Madde Kullanım Bozuklukları

Doç. Dr. Mansur BEYAZYÜREK*, Uz. Dr. Tulga Tolun ŞATIR*

Özet

Madde kullanımı yoluyla farklı hisler oluşturma çabaları ve sonrasında bu maddelere bağımlılık belki de insanlık tarihi kadar eski olmasına karşın bir hastalık grubu olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi ancak yakın tarihlere rastlar. Bağımlılık yapabilen ve bu şekilde kötüye kullanılabilen ve korkulan bir çok madde olmasına rağmen, bu maddeler toplam onbir ana gruba ayrılmışlardır. Biyopsikososyal boyutları olan Madde Kullanım Bozukluğu yaşam boyu devam eder ve çok yönlü bir tedavi yaklaşımı gerektirir. Bu hastaların çeşitli ortak özellikleri, tedavi yaklaşımlarını özelleştirmiş ve psikiyatri içinde farklı bir alan oluşmasını sağlamıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2000;4:50-56

İnsanoğlunun, bazı maddelerin kendi ruhsal durumunu değiştirdiğini ve geçici de olsa daha farklı hissetmesini sağladığını farkettiği günden bu yana, madde bağımlılığı önemli bir biyopsikososyal sorun olarak ortaya çıkmıştır. Günümüze kadar bu maddelerden bazıları kanunlar çerçevesinde serbest kullanım olanağı bulmuş, bazıları ise tamamıyla engellenmesi mümkün olunamayan kanun dışı bir uğraş haline gelmiştir. Kültürler ve ülkeler arasındaki farklara rağmen nikotin, alkol ve kafein, kanunlar dahilinde kullanıma açıktır. Uçucu maddeler ve bazı ilaçlar da amaçları dışında kullanılabilirken, diğer bazı maddelerin üretimi dahi yasaklanmıştır.

Merkezi sinir sistemini etki altına alan, davranışları, duygu ve düşünceleri değiştirebilen madde ne olursa olsun, bağımlılık derecesinde kullanımı hiçbir toplumda kabul görmemektedir. Bu maddeler kullanım bozuklukları, kötüye kullanım ve bağımlılık düzeyinde karşımıza çıkabilir. Mesleki ve toplumsal faaliyetler aksar, maddenin kullanımındaki kontrol mekanizmaları ortadan kalkar, kişi tüm gününü bu maddeleri sağlama, kullanma, ve etkilerinden kurtulma doğrultusunda harcar. Kullanılan doza tolerans gelişir, zaman, mekan ve miktar kontrolü kaybolur, madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk tablosu yaşanabilir. Kulanım bir defaya mahsus da olsa başka mental bozukluklara yol açabilir.

Günümüzde en sık kullanılan maddeler, binlerce yıldır ulaşabilirliği mümkün olan maddelerdir. Opiumun bilinen en az 5000 yıllık bir kullanımı vardır. Esrar özellikle doğu kültüründe binlerce yıldan beri kullanıldığı bilinen bir maddedir. Önceleri ham olarak kullanılan birçok madde işlenerek saf

* Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, İSTANBUL

maddeler elde edilmiştir. Örneğin opium kullanımı asırlardır önemli bir sorun alanı olarak göze çarparken, en aktif opium alkoloidi olan morfin 1806'da elde edilebilmiştir. Kökeninin Doğu Asya, Anadolu ya da Mezopotamya olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte haşhaş bu yörelerde hem öksürük giderici, ağrı kesici bir ilaç hem de keyif verici bir madde olarak kullanım alanı bulmuştur.

Tarihte madde kullanım bozuklukları için çeşitli tanımlamalar ve kelimeler kullanılmıştır. Tiryakilik, müptelalık, alışkanlık, keşlik, bağımlılık gibi kelimelerle isimlendirilmeye çalışıldıysa da son yıllarda kabul edilen sınıflamalarda madde kullanım bozuklukları, kötüye kullanım ve bağımlılık olarak ele alınmaktadır.

Daha önceleri kullanılan "tutsaklık", "alışkanlık" gibi kavramlar, 1964 yılından itibaren yerini "bağımlılık" terimine bırakmıştır. Bağımlılığın tanımı 1980'lere kadar bazı genel ölçütler oluşturmak yerine her madde için ayrı ayrı yapılmış. DSM-III madde kullanım bozukluklarını ilk kez bağımlılık ve kötüye kullanım biçiminde ayırarak sınıflandırmış ve her ikisi için de ayrı ölçütleri belirlemiştir.

