Fenotiyazinlerinse, hem nöbet eşiğini düşürdükleri hem de antikolinergik etkileri belirgin olduğu için kesinlikle kullanılmamaları gerekir.

Amfetaminler

Amfetamin doz aşımı, paranoid şizofreni için bir model oluşturduğu düşünülen tipik bir ajitasyon tablosuna yol açar.

- Hasta başlangıçta stereotipik hareketler sergiler ve yerinde duramaz. Periferik semptomimetik etkiler görülür.
- Bir sonraki evrede hoşnutluk verici bir kuşku tablosu gelişir. Hasta çevresindeki her şeyde özel anlamlar aramaya başlar.
- Üçüncü evrede perseküsyon hezeyanları ve halüsinasyonlar ortaya çıkar.

Tedavi:

- Gerek akut psikoz, gerekse periferik etkiler için haloperidol 5 mg i.m. , gereğinde yinelenerek verilir.
- İki gün süreyle ağızdan bölünmüş dozlarda 8-12 mg amonyum klorürle idrar asitleştirilir ve atılım hızlandırılır.
- Amfetamin “crash”i bir hafta bile sürebileceği ve bu süre içinde intihara varabilen çok ağır bir depresyon yaşanacağı için bütün belirtiler kaybolana dek hasta yataklı bir kurumda yakın gözetim altında tutulur.



- Hasta kardiyak aritmi, konvülsiyonlar, serebrovasküler olaylar ve subaraknoid kanama gibi komplikasyonlar yönünden dikkatle izlenmelidir.

Uçucu maddeler

Tiner, Bali gibi uçucu maddeleri kullananlarda gelişen entoksikasyonda semptomatik tedavi uygulaması yeterlidir. Entoksikasyon belirtileri kendiliğinden kaybolmaktadır.

Kokain

Kokain birçok yönden amfetaminlere benzer etki gösterir. Ancak iki önemli farklılık vardır: kokainin etkisi çok kısa sürer ve kokain entoksikasyonunda konvülsiyonlar, kalp aritmileri ya da solunum depresyonuna sık rastlanır.

Tedavi:

Gerek periferik etkileri, gerekse halüsinasyonları ve ajitasyonu ortadan kaldırmak için haloperidol kullanılır (5 mg i.m.). Periferik etkilerin tedavisinde propranolol de kullanılabilir.

Diazepam nöbetleri önlemek için ideal ilaçtır. 5-10 mg diazepam birkaç dakika içinde i.v. verilir ve gerektiğinde tedavi bu dozda yinelenir. Nöbetler kesilemezse anestezi uzmanının yardımıyla güçlü kas gevşeticiler kullanılarak miyoglobüri ve metabolik asidoz önlenir.

Verapamil kokainin yolaçtığı kardiyak sorunlarda etkilidir. Yaşamı tehdit edici aritmilerde beş dakikada bir 1 mg propranolol i.v. verilebilir. Toplam 5 mg'dan yüksek dozlara çıkılmamalıdır. Propranolol refleks sempatomimetik etkiyle tansiyonu yükseltebileceği için hasta izlenmelidir. Kardiyak aritmide tercih edilecek asıl ilaç labetalol'dur.

Hipertermiye karşı periferik soğutma genellikle yeterlidir. Ancak çok ciddi durumla nöbet riski de göze alınarak klorpromazin kullanılabilir.

Halüsinojenler

LSD, meskalin, psilosibin gibi maddeler, yapılarının birbirinden çok farklı olmasına karşın, etkilerinin benzerliği nedeniyle adrenerjik halüsinojenler diye adlandırılırlar. Bunlardan görece en yaygın olanı LSD'dir. Anksiyeteden halüsinasyonlara dek uzanan bir dizi belirtiyeye yol açan LSD, klinik yönden önemli üç tabloya neden olabilir:

Panik reaksiyonu: Hastanın yatırılması gerekir. Ciddi ajitasyon diazepamla tedavi edilebilir. Hastanın yatışana dek gözetim altında tutulması gerekir. Hipertansiyona ve nöbetlere yol açabilecek fenotiyazinlerden kaçınılmalıdır. Zorunlu durumlarda düşük dozda haloperidol kullanılabilir.

Geri dönüşler (flashback): Madde alınmadığı halde madde etkilerinin yeniden yaşanması durumudur. Bu durumda da hastayı rahatlatmak gerekir. Geri dönüşler zaman içinde ortadan kalkmazsa hastaya esrardan ve antihistaminiklerden uzak durması öğütlenmelidir.

Psikoz: Tedavisi panik reaksiyon tedavisinin aynıdır.

Fensiklidin:

Koma, epileptik nöbet, solunum durması, hipertansiyon, akut böbrek yetmezliği gibi tıbbi sorunlara yol açabilir. En sık görülen belirtiler, nistagmus, hipertansiyon, ajitasyon, deliryum, nöbet ve



taşikardidir. Kesin bir tedavi bilinmemesine karşın, haloperidol, diazepam, fizostigmin ve verapamil denenmiştir. Ayrıca idrarın asitleştirilmesi atılımı hızlandırır.



Alkol ya da Madde Kullanan Hekim

Hekimler arasında da madde kullanımı sıktır. Bu sorun genelde diğer hekimler için oldukça büyük bir zorluk yaratmaktadır. Çünkü hekim bir diğer hekimle bu konuda nasıl konuşması gerektiği konusunda kararsızlığa düşmektedir. Hekimlerin görevi topluma yardım etmek olduğu gibi diğer hekimlere de bu konuda yardımcı olmaktır.

Alkol ya da madde kullanan ve kullanım düzeyi fazla olan hekimlerin sorunla yüzleştirilmeleri gerekir. Yüzleştirme bir motivasyondur. Bu nedenle yüzleştirme hekimin kullandığı alkol ya da madde miktarı ve kullanımın şiddeti hakkında bilgi sağlayacak önemli bir tekniktir. Ancak yüzleştirme yapılırken, hekimin saygınlığına ve olayın gizliliğine önem verilmeli, utanmamasına özen gösterilmelidir.

Yüzleştirmenin amacı onu kızdırmak ya da kışkırtmak değil, desteklemek ve bilgilendirmektir. Ancak bunun kolay bir iş olduğu söylenemez.