Psikotrop ilaçlar veya maddeler tedavi amaçları dışında sıklıkla kötüye kullanılabilir. Psikotrop ilaçların hekim denetiminde kullanılması kötüye kullanım anlamına gelmez. Eroin, esrar, LSD gibi bazı maddelerin ise tıbbi kullanımı hiçbir zaman yoktur ve kullanımları her zaman için kötüye kullanım biçimine dönüşebilir. Kötüye kullanımda, DSM-IV tanımlamasına göre temel nitelik, yineleyen ve önemli olumsuz sonuçlar oluşturmasına rağmen madde kullanımının tekrarlamasıdır. Kullanan kişide yerine getirmekle yükümlü olduğu sorumlulukları yürütmekte güçlük, fiziksel olarak zararlı olabilecek koşullarda yineleyen kullanım, yasal ve toplumsal alanda sorunlar ortaya çıkar.

Dünya literatüründe, "bağımlılık" teriminin, davranışsal bir sendrom ve fiziksel ya da fizyolojik bağımlılık diye iki sistem içinde incelendiği de olmuştur. Fizyolojik bağımlılık, tolerans ve yoksunluk sendromu ile kendini gösteren nöron sistemlerindeki değişiklik olarak anılırken, davranışsal sendrom içine birçok davranış örüntüsünü almıştır. Madde bağımlılığının temel niteliği, madde kullanımı ile ilişkili önemli sorunlar ortaya çıkmasına karşın kullanımın sürekli bir biçimde olduğunu gösteren bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtilerin oluşmasıdır. Bağımlılıkta, bazı maddeler hariç, maddeye karşı gelişen tolerans ve yoksunluk belirtileri ve kompulsif tarzda, kontrol kaybının yaşandığı bir kullanım şekli vardır.

Bağımlı kişi ve risk altındaki grupların tanımı:

Bağımlılığa yatkın tipik bir kişilik yapısının tanımlanması mümkün olmamasına rağmen belirli bazı ortak özelliklerin varlığını söylemek de mümkündür. Bu özelliklerin belirlenmesinde, soyaçekim, merkezi sinir sisteminin genel yapısı, benlik gelişimi, çocuğun içinde bulunduğu aile ve ortam, halen içinde yaşadığı çevre ve bu çevrede üstlendiği roller önemlidir.

Alkol ve madde kötüye kullanımlarında, kalıtımın rolü çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde kardeşlerden birinde madde bağımlılığı varsa diğerinde gelişme olasılığı %78-80'e kadar yükselebilmektedir. Bu oran evlat edinilmişler üzerinde yapılan çalışmalarda da yüksektir. Bağımlı ebeveynler ile ya da bağımlı davranışlarının kabul gördüğü çevre içinde büyüyen çocuklarda bağımlılık gelişme olasılığı normal popülasyona göre belirgin derecede farklılık göstermektedir. Alkol ve madde kullanmayan ailelerde de baskılı ya da gevşek, tutarsız eğitim biçimi, aile içindeki iletişim bozukluğu, duygu alışverişinin olmaması, diğer sağlıksız aile yapıları, çocuğun aileden uzaklaşması ve madde kullanan altkültürlerle tanışmasını kolaylaştırır.

Oluşan bazı kişilik bozuklukları madde bağımlılığı riskini arttırabilmektedir. Özellikle antisosyal, borderline, paranoid tipteki kişilik bozukluklarında saldırganlık, şiddet, alkol ve madde kullanmaya ve bağımlılık geliştirmeye yatkınlık gözlenebilir. Bağımlı kişilerde eğer bir genelleme yapmak gerekirse güvensizlik, bencillik, kolay yalan söyleyebilme, tahammül eşiğinde düşüklük, sabırsızlık, kendine sıkıntı verebilecek durumlara dayanamama, riskli davranışları göze alma, plansız eylemler yapma, kişiler arası ilişkilerde sık sık sorun yaşama gibi ortak özellikler bulunabilir. Ruhsal çözümleme öğretisine göre ise bağımlılığa yatkınlık oral döneme saplanmadan kaynaklanır. Bu yapının başlıca özelliği aşırı duygusallık, kötümserlik, düşsel, gerçek dışı tasarımlar, açgözlülük, madde ve alkol kullanımına yatkınlıktır.

Bağımlılığa yatkın kişi taşıdığı tüm bu özellikleriyle bir altkültürün üyesi olma eğilimindedir. Arkadaş etkisi, aileden uzaklaşma veya aile içindeki öğretiler ve soya benzeme, özenti, taklit, başkaldırma, merak, yetersizlik hissi gibi etkenler kişinin bu altkültüre itilişini kolaylaştırır. Kişi altkültürün bağımlılığı doğru ve haklı gösterebilen sapkın ortak amaç ve davranış kalıplarını benimser ve grupla olan bağını sürdürebilmek ve kabul görebilmek için grubun tüm özelliklerine ve beklentilerine boyun eğmeye başlar. Bu altkültür içinde geçen süre uzadıkça sonradan kazanılanlarla da birlikte bu özellikler gittikçe taşlaşır ve değişmesi, tedavi edilmesi çok zor bir durum haline gelir.

Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ortaya çıkartma özellikleri:

Bağımlılık yapıcı maddeler 11 ana sınıfa ayrılırlar. Alkol, amfetaminler, kafein, kannabis, kokain, fensiklidin (PCP), halüsinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, sedatif-hipnotik-anksiyolitikler, diğer bağımlılık yapabilecek maddelerin dışında bu 11 ana grubu oluştururlar. Bu maddelerden hangisinin insan yaşamına daha önce girdiği kesin olarak bilinmemektedir. Alkol, sedatif, hipnotik ve anksiyolitiklerle, kokain, amfetamin ve diğer sempatomimetikler benzer bağımlılık özellikleri gösterirler. Anestezikler, antikolinerjikler, antiparkinson ilaçlar, antikonvülzanlar, kortikosteroidler, antihipertansifler gibi ilaç ve birçok toksik madde grubuna da bağımlılık geliştirilebilmektedir. Çeşitli kültürler ve yerel bölgelerde de sayılamayacak kadar fazla madde, bağımlılık ya da kötüye kullanım derecesinde tüketilebilmektedir.

Beynimiz yaşamımızı sürdürebilmemiz için gerekli birçok alanı kapsar. Beyinsapı, beyincik, limbik sistem, diensefalon ve serebral korteks bunlardan bazılarıdır.

Haz duygusu, insanın hayatını sürdürme mücadelesinde en fazla güç aldığı duygulardan birisidir. Eğer insan kendisine haz veren bir şey yaparsa beyin bu eylemi tekrarlama ihtiyacını duyar. Yemek gibi hayatımızı sürdürebilmemiz için gerekli olan bir eylem, haz duyma ve bunu düzenleme konusunda özelleşmiş bir hücre grubunu beyinde etkin hale getirir. Bu sinir hücrelerinin önemli bir bölümü beyinsapının üst bölümü ventral tegmental alanda bulunur ve dopamin adlı nörotransmitteri kullanır. Dopamin barındıran bu hücreler haz konusundaki mesajları sinir lifleri ile limbik sistemdeki nükleus akkumbense aktarırlar. Bir başka lif grubu serebral korteksteki frontal alanla ilişki içindedir. Böylece mezolimbik dopamin sistemi olarak adlandırılan haz devresi frontal serebral korteks, emosyonel limbik sistem ve beyin sapı arasında uzanır.

Bağımlılık yapıcı tüm ilaçlar bu haz devresini etkin hale getirebilir. Madde bağımlılığı beynin diğer fonksiyonel alanlarının olduğu kadar haz merkezinin de değiştiği patolojik bir biyokimyasal süreçtir. Bu süreci anlayabilmek için maddelerin nörotransmisyon üzerine olan etkilerini incelemek gerekmektedir. Beyin üzerine etkili neredeyse tüm ilaç ve maddeler etkilerini nörotransmisyonu değiştirmek yoluyla yaparlar. LSD, esrar ve eroin gibi bazı maddeler etkilerini beynimizin doğal nörotansmitterlerini taklit ederek gösterirlerken, PCP gibi bazıları doğal nörotransmisyonu bloke ederek etki ortaya çıkartır. Kokain gibi bazı maddelerse nörotransmitterlerin salgılandıkları hücrelere geri alınmasını sağlayan moleküller üzerinde etki gösterirler. Son olarak metamfetamin gibileri de hücrelerden çok miktarda nörotransmitter salgılanmasını sağlarlar.

Uzun süre madde kullanımı beyinde belirgin ve uzun süreli değişikliklere neden olur. Uzun süren bu değişiklikler madde bağımlılığının temel patolojisini oluşturur.