Yüzleştirme en az iki kişiyle yapılmalıdır. Bu kişilerin en azından biri, sorunu olan hekimin özdeşleşebileceği biri olmalıdır (aynı uzmanlıktan, benzer sorunu olan, aynı cinsten gibi). Yüzleştirenlerin farklı bir ortamdan olmasına özen gösterilmelidir. Ondandır randevu alınmalı ve görüşme için kalabalıktan uzak rahat bir ortam seçilmelidir. Yüzleştirme sürecinde dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Öncelikle kendinizi tanıttın ve sizi hastanenin/kurumun görevlendirdiğini bildirin.
- Gerçekçi ancak yargılayıcı olmayan bir tavırla kuşkularınızdan ve madde kullanım davranışlarından söz edin.
- Onun yanıtlarını dinleyin. (Bunlar içinde genellikle inkar, öfke ve akla uygunlaştırma yer alır.)
- Onunla tartışmayın, ona öfke göstermeyin ve savunmaya geçmeyin.
- Onun konudan uzaklaşmasına izin vermeyin.
- Söz ettiğiniz bilginin kimin tarafından verildiğini kesinlikle söylemeyin.
- Onun alkol ya da madde kullanımının sonuçlarını ortaya çıkarmaya çalışın.
- Bağımlı ya da tehlikeli kullanıcıyı nasıl tanımladığını sorun.
- Kendi tehlikeli kullanıcı ya da bağımlı tanımını yapın.
- Onun durumu hakkında değerlendirme yapın. Kendisinden yine kendisinin sorumlu olduğunu hatırlatın.
- Tedavi girişiminde bulunmazsa bunun doğurabileceği sonuçlar hakkında onu bilgilendirin.
- Mevcut tedavi olanaklarından söz edin.



Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Reçetelenmesi

Hekimlik pratiğinde kullanılan birçok ilacın bağımlılık potansiyeli olduğu bilinmektedir. Buna rağmen, hekim önerisi ile ilaç kullanmaya başlayan birçok kişi bu ilaçlara bağımlı olmaktadır. Ülkemizde bağımlılık potansiyeli olan ilaçlar, bağımlılık potansiyellerine göre yeşil ve kırmızı reçete kapsamına alınmışlardır. Ancak yine de bu ilaçların uygunsuz yazılması gündeme gelebilmektedir. Bağımlılık potansiyeli olan ilaçların uygunsuz yazılmasının kaynaklandığı nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- Bilgi yetersizliği
- Hasta baskısı
- Bu tür ilaçları gereğinden fazla yazma
- Tedavi edilemeyen hastalar
- Fazla yazıldığı için veya başka bir nedenden dolayı hasta tarafından kullanılmayan ilaçlar
- Birçok hekime giden hastalar
- Reçeteyi dikkatsiz yazma
- Reçetelerin iyi korunamaması
- Hekimin kandırılması
- Hekimin kazanç amacı gütmesi

Bağımlılık yapıcı ilaçların yazılmasında dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Bir ilacın bağımlılık yapabilecek olması, onun yazılmamasını gerektirmez. Bu nedenle hekimler bu tür ilaçları yazmaktan kaçınmamalıdır. Ancak endikasyonun doğru konduğuna emin olunmalıdır. Bu hem hekimin hem de ilacın kötüye kullanılmasına engel olacaktır.
- İlaç eczacının anlayabileceği bir şekilde reçeteye yazılmalıdır.
- Fazla miktarda ilaç yazılmamalıdır.
- Hekim imzası ile ilaç arasında hekim fazla açıklık bırakmamalıdır.
- Tanıdık bile olsa hasta baskısı ile ilaç yazılmamalıdır.
- Hastanın aynı ilacı birkaç hekimden alıp almadığı kontrol edilmelidir.



Yasal Yönden Alkol ve Madde Kullanımı

Yasalarda geçen iptila kavramı daha çok bağımlılık karşılığı olarak kullanılmaktadır. İptiladan söz edebilmek için kişide fiziksel yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi gerekir.

TCK 403., 404., 405. ve 406. maddeleri

- Uyuşturucu maddeleri ruhsatsız ya da ruhsata aykırı olarak imal ve ithal edenlere 10 yıldan yirmi yıla kadar hapis cezası verilir.
- Yanında bulunduranlar, satanlar, satın alanlar, parasız devreden ya da devralanlar ve aracılık yapanlara 4 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası verilir. Eğer bu maddeler eroin, kokain ya da baz morfin ise ceza bir kat artar.
- Sahte reçete ile uyuşturucu alanlar bir yıldan 3 yıla kadar ceza alır.
- 18 yaşından küçüklere, akıl hastalarına ya da zeka geriliği olanlara uyuşturucu madde satmak cezayı artırır.
- Uyuşturucu madde kullananlara bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası verilir.
- Uyuşturucu madde kullanan kişi hakkında tahkikat başlamadan, resmi makamlara başvurarak tedavi edilmesini isteyecek olursa, kullanma işinden dolayı hakkında kovuşturma yapılmaz.
- Alışkanlık iptila derecesinde ise, tıbbi salah oluşuncaya kadar bu konuda özelleşmiş bir hastanede muhafaza ve tedavi edilir.
- Uyuşturucu maddeler ile ilgili suçları işleyenler, doktor, veteriner, kimyager, eczacı, diş hekimi, eczane mesul müdürü, sivil ve askeri sağlık memuru, ebe, hemşire ya da hastabakıcı ise hapis ve meslekten men cezası verilir.

Sarhoşluk ile ilgili 571., 572., 573. maddeler

- Halka açık yerlerde ve halkın huzurunu bozacak ya da rezalet çıkaracak tarzda, anlaşılır halde sarhoş olarak yakalananlar, 15 günden az olmamak üzere hafif hapis ve para cezasına, halka açık yerde başkasına tecavüz ve çevreyi rahatsız edenler 2 aydan az olmamak üzere hafif hapis cezasına mahkum olur.
- Sarhoşluğu alışkanlık haline getirenler (iki defa mahkum olduktan sonra aynı suçu işleyenler) 6 aydan az olmamak üzere ceza verilir.
- Sarhoşluğu alışkanlık (itiyat) haline getirenler tıbben salah oluşuncaya kadar hastanede muhafaza ve tedavi edilir.



Medeni kanun ile ilgili 356., 419. maddeler

- Sarhoşluk sonucu, kendi iradesi, ile mallarını idare edemeyenler, kendi ve ailesini zor durumda bırakanlar ya da daimi bakım ve desteğe ihtiyaç duyanlar ya da başkasının güvenliğini tehdit eden her reşit için vasi tayin olunur.
- Vesayet altına alınan kimse en az bir sene süre ile düzelirse, vesayet kaldırılır.



Aile ve Alkol Madde Kullanımı

Aile kişinin yaşam biçiminin olduğu, sürdürüldüğü ve zaman içinde değiştiği bir ortamdır. Aile sosyal desteğin ve stresin en çok yaşandığı birimdir. Bu nedenlerden dolayı aile değişimin başladığı noktada yer alır. Ancak bu değişim toplumsal etkenlerle birlikte sağlanabilir.

Aileye yardımcı olmak

Alkol ya da madde kullanan kişinin ailesine ya da yakınlarına hekimler nasıl yardımcı olabilir?

Yargılamadan dinleyerek:

Öncelikle hekim aile üyesini dikkatle ve yargılamadan dinlemelidir. Aile üyesinin kullanıcı ile yaşadığı sorunları anlatmasına fırsat tanınmalıdır. Aile üyesinin sağlık durumu araştırılmalıdır. Gereksinimleri ve beklentileri öğrenilmelidir.