Marijuana veya esrar, Cannabis bitkisinden elde edilir. En sık tüketilen maddelerden birisidir. Tetrahidrocannabinol (THC) olarak adlandırılan aktif madde beyindeki spesifik canniboid reseptörleri etkinleştirir. Bu reseptörler, hafıza, düşünce, konsantrasyon, koordine hareketler, zaman ve derinlik algısı ile ilgilidir. THC serebellumun normal fonksiyonlarında da sapmalara neden olur. Hipokampus çok sayıda canniboid reseptör içerdiğinden THC'nin bellek üzerine olan etkisi özellikle burada ortaya çıkar, yakın bellek çok daha fazla etkilenir. Kronik kullanımda belirgin bir bellek kusuru ortaya çıkar. Serebral kortekste dokunma, koku, duyma ve görme alanları üzerindeki etkisiyle belirgin algısal değişiklikler yapar.

Yıllarca beyindeki canniboid reseptörleri aktive eden endojen maddenin araştırılması sonucunda beyinde THC benzeri madde ayırt edilmiş ve araştırmacılar tarafından "Anandamid" olarak adlandırılmıştır. Sanskritce'de bu kelime cennet anlamındadır. Bu gelişme, anandamid ya da THC benzeri endojen

maddelerin beyinin normal işleyişinde ne gibi bir görevi olduğu sorusunu akla getirmektedir.

Araştırmacılar THC'nin kronik kullanımının limbik sistem üzerine olan etkilerinin kokain, eroin, alkol gibi maddelerin bu alanda yaptığı değişikliklere benzer olduğunu ortaya çıkartmışlardır.

Esrar, genellikle sigara olarak kullanır ve bu yolla maddenin %25'i vücuda girer. Hızla kana geçerek beyin ve yağ dokularına geçer. THC, ana aktif metaboliti 11-hidroksi-THC'ye dönüşür ve bu etken madde 50 saate varan bir yarılanma ömrüne sahiptir. Yağ dokulara olan dağılımının hızlılığı nedeniyle esrarın etkileri yarılanma ömrüne oranla kısadır ve yaklaşık üç saatlik bir davranışsal etki gösterir. Ancak idrarda akut psikolojik etkilerinin geçmesinden sonra da uzun süre bulunabilir. Küçük bir odada pasif içicilerin bile idrarında bulunabilir ve uzun süre kullanan insanların idrar tahlillerinde iki haftadan fazla pozitif kalır.

THC'ye bağlı ortaya çıkan en tipik psikolojik etki gevşeme ve öfori olarak gözlenen duygulanımdaki yükselme ve zamanın yavaşladığı hissidir. Apati, pasiflik, karar verme yeteneğinde ve yargılamada bozulma, koordine hareketlerde yavaşlama ve bozulma gözlenir. Özellikle ilk kullananlarda daha fazla olmak kaydıyla, akut bir anksiyete ya da panik tablosu, paranoid reaksiyonlar gözlenebilir. Entoksikasyona bağlı deliryum gelişebilir. Depersonalizasyon-derealizasyon ve uzun süre kullananlarda "kötü yolculuk" (bad trip) olarak adlandırılan zihinsel yan etkiler çıkabilir. Genellikle diğer maddelerle birlikte de kullanılabildiği için bunlarla ilgili davranışsal belirtiler de gözlenebilir.

En önemli entoksikasyon belirtilerinden biri konjuktivalarda kızarmadır. Kronik olarak fazla miktarda kullanımlarda inatçı öksürük, amfizem, pulmoner displazi, sinüzit, bronşit gibi solunum yolu rahatsızlıkları gözlenebilir. Esrar kullanımı kalp hızını arttırabilir ve koroner arter hastalarında anjina ortaya çıkmasına neden olabilir.

Fensiklidin (PCP) klinik tıbba 1950'lerde bir anestezik madde olarak girmiştir. 1960'larda kötüye kullanımı başladığında anestezik madde olarak kullanımı oluşturduğu deliryum vakaları yüzünden kaldırılmıştı. 1970'lerde sigara biçiminde kullanılmaya başlandı. Özellikle NMDA reseptörlerini antagonize ederek ve bunun yanı sıra diğer nörotransmitterlerin gerialımını engelleyerek etki gösterir. Ülkemizde kullanımına çok nadiren rastlanan bir maddedir.