Bilgi vererek:

Bilgi genelde aile üyesinin istediği en önemli yardımdır. İçinde bulunduğu bu zor durumda aile üyesine sağlanacak her türlü bilgi onun işine yarayacaktır.

Sorunla başa çıkmaları için doğrudan olmayan yollarla danışmanlık yaparak:

Hekim, aileye çeşitli çözüm yolları aramaları ve bulmaları için yardımcı olmalıdır. Ancak bunu yaparken doğrudan önerilerde bulunmak yerine, çözümü ve uygulayacakları yöntemi onların bulmasını sağlamak en yararlı yoldur.

Sosyal destek ve yardımlaşmayı artırarak:

Ailenin yardımı ile sorunu olan kişiyi tedaviye yönlendirmek, aile içi iletişimi artırmak ve başka bazı destekler bulunmasına yardımcı olmak bu bağlamda verilebilecek örneklerdir.

“Çocuğum madde kullanıyor mu?”

Aileler hekimin karşısına çocukları hakkındaki bazı kuşkularına yanıt aramak için de gelirler. Çocukları madde kullanıyor mu? Bu soru onları derinden etkilemektedir. Öte yandan başka sorular da yanıt beklemektedir:

- Gençler niye alkol ya da madde kullanıyor?
- Benim çocuğum bu sorunu yaşamak için çok genç değil mi?
- Neden benim çocuğum?
- Onu nasıl tedaviye ikna edebilirim?
- Onu bir şekilde kandırıp getirsem olur mu?
- Onu ve yaşadıklarını anlamak için madde mi kullanmalıyım?



Aile hekime başvurduğu zaman, hekim ailenin sorularına doğrudan yanıtlar vermek yerine, öncelikle iyi bir öykü almaya çalışmalıdır. Bunun için sorulması gereken bazı sorulara örnekler aşağıda verilmiştir.

- Çocuğunuzun alkol/madde kullandığını nasıl anladınız?
- Nerede kullanıyor?
- Ne sıklıkta ve ne kadar kullanıyor?
- Kimlerle kullanıyor?

Bu soruların yanıtlarını aldıktan sonra bir girişimde bulunmak doğru olacaktır. Öte yandan aileye bazı önerilerde bulunmak yararlı olabilir:

- Her ne olursa olsun aile çocuk ile ilişkisini bozmamalıdır
- Onunla alkol ya da madde etkisi altında değilken konuşmalıdır
- Korkmadan ve korkutmadan kuşklarını çocukları ile paylaşabilirler
- Konu hakkında bilgilenmeleri zorunludur

“O tedavi olmak istemiyor, ne yapabiliriz?”

Alkol ya da madde kullanan bir kişinin aile üyeleri tarafından sık dile getirilen bir soru, kendisine ve çevresine zarar verdiğinin farkında olmayan, hekime başvurmak ve tedavi olmak istemeyen, ancak ailesine ve kendisine önemli derecede zarar verdiği ya da verebileceği düşünülen kişilere nasıl yardımcı olunabileceğidir.

Böyle bir soru ile karşılaşıldığı zaman öncelikle bir durum değerlendirmesi yapılmalıdır. Burada başvuran kişiye çeşitli sorular sorarak alkol ya da madde kullanan kişinin durumu hakkında bilgi edinilebilir. Bunun için sorulması gerekenler:

- Kullanılan alkol/madde miktarı ve süresi
- Tolerans gelişip gelişmediği ve bağımlılık düzeyi
- Kendisine ve çevresine zarar verip vermediği (fiziksel, sosyal, ekonomik)
- Genel olarak maddeye karşı tutumu
- Neden hekime ya da tedaviye başvurmadığı
- Daha önce bırakma ya da tedavi girişimi olup olmadığı

Alınan bilgiler doğrultusunda yapılacak olanlar şunlardır:

- Öncelikle aile üyesine ya da yakınına söz konusu madde ve bu maddeyi kullananların genel davranış biçimi hakkında bilgi verin.
- Kullanılan miktarda alkol ya da maddenin zararlı olduğuna inanırsanız gerekli açıklamayı aile üyesine yaparak bunu kişiye iletmesini söyleyin.
- Kişiyle alkol ya da madde etkisinde olmadığı zaman konuşmaları gerektiğini hatırlatın.
- Sizin çağırıldığınızı ona iletmelerini söyleyin.
- Bu kitabın arkasında yer alan alkol broşürünün bir örneğini ona ulaştırmaları için aileye verin.



- Bir aile büyüğünün devreye sokulmasını önerebilirsiniz.
- Onun sorumluluklarını yüklenmemelerini (örneğin, işyerinden bir uyarı alacak diye onu idare etmek gibi), ona bir yetişkin gibi davranarak davranışlarının sorumluluğunu almasını sağlamalarını söyleyin.
- Yukarıda yer alan önerilerinizin hiçbirinden sonuç alınamayacaksa, o zaman aileye onu bir anlamda köşeye sıkıştırmaları gerektiğini anlatabilirsiniz (parasını kesmek, gerekirse evi terk edeceğini bildirmek gibi).
- Sorunun çözülmesinin çok uzun zaman alabileceğini, bunun için sabırlı olmaları gerektiğini hatırlatın.
- Onun isteği olmadan zorla bıraktırmaya çalışmanın hiçbir yararı olmadığını belirtin.

Tüm bunları yaparken size başvuran aile üyesi ya da yakını da incelemeniz gerekir. Bunun için dikkat etmeniz gereken noktalar:

- Başvuran kişinin ruhsal durumu nasıl? Nasıl bir zorlanma içinde ve güçlükleri neler? Depresyon gibi ruhsal bir bozukluk ortaya çıkmış mı?
- Size gelen kişi doğru söylüyor mu? Başka bir amacı var mı? Ruhsal bir sorunu (paranoid bozukluk gibi) var mı?
- Sözlü, fiziksel ya da cinsel bir taciz olayı söz konusu mu? Kişi bununla nasıl başa çıkabiliyor?

Yukarıda atılan adımların hiçbirisi yarar sağlamazsa, yapılabilecek fazla bir şey yok demektir. Zorla tedavi etmenin imkanı olmadığı için, kişinin kendi durumunun farkına varmasını bekleyeceksiniz. Unutmayın! Herkes kendi davranışlarından sorumludur.



Yanlış Tutum ve İnançlar

Yanlış tutum ve inançlar	Alternatif düşünceler
Narkotik ilaçlar tehlikelidir, kullanılmamalıdır.	Narkotik ilaçların bağımlılık potansiyeli yüksektir, bu nedenle dikkatli kullanılmalı ve hasta izlenmelidir.
Madde kullanıcıları toplumun pislikleridir.	Madde kullanıcılarının farklı bir yaşam biçimi bulmaları için nasıl yardımcı olunabilir?
Bağımlı bağımlıdır.	Bağımlı tanısını hemen koymamak daha doğru olur. Kişinin sorunu nedir ve bu sorunu nasıl tanımlayabiliriz.
Madde kullanımı tıbbi değil, sosyal ve yasal bir sorundur.	Madde kullanımı sonucunda tedavi edilmesi gereken tıbbi sorunlar ortaya çıkar. Ayrıca bağımlılığın kendisi de bir hastalıktır.
Madde kullananlar tedavi edilemez.	Madde kullananlar savunma içindedirler. Uzun süreli, yapılandırılmış tedavilerden yarar görecektirler.
Tedavi olsalar bile hemen yine kullanmaya başlıyorlar.	Kullanmadığı dönem içinde sağlanan bireysel ve toplumsal kazanç küçümsenemeyecek düzeydedir.
Madde kullananlar yalancı, saldırgan ve kabadırlar.	Onların bu davranışlarına neler neden olmaktadır? Bu davranış biçimleri ile nasıl başa çıkabiliriz?
Madde bağımlıları sadece hastanede tedavi edilebilir.	Kimi zaman bağımlının kısa süre hastanede yatması gerekebilir. Ancak sorun toplumun içinde ortaya çıkmaktadır ve bu düzeyde yapılacak girişimler önemlidir.
Madde kullanımı ile sadece konunun uzmanları ilgilenmelidir.	Tüm madde kullananların tedavisine yetecek sayıda uzman yoktur. Uzmanlar danışmanlık yapabilirler.
Hekimin görevi acil durumlar ile sınırlıdır.	Hekimlik bilgisi hastanın ruhsal olarak desteklenmesinde ve uzun süreli tedavisinde büyük önem taşır.
Bağımlıların zorla tedavi edilmesi gerekir.	Zorla yapılan tedavilerin hiçbir başarı sağlamadığı bilinmektedir.
Kişi tedavi olmayı istemiyorsa yapacak hiçbir şey yoktur.	Kişiyi tedavi olmaya motive etmek için bazı teknikler kullanabiliriz.



Koruyucu Çalışma

Koruyucu Çalışma Nedir?

Alkol ve madde bağımlılığı, tedavisi güç bir hastalıktır. Bu nedenle koruyucu çalışmalar büyük önem taşır. Koruyucu çalışmanın üç ayrı biçimi vardır:

Birincil koruyucu çalışma: Alkol veya madde kullanmamış kişilerin bu maddeleri kullanmaya başlamasını engellemek.

İkincil koruyucu çalışma: Alkol veya madde kullanan ancak bağımlı hale gelmemiş kişileri erken dönemde tanımak, tedavi ve önerilerde bulunmak, bağımlı olmasını önlemek.

Üçüncül koruyucu çalışma: Bağımlı kişilerin kendilerine ve topluma verdikleri zararı azaltmak (siroz, AIDS, hepatit gelişmesini önlemek vb).

Türkiye gibi alkol ve madde kullanımının çok yoğun olmadığı, ancak hızlı bir artış gösterdiği ülkelerde birincil koruyucu çalışma büyük önem taşımaktadır.

Koruyucu Çalışmanın Yöntemleri?

Caydırma: İnsanlara bu maddelerin yol açtıkları sağlık sorunlarını ve olası yasal sonuçlarını anlatarak bu maddeleri kullanmalarını önlemek. Ancak bu yöntemin tek başına etkin olmadığı bilinmektedir.

Bilgilendirme: İnsanları bilgilendirerek kullanıp kullanmama konusunda kararı onlara bırakmak.

Kişisel becerileri artırmak: Kişinin kendine olan güvenini, hayır diyebilme ve sorunlarla başa çıkma yetisini artırmak.

Sosyal becerileri artırmak: Kişiler arası ilişkileri düzenlemek, boş zamanları iyi değerlendirmeyi sağlamak.

Uyuşturucu karşıtı bir değerler dizgesi yaratmak: Bu maddeleri kullanmanın moda olmaktan çıkmasını sağlamak.

Koruyucu Çalışma İlkeleri?

Unutmayın!

Koruyucu çalışma dikkatle yapılması gereken bir iştir!

- Yapacağınız yanlışlar özendirici veya merak artırıcı olabileceği için insanları madde kullanımına itebilir.
- Koruyucu çalışma yapmak için kendinizi yeterli ve hazır hissedip hissetmediğinizi sorgulayın.
- İnsanlar bütün zararlarını bilmelerine ve tüm yasal engellemelere rağmen yine de madde kullanmaya başlıyorlar. Böyle bir insan davranış biçimi ile uğraşacaksınız.
- İnsanlara vereceğiniz mesajlar çok yanlış hedeflere gidebilir. Bu nedenle verdiğiniz mesajlara dikkat etmelisiniz.



Önce hedef grubunuzu belirleyin

- Hedef grubunuz bütün toplumdur. Ancak öncelikle riskli gruplara eğilebilirsiniz.
- Aynı mesajlarla herkese ulaşamazsınız. Değişik kesimlere değişik mesajlarla ulaşılabilir.
- Gençler en önemli risk grubunu oluşturmaktadır. Sigara ve alkol için 15 yaş altı, uyuşturucu maddelerle ilgili bir koruyucu çalışma yapmak istiyorsanız, on beş yaş üstünü tercih edin.
- Gençleri yetiştiren ve onlarla en fazla zaman geçiren kişiler anne ve babalardır. Onlara yönelik programlar çok etkili olacaktır.
- Anne ve babalara yönelik programlarda onları konu hakkında bilgilendirmek, çocukları ile olan iletişimlerini düzenlemek ve bu konuyu konuşabilmelerini sağlamak hedeflenmelidir.
- Marangozhane, ayakkabı imalathanesi gibi işyerleri bazı bağımlılık yapıcı maddelerin üretimde kullanıldığı yerlerdir. Buralarda koruyucu çalışma yürütmek önemlidir.

Çalışmanızın hedefini saptayın

- Yapacağınız çalışmada ulaşmak istediğiniz hedefleri belirleyin.
- İnsanları konu hakkında bilgilendirebilirsiniz. Bilgilendirmenin etkili olabilmesi için yansızlık önemlidir.
- Unutmayın! Sadece bilgilendirmek önlemek değildir.
- Toplumun konu ile ilgili yanlış inanç ve tutumlarını değiştirmeye çalışabilirsiniz. Toplumda alkol uykuyu düzenlediği, cinsel performansı artırdığı, sadece zayıf iradeli insanların uyuşturucu kullandığı, insanın uyuşturucu kullanımını denetleyebileceği gibi pek çok yaygın yanlış kanı vardır..
- Kişilerin bu konudaki davranışlarına eğilebilirsiniz. Örneğin, anne babanın madde kullanımı hakkında konuşmaktan çekinmesi, madde bulunan ortamlara girmekten kaçınmama gibi.
- Bir hekim olarak en iyi bildiğiniz konu sağlıktır. Konuşmanızı bu konu üstüne temellendirmeniz daha doğru olacaktır. Ancak gerek insan ilişkilerindeki deneyiminiz, gerekse o toplumun bir bireyi olmanız nedeniyle uyuşturucu ile ilgili başka alanlara da, dikkatli olmak koşuluyla, girebilirsiniz.
- Aile veya gençlerle aranızda bu alanda sadece bir ilişki, iletişim kurulsu bile bu *çok önemlidir*. Böylece insanların ileride çıkabilecek sorunları için danışabilecekleri ve destek alabilecekleri bir kişinin varlığını hissetmeleri sağlanacaktır.