Amfetamin türevleri arasında beyin üzerinde en fazla etkisi olan metamfetamindir. Kimyasal olarak dopamine ve norepinefrine benzeyen yönleri olan bir moleküldür. Etkisi, beynin çeşitli bölgelerinde dopamin ve norepinefrinin sinaps aralığına bol miktarda salınmasıyla ortaya çıkar. Dopaminin hücreler arasına fazla miktarda salınmasıyla neşe ve hoşnutluk, norepinefrinin fazla salınmasıyla uyanıklık ve yorgunluk giderici etkiler ortaya çıkar.

Ayrıca amfetamin kullanımı sonrasında ortaya duygulanımda küntlük, gerginlik, öfke, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, yargılama bozuklukları, hezeyan ve halüsinasyonlar gibi ruhsal ve davranışsal belirtiler çıkabilir. Kalp hızında artma ya da azalma, kan basıncı değişiklikleri, göz bebeklerinde büyüme, bulantı kusma, kilo kaybı, terleme, titreme, kas zayıflığı, solunum problemleri, şaşkınlık, kovülziyon, koma oluşturabilir. Beyin ödemi ve kanamasına neden olabilir.

Amfetaminlerin yoksunluğunda ise duygulanımda huzursuzluk, yorgunluk, gerçeği anımsatan rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk ya da aşırı uyku, iştah artması ortaya çıkabilir. Ayrıca bu maddenin kulanımına bağlı olarak psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, cinsel işlev ve uyku bozuklukları gözlenebilmektedir.

Kokain, koka bitkisinden doğal olarak oluşan bir maddedir. Değişik saflık düzeyleri ve etkileri vardır. Beyin ve omurilik aktivitelerini hızlandırıcı etkisini, dopaminin sinir hücresinden salındıktan sonra geri alınmasını engelleyip hücre aralığında artmasını sağlayarak etki gösterir. Kronik kullanımda, kokain merkezi sinir sistemi hücrelerinde dopamin taşınmasıyla ilgili değişikliklere neden olur ve bu değişiklikler bağımlılık gelişiminde önemli rol oynar. Dopaminin hücreler arasında fazla miktarda bulunmasıyla neşe ve hoşnutluk duyguları ortaya çıkar.

Neşe artışı, uyanıklık yanında, kokain kullanımı sonrasında, duygulanımda küntlük, gerginlik, öfke, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, yargılama bozuklukları, hezeyan ve halüsinasyonlar gibi ruhsal ve davranışsal belirtiler ortaya çıkarken, kalp hızında artma ya da azalma, kan basıncı değişiklikleri, göz bebeklerinde büyüme, bulantı kusma, kilo kaybı, terleme, titreme, kas zayıflığı, solunum problemleri, şaşkınlık, konvülziyon, koma ortaya çıkabilir. Göğüs ağrısı ve kalp krizi olasılığında artma gözlenir.

Kokainin yoksunluğunda ise duygulanımda huzursuzluk, depresyon, intihar düşünceleri, yorgunluk, canlı, rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk ya da aşırı uyku, iştah artması ortaya çıkabilir. Ayrıca bu maddenin kullanımına bağlı olarak deliryum, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, cinsel işlev ve uyku bozuklukları gözlenebilmektedir.

Eroin, morfin, kodein, metadon en sık karşılaşılan opiyat türevlerdir. Organik, yarı sentetik ve sentetik olarak da sınıflandırılabilirler. Eroin dışındakiler tıpta, kısıtlı ve kesinlikle hekim kontrolü altında kullanılır. Kuvvetli ağrı giderici özellikleri vardır. Beyinde opiyat reseptörlerini aktive ederek etki gösterirler. İnsan beyni opiyat reseptörlerini aktive etmek üzere endorfin olarak adlandırılan nörotransmitteri üretir. Keyif verici ve ağrı kesici özelliği, kötüye kullanılmasındaki en önemli iki etkendir. Opiyatlar tedavi amacıyla uygun dozlarda kullanıldıklarında bağımlılık yapıcı etkileri çok azken, hekim tavsiyesi dışında yüksek dozlarda ya da yasa dışı üretilen tipleri kullanıldığında ciddi bağımlılık yapıcı özellikleri vardır. Eroin yasa dışı üretilen ve pazarlanan bu maddelerin başında gelir ve halen ülkemiz için de gittikçe büyüyen bir sorun halindedir.