Çalışmayı yürüteceğiniz alanı iyi belirleyin

- Mümkünse 10, en fazla 30 kişilik gruplar ile çalışın.
- Yuvarlak bir oturma biçimini tercih edin. Böylece herkes birbirini görebilecek ve daha sıcak bir tartışma ortamı doğacaktır.

Koruyucu çalışmayı yürütürken...

- Toplantıları mümkün olduğu kadar soru ve yanıtlar biçiminde götürün.
- Herkes düşünce ve görüşlerini ifade etmekte özgür olsun.



- Dinleyicilerin katılımını en yüksek düzeyde tutmaya çalışın .
- Katılım için herkesi yüreklendirin, ancak zorlanmayın.
- Tartışma dinleyiciler tarafından başlatılmıyorsa, örnekleri siz vererek tartışmayı açın. Tartışmanın bittiğine emin olmadan konuyu kapatmayın.
- Dinleyicilerin sıkıldığını anladığınızda toplantıyı bitiririn. Unutmayın, orada onlar için bulunuyorsunuz; bütün bildiklerinizi anlatmak için değil!

Toplantılar için küçük ipuçları

- Öğüt vermeyin. Bu konuda herkes sürekli öğüt veriyor.
- Kendinize ait görüşleri, genel geçer kurallar biçiminde sunmayın. Sizin yaşantı ve deneyimleriniz diğer insanlardan farklı olabilir. Herkesin kendine ait yaşantıları vardır.
- Farklı ve karşı görüşler belirten öğrencileri sindirmeye çalışmayın. Bırakın o öğrencileri diğer öğrenciler sindirsin.
- Onları ikna etmeye çalışmayın. Siz bildiklerinizi savunun. Onlar kendileri ikna olsunlar.
- Arada küçük oylamalar yapın.
- Bilmediğiniz bir konuda soru gelirse, ‘bilmiyorum, bunu öğrenip size bildireceğim’ diye yanıtlayın.

Eğer takıldığınız veya yanıt veremediğiniz bir soru olursa, AMATEM’i veya yakınınızdaki bir uzmanı aramaktan çekinmeyin.

Gençlerle Konuşma İlkeleri

Gençlerle konuşurken hekimin bazı temel ilkelere uyması gereklidir. Ancak tüm bunların ötesinde hekim, konuya hakim olmadan gençlerle konuşmaktan kaçınmalıdır. Bu konuda hekimlere öneriler şöyle sıralanabilir.

- Alkol ve madde konusunda bilgili olun.
- Bilmediğiniz noktaları bilmediğinizi söylemekten çekinmeyin ve sakın uydurmayın!
- Kendi görüş, inanç ve düşüncelerinizi karşınızdakine kabul ettirmeye çalışmayın.
- Onların sorularına gerçek ve araştırmalara dayanan, tarafsız bilgilerle yanıt vermeye çalışın.
- Onlara karşı dürüst olun.
- Amacınızın onları düzeltmek değil, bilgilendirmek olduğunu unutmayın!
- Onların konuyla ilgili olarak tartışmasına, soru sormasına ve gerektiği zaman sizinle çatışmasına olanak tanıyın.
- Alkol ve madde kullanımının sosyal ve tıbbi sonuçları hakkında gençleri bilgilendirin.
- Alkol ve madde kullanımının toplumsal boyutları üzerinde de tartışmaya girin.
- Konuştuğunuz konuların saklı kalacağına ilişkin güvence verin.
- Konuşmaya istekli davranın ve düşüncelerinden dolayı karşınızdakini yargılamayın.



- Amacınız, her ne olursa olsun gençle bir ilişki kurmaktır!

AMATEM danışma hattı: 0 212 660026



Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları

1. Uyuşturucu bağımlıları zayıf iradeli insanlar mıdır?

Bağımlılığın irade zayıflığıyla ilişkisi yoktur. Herkes bağımlı olabilir. Ancak birçok kişi bağımlı olduktan sonra maddeyi bırakmakta zorluklar yaşar.

2. Esrar bağımlılık yapar mı?

Esrar özellikle ruhsal bağımlılık yapar. Esrar bırakıldığı zaman rahatlayamama, huzursuzluk, uykusuzluk gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkar.

3. Alkol uykuyu düzenler mi?

Alkolün uykunun kalitesi üzerine olumlu değil olumsuz etkisi vardır.

4. Alkol cinselliği artırır mı?

İnsan üstündeki baskı ortadan kalktığı için daha rahat olur. Ancak alkolün cinselliğe kısa sürede doğrudan etkisi yoktur. Uzun dönemdeyse etkisi olumsuzdur.

5. Uyuşturucu maddeler serbest bırakılırsa sorun azalır mı?

Yasak olmanın getirdiği çekicilik kalkacağı için bu bir oranda sorunun çözümüne yardımcı olabilir. Ancak Türkiye gibi insanların uyuşturucuları yakından tanımadığı ve hakkında gerekli bilgiye sahip olmadığı bir ülkede, sorunun artmasına yol açması daha olasıdır.

6. Uyuşturucu kullanan arkadaşlarım var, ancak onlar ölmüyor?..

Bağımlılık bir süreçtir. Uyuşturucu maddeler de belirli bir süre içinde etkilerini göstermeye başlar.

7. İnsan uyuşturucu kullanımını denetleyebilir mi?

İnsan uyuşturucu madde kullanımını denetleyemez. Herkes bir süre uyuşturucu madde kullandıktan sonra bağımlı olabilir.

8. Alkolik kime denir?

Alkolik ile alkol bağımlısı aynı anlamı taşır.

9. Uyuşturucunun bedene verdiği zararlar ve insan psikolojisi üzerinde yarattığı etkiler nelerdir?

Uyuşturucu maddelerin beden üzerine etkileri kullanılan maddenin cinsine, kullanılan miktara ve kullanım süresine göre değişmektedir. Benzer şekilde psikolojik etkileri de farklıdır. Bazıları kişi üzerinde uyarıcı etki gösterirken bazıları uyuşturucu etki gösterir.

10. Uyuşturucunun tanımı, zararları, varsa yararları nelerdir?

Uyuşturucu maddeler dışarıdan alınan doğal veya sentetik maddelerdir. Kullanan kişide duyu değişikliklerine, algı, dikkat ve belleğin etkilenmesine veya davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasına neden olur. Uyuşturucu maddeler uyuşturucu özellikte olabileceği gibi uyarıcı da olabilir. Ancak bunların hepsine uyuşturucu maddeler denmektedir. Bu maddelerin etkileri farklılık gösterebilirse de, oluşturdukları en önemli zarar bağımlılıktır. Eczanelerde yasal olarak bulunan, ancak doktor önerisi dışında kullanıldığı zaman bağımlılık yapabilen bazı ilaçlar da uyuşturucu madde kapsamına girer.