Entoksikasyonunda öfori ve sonrasında gelişen apati, psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu, dikkat eksikliği, sersemlik gibi psikolojik ve davranışsal etkilerinin yanında pupillar dilatasyon, solunumun yavaşlaması gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Yoksunluk belirtileri ortaya çıkış süresi, opiyat kullanımının zamanı ve miktarına göre değişse de genelde iki saat ile 12 saat arasındadır. Bu dönem yoğun sıkıntı hissi, dayanılması zor kas ve eklem ağrıları, esneme, ateş, pupillar dilatasyon, uykusuzluk, bulantı, kusma ve diyare, piloereksiyon, lakrimasyonla karakterizedir. Bağımlı ağır, dayanılması zor bir yoksunluk dönemi geçirir ki çoğu bu dönem bitmeden tekrar madde kullanarak rahatsızlıktan kurtulmaya çalışır. Öyle ki, bu altkültürde yoksunluktan kurtulmak için madde kullanma eylemi "tedavi olma" şeklinde anılır. Kişi bu dönemde çok kolaylıkla suç işleyebilir ya da maddeyi elde etmek için her şeyi yapabilir.

Ucuz ve kolay erişilebilir olmaları nedeniyle uçucu maddelerin kullanımı özellikle düşük sosyoekonomik yapıdaki genç kitle içinde gittikçe artan bir kabul görmektedir. Benzin, çeşitli yapıştırıcılar, tiner en çok tercih edilenlerdendir.

Entoksikasyonu öfori, işitsel, görsel ya da dokunsal halüsinasyonlara, saldırganlık eğiliminde artmaya, apati, yargılama bozukluklarına, neden olabilir. Yaygın kas zayıflığı, görme bulanıklığı, nistagmus, sersemlik, letarji gibi belirtiler tabloya eşlik edebilir. Bilinen bir yoksunluk dönemi yaşanmasa da bağımlı kişide sık sık yoğun istek uyandırır ve bu nedenle mükerrer kullanımlar devam eder. Ülkemizde kullanımı en yaygın olan maddelerden birisidir.

Halüsinojen maddelerin kullanımı ülkemizde diğer maddelere göre daha nadir görülmesine karşın son yılarda artış gösterme eğilimindedir. LSD bu maddelerin başında gelir.

Sedatif-anksiyolitik-hipnotik ilaçlar grubu da gerek sokakta satışı, gerek hekim tavsiyesinin dışında kullanımlarıyla bağımlılık dünyasına girmişlerdir. Özellikle benzodiyazepin türevleri ve barbitüratlar en sık kötüye kullanılan ilaçlardır. Entoksikasyonlarında saldırgan ve uygunsuz davranışlar, yargılama bozukluğu, duygudurum oynamaları, dikkat ve bellek bozukluğu, koordinasyon bozukluğu, nistagmus gözlenebilir. Yüksek doz kullanımında stupor, koma ve ölüm gelişebilir. Yoksunlukları alkol yoksunluğuna benzer, otonomik hiperaktivite, ellerde titreme, uykusuzluk, bulantı, kusma, halüsinasyonlar, anksiyete, grand mal konvülziyonlar gözlenebilir.

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi ve tedavide karşılaşılan zorluklar:

Madde bağımlılığı tedavisi, bağımlının kullandığı maddeye, kullanım süresine, kişisel özelliklere, oluşabilen komplike durumlara göre değişiklik gösterir. Tedavi ortamının seçiminde bu konuda özelleşmiş belirli bir tedavi programı olan tedavi birimleri tercih edilmelidir. Biyopsikososyal temelleri olan ve bazen yaşam boyu sürecek bir hastalık olan madde bağımlılığı gerçekliği üzerine oturtulmuş bir tedavi programı seçilmelidir. Bu program, hastanın yoksunluk ve sonrasında devam eden maddesiz yaşamına yönelik ilaç tedavilerini ve psikososyal bir iyileştirme programını kapsamalıdır.

Madde bağımlılarının psikososyal tedavisinde temel amaç bağımlı kişiyi yeniden topluma kazandırmadır. Bu tedavide, sıralama olarak kişinin maddeden arınması, bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle yitirdiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir.

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi kısa ve uzun süreli olmak üzere iki aşamada gerçekleşir. Kısa süreli ya da ilk basamak tedavisinde entoksikasyonla mücadele ya da arındırma tedavileri uygulanır. Her maddenin özelliğine göre tedavi şeklinde değişiklikler olabilir. Entoksikasyon tedavisinde birincil amaç hastanın yüksek miktardaki maddenin öldürücü etkilerinden kurtulmasını sağlamak ve daha sonra da ortaya çıkan yoksunluk tablosunun getirdiklerini tedavi etmektir. Bu amaçla maddelere özel antagonist ilaçlar kullanılabilir, çeşitli organ fonksiyonlarında ortaya çıkan yetmezliklerin düzeltilmesine çalışılır. Yoksunluk tedavisi bir maddenin kullanımının kesilmesi sonrasında ortaya çıkan ve her maddeye göre değişebilen belirtilerin denetim altına alınması ve giderilmesi amacıyla yapılır.