11. Bir uyuşturucu bağımlısına nasıl yardım edebiliriz, tedavi olması için nasıl ikna edebiliriz?

(Bu sorunun yanıtı soran kişinin yaşına göre değişir. Okul toplantılarında öğrenciler tarafından sık sorulan bir sorudur. Bu durumda yanıtı şu şekilde olmalıdır:) Uyuşturucu madde kullanan kişi arkadaşınızsa ona siz yardım edemezsiniz. Kullandığı maddeyi bıraktırmaya çalışmak sizi aşan bir sorumluktur. Ona yardım etmenin en uygun yolu, güvendiğiniz bir büyüğünüzden —bu ailesinden bir kişi veya okulda bir öğretmeniniz olabilir— yardım istemenizdir. Kişinin kullandığı maddenin yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri görmesine ve bunun tedavi edilebilir bir rahatsızlık olduğunu fark etmesine, sonuçta tedavi kurumlarına başvurmasına yardımcı olunabilir.

12. Türkiye'de uyuşturucu kullananların sayısı nedir?

Türkiye'de uyuşturucu madde kullananların sayısı bilinmemektedir. İstanbul'da lise öğrencileri arasında yapılmış çeşitli anket çalışmaları vardır. 1996 yılında lise öğrencileri arasında hayatında en az bir kez esrar kullanma oranı %4.2 bulunmuştur. Yıllara göre karşılaştırıldığında uyuşturucu madde kullanımında bir artış olduğu görülmektedir.

13. Bir insan neden uyuşturucu kullanır?

Uyuşturucu maddeleri kullanmaya başlamada birçok etmen rol oynamaktadır. Ancak uyuşturucu maddeleri denemenin en sık nedeni meraktır. Arkadaş grubunun dışında kalmama, toplumdan farklı olma, sorunlarından bir süreliğine uzaklaşma gibi nedenler de etkili olmaktadır.

14. Uyuşturucunun her türlü bir kullanımında bağımlılık yapar mı?

Tüm uyuşturucu maddeler bir kullanımında bağımlılık yapmayabilir. Ancak uyuşturucu madde bağımlılığı gelişmiş kişilerle görüşüldüğünde, bunlarda bazı yanlış inançlar sonucunda bağımlılık geliştiği saptanmıştır. Kimse uyuşturucu madde kullanmaya bağımlı olacağını bilerek başlamaz. “Bir defadan bir şey çıkmaz”, “Ben kontrol edebilirim” gibi yanlış inançların bağımlılığın gelişmesinde önemli rolü vardır.

15. Uyuşturucu bağımlılığının tedavisi mümkün müdür?

Evet ve hayır. Bir bağımlı ömrünün sonuna kadar bağımlı olarak kalır, yani bağımlılıktan geriye dönüş yoktur. Ama bir bağımlı ömrünün sonuna kadar ayık bir bağımlı olarak da kalabilir. Bu anlamda tedavi mümkündür. Tabii bu zorlu bir süreçtir ve öncelikle kişinin tedavi olmak istemesini gerektirir. Tedavi için ilk koşul bu istektir.

16. Uyuşturucuyu bırakmak neden bu kadar zordur?

Bağımlılıkta, kullanılan madde kişide bedensel, ruhsal veya sosyal sorunlar yaratmasına karşın kullanım sürer ya da bırakma girişimlerinin ardından tekrar başlar. Bağımlılık uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalıktır.

17. Uyuşturucu kullananlar nasıl tedavi edilir?

Uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde ilk aşama vücuttan arındırma tedavisidir. Bu aşamada, madde vücuttan temizlenirken ortaya çıkan yoksunluk belirtileri tedavi edilir. Daha sonra bağımlılığa yönelik psikolojik tedaviler uygulanır.

18. Uyuşturucu kullanan biri neden ölür?

Kullanılan maddenin aşırı dozda alınması sonucu ölüm görülebilir. Ayrıca uyuşturucu maddeler kişinin beslenmesini ve sağlığıyla ilgilenmesini engeller, dolayısıyla beden direncini düşürür. Damar yolundan kullanılan uyuşturucu maddeler AIDS, hepatit B, hepatit C gibi hastalıkların bir kişiden öbürüne bulaşmasına ve sonuçta ölüme yol açar.

19. En çok hangi yaş grubu kullanıyor?



Her yaş grubundan insan uyuşturucu madde kullanabilir. Ancak uyuşturucu madde kullanmaya başlama konusunda en riskli yaş dilimi ergenlik d6nemidir.



EKLER



Madde Etkilerinin Sınıflandırılması

Belirtiler	Madde etkisinde	Yoksunluk Dönemi
Aşırı uyuma	Eroin, Benzodiazepin	Kokain, amfetamin
Uykusuzluk	Kokain, amfetamin	Esrar, eroin, Benzodiazepin
Solunum yavaşlaması	Eroin, Benzodiazepin, uçucu	
Dilate pupil	Kokain, antikolinergik, LSD, esrar	Eroin
Myotik pupil	Eroin, ecstasy	
Ciltte lekeler	Eroin	Eroin
Ciltte abse, enjeksiyon izleri	Eroin, kokain, amfetamin	Eroin, kokain, amfetamin
Hipertansiyon	Eroin, kokain, amfetamin, ecstasy, LSD, PCP*	Benzodiazepin
Hipotansiyon	Uçucu maddeler	
Taşikardi	Esrar, kokain, uçucu	
Bradikardi	Eroin, Benzodiazepin	
Kardiyak aritmi	Kokain, uçucu, amfetamin	Benzodiazepin
Karaciğer yetmezliği	Uçucu, ecstasy	Uçucu
Bronşit	Esrar	Esrar
Terleme	Kokain, ecstasy	Eroin, amfetamin
Hipertermi	Kokain, ecstasy, antikolinergik	
Psikotik belirti ve paranoid düşünce	Esrar, kokain, amfetamin, LSD	
Anksiyete	Esrar, LSD, PCP*, amfetamin	Kokain, Benzodiazepin
Depresyon	Kokain, amfetamin	
Ajitasyon	Kokain, amfetamin, antikolinergik, LSD, uçucu	Uçucu

*PCP= Fensiklidin



Başvuru Merkezleri

ADANA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tel: 0 322 239 04 77

ANKARA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Tel: 0 312 319 21 60

Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tel: 0 312 310 30 30

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Tel: 0 312 310 86 93

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Tel: 0 312 214 10 88

DENİZLİ

Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tel: 0 258 261 92 06

ELAZIĞ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tel: 0 424 233 08 86

İSTANBUL

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, AMATEM, Tel: 0 212 543 65 65 / 588 veya 660 00 26

İZMİR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri bölümü,

MANİSA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tel: 0 236 231 46 26

SAMSUN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tel: 0 362 431 78 53

ADSIZ ALKOLİKLER (AA)

Ankara 0 312 433 46 07

İstanbul 0 212 250 34 70

İzmir 0 232 421 64 22

Bursa 0 224 235 25 01

Tekirdağ 0 282 261 43 03



Bağımlılık Tanı Ölçütleri

Aşağıdaki ölçütlerden üç ya da daha fazlasının bulunması DSM IV'e göre bağımlılık tanısını koymak için yeterlidir.

1. Tolerans gelişmesi.
2. Yoksunluk belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma
3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarda ve uzun bir süre alınması: Kişi madde kullanmayı düşündüğü zaman her zaman az miktarda alacağını ve kısa bir süre kullanacağını düşünür, ancak sonunda tekrar her zamanki dozuna ulaşır.
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek taşıma ya da bırakmak için bir ya da birden çok girişimde bulunmak. Kişi maddeyi bırakmak ister, birçok kez bırakır ancak tekrar kullanmaya başlar.
5. Maddeyi elde etmek ve kullanmak için büyük zaman harcama: Kişi zamanının büyük bölümünü madde arayışı içinde geçirir. Maddeyi kullanma zamanı da uzamış, bazen bütün gün madde kullanmak ile geçmeye başlamıştır.
6. İşte, okulda ya da evde üzerine düşen temel yükümlülükleri yerine getirmesinin beklendiği zamanlarda madde etkisinde olma ve bunları yerine getirememe: Kişi akşamdan kaldığı için işine gidemez, ailesi ile yeterince ilgilenemez vb.
7. Madde kullanımının neden olduğu ya da bu yüzden alevlenen, toplumsal, psikolojik ya da fiziksel bir sorunu olduğunu bilmesine karşın madde kullanmayı sürdürüyor olma: Kişi evliliğinin bozulmasına, aile çatışmalarının ortaya çıkmasına, sürekli fiziksel sorunlar yaşamasına rağmen madde kullanmayı sürdürmektedir.



Alkol Kullanım Bozukluklarını Saptama Ölçeği

1. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir veya daha az (2) Haftada bir veya daha az
(3) Haftada 2-4 kez (4) Haftada 5 kez veya daha fazla

2. Alkol aldığınız zaman günde kaç standart içki içersiniz?

- (0) 1 (1) 2 (2) 3-4 (3) 5-6 (4) 7 ve daha fazla

3. Bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içme sıklığınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

4. Geçtiğimiz yıl içinde kaç kez içmeye başladıktan sonra alkol alımını durduramadınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

5. Geçen yıl içinde alkollü içki içmeniz nedeniyle normalde sizden bekleneni yapmakta kaç kez başarısız oldunuz?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

6. Geçen yıl fazla alkollü içki içtiğiniz bir gecenin sabahında kendinize gelebilmek için alkollü bir içki almanız kaç kez gerekti?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

7. Geçen yıl kaç kez alkollü bir içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duyduğunuz oldu?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

8. Geçen yıl içinde ne sıklıkta alkollü içki içtiğiniz için ertesi sabah bir önceki gece olanları hatırlayamadınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

9. Siz veya bir başkası sizin alkol almanız yüzünden yaralandı mı?

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

10. Bir arkadaşınız, bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size alkol almayı kesmenizi önerdi mi?

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

8 veya daha yüksek puan alanların alkol öyküsü derinlemesine incelenmelidir





Hekimler için Alkol ve Madde Eğitim Programı

“Hekimler için Alkol Madde Eğitim Programı” Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM) tarafından geliştirilen UTOPIYA projesi kapsamında yer alan bir eğitim programıdır. UTOPIYA projesi içinde yer alan “Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Eğitim Paketi” ise liselere yönelik diğer bir eğitim programı olup, halen eğitimler sürmektedir. Aşağıda “Hekimler için Alkol Madde Eğitim Programı” hakkında kısa bilgi verilmiştir.

Amaç

- Sorun hakkında hekimlerin farkındalığını artırmak ve tutumlarını değiştirmek:
- Alkol madde ve kullanım bozukluklarıyla ilgili bilgiyi artırmak:
- Alkol, madde kullananların erken tanısını sağlamak:
- Hekimin koruyucu hizmeti yürütmesini sağlamak:

Eğitim paketini oluşturma aşamaları

Eğitim paketi hazırlık aşaması yaklaşık iki yıl sürmüş ve bu süre içinde; odak grup çalışmaları ve ilgili uzmanlarla görüşmeler yapılmış, “AMATEM’e Ulaşma Yolları” çalışması tamamlanmış, pratisyen hekim ve psikiyatristlerle Ankara, İstanbul ve İzmir’de görüş alma toplantıları düzenlenmiştir.

Araçlar:

“Hekimler için alkol Madde Hekim Eğitim Programı”nı birçok araçtan oluşmaktadır. Bu araçların tümü bir bütünü oluşturmaktadır. Bunların hepsi gerektiği durumlarda kullanılabilir.

- El kitabı
- Acil yardım yaklaşım kılavuzu
- Eğitici kılavuzu
- Koruyucu hekimlik kılavuzu
- Hasta kitapçığı
- Tarama ve karar verme posterleri
- Acil yardım posterleri
- Video
- Özet kitapçık
- Tanıtım dosyası



BAĞIMLILIKTA UZUN SÜRELİ İLAÇ TEDAVİSİ

Bağımlılıkta uzun süreli ilaç tedavisini dört ana grupta ele almak olanaklıdır: Yerine koyma tedavisi, alkol ya da madde alma isteğini azaltmaya yönelik tedaviler, aversif (uzak tutucu) tedaviler ve antagonist tedavileri. Değişik maddeler için çeşitli tedaviler vardır, ancak bunların hepsinde amaç relapsın önlenmesi ve/ya da riskin azaltılmasıdır.

ALKOL:

Şu anda alkol için bir yerine koyma tedavisi yoktur. Alkol alma isteğini azalttığı öne sürülen çeşitli ilaçlar klinik denemelerde halen incelenmektedir.

Buspiron: Yüksek dozlarda disfori yaptığı için bağımlık potansiyeli taşımayan bir anksiyolitikdir. Özellikle anksiyeteli hastalarda relapsı önkediği bildirilmişse de bu iddia sonraki çalışmalarda doğrulanamamıştır. Şu anda uzun süreli kullanımının yararı tartışmalıdır.

Akamprozat (kalsiyum bisasetil homotaurin): Bir GABA reseptör agonistidir. Tümü Fransa kaynaklı olan üç çalışmada alkol alma isteğini azalttığı saptanmıştır. Halen bu ülkede kullanılmaktadır.

□-**hidroksi bütirat:** Etki düzeneği tam bilinmeyen birendojen yatıştırıcıdır. 50 mg/kg-gün dozda alkol alımını azalttığı öne sürülmektedir.

Tiaprid: Dopamin agonistidir. 3x100 mg/gün kullanılmasıyla alkol tüketiminin azaldığı öne sürülmüştür.