Madde zehirlenmeleri sırasında maddenin tipine göre değişmekle birlikte dolaşım, sindirim, solunum ve merkezi sinir sistemlerine yönelik ölümcül sorunlarla karşılaşılabilir. Bu yönde semptomatik tedavi tercih edilir. Hasta yoğun bakım şartlarında tedavi altına alınır. Maddenin vücuda emiliminin engellenmesi ve vücuttan atılımının sağlanmasına çalışılır. Solunum ve dolaşım yeterli bir şekilde desteklenir. Vücut ısısı, kalp ve dolaşım sistemi bozuklukları, sıvı ve elektrolit dengesi, epileptik nöbetler, kendisine ve çevresine zarar verici davranış bozuklukları kontrol altında tutulur. Bazı maddelerin zehirlenmelerinde antagonist maddeler kullanılabilir. Benzodiyazepin zehirlenmelerinde flumazenil, opiyat zehirlenmelerinde naloksan uygulanabilir.

Arındırma ya da yoksunluk dönemi tedavilerinde, hastanın genel durumuna göre yapılması gerekli tedavi dışında, çeşitli ruhsal belirti, bulgu ve yakınmalara göre özellikle yatıştırıcı türde psikotrop ilaçlar kullanılır. Hastanın uyku düzeni sağlanmaya çalışılır. Maddenin özelliğine göre özellikle sedatif ve hipnotik yoksunluklarında antiepileptik tedavi uygulanır. Sıvı ve elektrolit dengesi kontrol altında tutulur.

İlk basamağı oluşturan bu tedavi döneminden sonra hastanın uzun süreli tedavisine geçilir. İlaç tedavisinin yanında hastanın gelecekteki yaşamını planlama ve yeniden yapılandırmaya, başa çıkma yöntemlerini geliştirmeye yönelik psikososyal tedavi uygulanır. Amaç, bazen yaşam boyu devam eden bu rahatsızlığın nüksünü engellemek, eğer tekrarlarsa nükslerin sayısını ve şiddetini azaltmak, hastanın tedavi ortamından, destek alma sürecinden kopmamasını sağlamaktır.

Bağımlının kişilik özellikleri göz önüne alınarak tedavi yaklaşımının bireysel özelliklere göre biçimlendirilmesini sağlamak gerekebilmektedir. Bireysel tedavi yöntemleri yanında grup tedavilerinden de yararlanılmalı fakat grubun madde kullanımını devam ettiren bir altkültüre dönüşmesinin de engellenmesi gerekmektedir. Aile ve yakın çevreye bu rahatsızlığın gerçekleriyle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

Uzun süreli ilaç tedavisi genelde antagonist tedavi, yerine koyma tedavisi, kişinin psişik durumuna göre değişen psikotrop ilaç kullanımından ibarettir. Bu tür maddeleri kullanan kişilerin herhangi bir süreci disiplinli bir şekilde devam ettirmeleri zordur. Tedavi sürecinde kopmalar ya da düzensizlikler sıklıkla yaşanır. Hasta, kendisini madde kullanımından uzak tutacak bir ilaç tedavisini devam ettirmekte ya da içinde yaşamaya alıştığı altkültürden kopmakta güçlükler yaşayabilir ve nüks ihtimali artar. Bağımlının tedavisi ne kadar erken yaşta başlatılır ve içine girdiği altkültürden ne kadar kopartılırsa, bir tedavi disiplini içine ne kadar sokulabilirse ve yeni sosyal çevresinde bir kimlik kazanması ne kadar sağlanırsa iyileşme süreci o kadar kolaylaşır.