Naltrekson: Bir opiat antagonisti olan naltreksondan antagonist relaps önleyici madde olarak alkol bağımlılığının tedavisinde de yararlanılmaktadır. 12.5 mg/gün ile başlanıp 50 mg/gün doza çıkılan ilaç bu dozda uzun süre kullanılır.

Antabus (Disülfiram): Aversif tedavi olarak kullanılmaktadır. Oral (tablet) ve uzun etkili deri altı biçimleri vardır. Etkisini alkol metabolizmasında aldehit dehidrojenazı bloke ederek gösterir. Vücutta biriken aldehit istenmeyen etkiler gösterir. Antabus reaksiyonu denilen bu reaksiyonun ayrıntıları Alkolün Etkileri bölümünde (s?????) anlatılmıştır. Antabus etkisi, ilaç kesildikten bir-iki hafta sonra alkol alımında bile görülebilir. Kimi zaman ailelerce kişinin bilgisi dışında (yemeğine karıştırarak vb) verilmektedir. Hekimin aileleri adam öldürme anlamına gelebilecek böyle bir davranışa karşı kesin bir dille uyarması gerekir.

OPIYATLAR:

Metadon

LAAM (levo-alpha-acetyl-methadol) ve nor-LAAM:

Buprenorfin

Naltrekson

KOKAİN:

Bromokriptin

Amantadin

Dezipramin

Metilfenidat



Hastanızda Alkol Kullanımını Değerlendirin!

ALKOL KULLANIMINI SORGULAYIN



Haftada kaç gün alkol kullanıyorsunuz?
Ne kadar içiyorsunuz?
Geçen ay içinde bir seferde en fazla ne kadar içtiniz?
Alkol kullanımı ile ilgili bir sorunuz oldu mu?

K E S İ

Son bir yıl içinde;

Kesmek: Alkolü Kesmeniz ya da azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü?

Eleştiri: Çevrenizdeki insanlar alkol kullanımından dolayı sizi Eleştirdiler mi?

Suçluluk: İçmekten dolayı kendinizi kötü ya da Suçlu hissettiniz mi?

İlk iş: Sabah uyanıldığımızda kendinize gelmek ya da akşamdan kalma belirtilerini yoketmek için hiç İlk iş olarak alkol aldınız mı?

Bu sorulardan en az birine "evet" yanıtı veren kişilerin, alkol kullanımı ile ilgili bazı sorunları olduğu düşünülmeli ve alkol sorunu daha derin biçimde sorgulanmalıdır.

ALKOL KULLANIM DÜZEYİNİ SORUŞTURUN



Kullanılan alkol miktarına göre risk düzeyleri

RISK	ERKEK	KADIN
Düşük	Günde 4 standart içkiye kadar	Günde 2 standart içkiye kadar
Orta (zararlı)	Günde 4 standart içkiden fazla	Günde 2 standart içkiden fazla
Yüksek (tehlikeli)	Günde 6 standart içkiden fazla	Günde 4 standart içkiden fazla

Tablodaki değerler, haftada beş kez kullanım içindir

Bir tek rakı, viski, cin vb. Bir kadeh şarap. Bir büyük kutu bira.

Bir Standart İçki =



ALKOLE BAĞLI SORUNLARI ARAŞTIRIN



a. Tıbbi sorunlar

Gastrointestinal sistem: Özefagus hastalıkları, Mide barsak sorunları, Gastrit, Peptik ülser, Akut ve kronik pankreatit

Karaciğer: Yağlanma, Hepatit, Siroz, Hepatik koma

Beslenme bozuklukları (B1, B12 ve folat eksikliğine bağlı), Malnutrisyon, anemi, Beriberi, Pellagra

Bağışıklık sisteminin baskılanması: Tüberküloz, Pnömoni

Nörolojik: Polinöropati, Demans, Ambliopi, Serebellar dejenerasyon, Santral pontin myelinoliz,

Ruhsal sorunlar: Depresyon, uyku ve cinsel işlev bozuklukları

b. Sosyal sorunlar: Aile sorunları, iş sorunları, yasal sorunlar

c. Tehlikeli alkol kullanımı

d. Bağımlılık

TEHLİKELİ DÜZEYDE ALKOL KULLANAN KİŞİYE ÖNERİLER

Alkolü kesmeyi önereceğiniz durumlar: Bağımlılık, Başarısız alkol azaltma girişimleri, Gebelik, Alkol kullanımının sakıncalı olduğu bir hastalığın varlığı

Hazırlayın

Alkol miktarını azaltmak için önerilerde bulunun

Alkol alınan durumları sınırlamak için öneriler bulunun



KAYNAKLAR

A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects. G Winger, F Hofman, J Woods. Oxford University Press, 1992

Problem drinkers: Guided self change treatment. M Sobell, L Sobell. Guilford Press, 1993

Eighth special report to the US Congress on alcohol and health. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH Publication, 1993

Treatment of Alcohol Detoxification. Treatment Improvement Protocol Series (TIP). US Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment. 1993

Substance abuse education for primary care physicians, An overview of treating the substance abusing patient: A self study guide. Medical and Chirurgical Faculty of Maryland, 1993

Textbook of substance abuse treatment. M Galanter, H Kleber, The American Psychiatric Press, Washington DC, 1994

Diagnosis and treatment of drug abuse in family practice. A Trachtenberg, M Fleming. Health Science Communication, 1994

Mental health assessment and diagnosis of substance abusers. Clinical report series. National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, NIH Publication, 1994

Physicians guide to helping patients with alcohol problems. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH Publication, 1995

Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction. Norman Miller, Marcel Dekker, New York, 1995

Türkiye’de Madde Bağımlılığı, K Ögel, D Tamar, TÜGİAD raporu, 1995

Treatment approaches to alcohol problems. Heather, N. WHO, 1995

Uyuşturucuya karşı toplumsal yaygın mücadele programı (UTOPYA). AMATEM, 1995

Preliminary estimates from the 1994 national household survey on drug abuse, US Department of Health and Human Services. 1995

Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının Türkiye- İstanbul örneği ile incelenmesi. Ü Yazman, Uzmanlık tezi, İstanbul, 1995

Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık. K Ögel, Cep Üniversitesi Yayınları, 1995

Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, 1996

Brief interventions for alcohol problems: a review. Bien T, Miller W, Tonigan. Journal of Addiction. S. 88,, 315-316, 1996

Uyuşturucu madde kullanımının aile üstüne etkisi. D Tamar, K Ögel, D Çakmak, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Bilim Serisi no: 99, 1996

Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi, Öğrenci Anketi bulguları, K Ögel, D Tamar. AMATEM / Özel Okullar Derneği, 1996



Drug abuse prevention: What works? National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, NIH Publication, 1997

Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar. Uluslararası Dünya Sağlık Örgütü Çalışması. B Üstün, A Sağduyu, M Rezaki, İstanbul, 1997

Solutions step by step. IK Berg, N Reuss. W&w Norton and Co., New York, 1998