Günümüzde alkol dışındaki maddeler içinde tedavileri üzerine en çok yoğunlaşılan ve özel tedavi yöntemleri araştırılan madde opiyat türevleridir. Opiyat türevleri özellikle eroin, dünyada çok büyük bir yasa dışı ticarete konu olmuştur. Polisiye yöntemlerle tamamı ile önlenmesi mümkün değildir. Eroin bağımlılığının tedavisinde günümüzde kabul edilen tedavi şekilleri yerine koyma ya da antagonist madde kullanma ve bireysel ya da grup terapileridir. Yerine koyma tedavisinde en sıklıkla kullanılan metadon ve daha yeni olarak kullanıma giren L-alfa asetil metadol (LAAM) ve parsiyel opiyat agonisti olan buprenorfindir. Bu tedavi şekli devlet sağlık politikasının bir parçası olmalı ve çok sıkı kurallar ve denetim altında uygulanmalıdır. Bu türde agonist ilaçlarla tedaviye detoksifikasyon sırasında başlanır ve doz azaltımı ile devam ettirilir. Tedavi süreci içinde bu ilaçlar da kötüye kullanılabilmektedir. Amaç agonist ilaçların kontrollü bir şekilde, günlük dozların sadece görevlilerce verilerek, hastanın psişik ve sosyal uyumu sağlanana kadar kullanılması ve sonrasında kesilmesidir. Antagonist ilaçların kullanımı ya da nüks önleme tedavisinde en sık kul-

lanılan madde naltrekson, özellikle son yıllarda geliştirilen uygulama şekilleriyle gittikçe daha fazla kabul görebilmektedir. Bu iki tedavi şekli ardışık olarak da kullanılabilirken agonist madde kullanılmadan başlayan arındırma genellikle maddenin kesilmesinden sonraki beşinci gün içinde antagonist madde kullanılmasıyla hızlandırılarak devam ettirilmektedir. Kliniğimizin tedavi prensibi içinde kabul ettiği antagonist madde kullanımıyla daha uzun iyileşme dönemlerine ulaşılabilmektedir. Deri altı implantasyon yöntemi ile de kullanılabilen naltrekson uygulamalarında bir yıllık tam iyileşme %47 gibi yüksek bir orana varabilmektedir.

İlaç tedavisi her ne şekilde seçilirse seçilsin nüks ihtimali çok yüksek olan bu rahatsızlıkta hastanın sosyal iyileşmesini sağlayacak bir çalışmanın paralel olarak yürütülmesi ve ruhsal iyileşmeye önem verilmesi yanısıra aileye de sosyal ve psikiyatrik yardım sağlanması gerekmektedir.

Öncelikle gerekli olan, bağımlılık yapıcı maddelerin her zaman varolduğu ve olacağı, yeni maddelerin de bu gruba katılabileceğidir. Bu sorunun herhangi bir hastanın kişisel sorunu olmaktan çok toplumsal bir sorun olduğu kabul edilmeli ve bu konuda kurumlaşmaya gidilmelidir. Madde bağımlılığı sorunu siyasi partilerin programlarına girebilmelidir. Özellikle 1980'li yıllardan sonra ülkemiz için de çok önemli bir sorun haline gelen madde kullanımı için uluslararası işbirliği sağlanarak , bu maddelerin yasa dışı ticareti en alt düzeye indirilmeye çalışılmalıdır. Eğitim tedbirleri alınmalı, hastalığın tedavisindeki en etkin yolun, madde kullanımına başlamayı önlemek ve koruyucu hekimlik olduğu kabul edilmelidir. Ruhsal durumu değiştiren herhangi bir maddenin tedavi dışı kullanımı hiçbir zaman normal kabul edilmemeli, uçucu maddeler, sigara ve alkol de dahil olmak üzere özellikle gençler korunmalıdır. Psikoaktif madde kullanımının, sadece toplum dışı bir davranış, ahlaksızlık, edepsizlik olarak görülmesinden vazgeçilmeli, ileride kimin böyle bir sorunla karşılaşıp karşılaşmayacağının önceden bilinemeyeceği kabul edilmelidir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. American Psyhiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III), American Psyhiatric Association.
2. American Psyhiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM IV), American Psyhiatric Association.
3. Miller NS (1997) Addictions in Psychiatry. W.B Saunders Company.
4. Mind Over Matter (1998) Marijuana Series, National Institute on Drug Abuse.
5. Özden SY (1992) Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitabevleri.
6. Özcan K (1998) Bağımlılık. Altın Kitaplar Yayınevi.
7. Smart RG (1997) The reflection on the Epidemiology of Heroin and Narcotic Addiction from the Treatment Data. National Institute on Drug Abuse Monograph Series, 16:147-177.
8. Şatır T, Pektaş Ö (1999) Naltrexone Implantation Treatment on Patients With Heroin Dependence. A Two Day International Symposium Rapid Opiate Detoxification under Anesthesia or Sedation and Post-Detox Management Using Naltrexone.