

Madde Bağımlılığı ve Eczacının Madde Bağımlılığının Onlenmesindeki Rolü

Oturum Başkanları:

Prof.Dr. Aysel GURSOY

Ecz. Nükhet TARTAN

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Aysel Gürsoy)

- Sayın meslektaşlarım; 8. Türkiye Eczacılık Kongresi'ne hoş geldiniz.

Bugünkü oturumda Sayın Prof. Dr. Tayfun Uzbay bir konuşma yapacak. Çok kısa olarak Tayfun Özbay'ın özgeçmişinden söz edersek, 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirdi, benim de öğrencim, yani gurur duyduğumuz bir öğrencimiz. 1985 ve 1992 yıllarında GATATıp Fakültesi Farmakoloji Ana Bilim Dalı'nda master ve doktora unvanlarını aldı, 1995'te doçent, 2002 yılında profesör oldu ve 2002 yılından beri de Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Farmakoloji Ana Bilim Dalı Başkanı. Bu arada, çok başarılı bir bilim adamı, Kuzey Texas Üniversitesi'nde bir yıl çalışmalar yaptı, İtalya'da çalışmalar yaptı. Bugün vereceği konferansla ilgili olarak da Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Bilimsel Komisyonu'nun da üyesi. Yapacağı sunu, madde bağımlılığı ve eczacının madde bağımlılığının onlenmesindeki rolüyle bağıntılı antidepresan ilaçların rasyonel kullanım ilkeleri.

Buyurun.

Prof. Dr. TAYFUN UZBAY

GATA Tıp Fakültesi
Farmakoloji Ana Bilim Dalı Başkanı

"Antidepresan İlaçların Rasyonel Kullanım İlkeleri?"

Değerli hocalarım, değerli meslektaşlarım; iki konuşmam peş peşe olacak, umarım sizi sıkmadan bunu hayırlısıyla verimli bir toplantı şeklinde bitirebiliriz, ilk konuşmam, madde bağımlılığı ve eczacının buradaki rolüyle ilgili ve ben madde bağımlılığına alışılmışın biraz dışında farklı bir açıdan bakmaya çalışacağım. Madde bağımlılığının tanımıyla isterseniz konuya başlayalım. Karmaşık gibi görünen uzun bir tanım, ama çok geçerli bir tanım: Madde bağımlılığı dediğimiz zaman, ilaç niteliğine sahip bir maddenin santral sinir sistemini etkilemesinden kaynaklanan ve bu maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak ya da yokluğunda ortaya çıkabilecek huzursuzluktan korunmak için maddeyi devamlı veya periyodik olarak alma arzusu ve bunun yanı sıra ortaya çıkan birtakım psikik, psikolojik, ruhsal birtakım sorunlarla karakterize bir durum. Ancak bu tanımda renkli yazılmış olan ya da altı çizili olan bölgeler çok önemli. Özellikle bağımlılık yapan maddelerin ilaç niteliğine sahip bir madde olması dolayısıyla ve eczacılığı da ilaç sanatı ve ilaç bilimi olarak düşünürsek, eczacıyı kesinlikle bu işin dışında tutamayacağımız, daha tanımdan ortaya çıkmakta.

Bana göre bugün bilimsel olarak geldiğimiz noktada bu çok geçerli bir slayt değil. Ancak klasik textbook'larda, klasik kaynaklarda hep bağımlılık tiplerinden bahsedilir. Artık klişeleşmiştir; morfin tipi bağımlılık, alkol tipi bağımlılık diye gider, uzar. Burada bağımlılık yapan birtakım maddeler var. Bu listede gördüğünüz maddelerin hepsinin bağımlılık yaptığı aşikâr, kesin olmakla birlikte, artık belli bir tip bağımlılık yerine, total bir bağımlılıktan söz etmek çok daha doğru. Bunun nedenlerini biraz sonra göreceğiz. Bu listeye son zamanlarda kafeini de sokmaya çalışıyorlar. Henüz net olarak girmemiş olmakla beraber, kafein tipi bir bağımlılık da tanımlanmış durumda. Ama böyle bağımlılığı çeşitli tipler altında incelemek yerine, genel bir bağımlılık fenomenine, genel bir yaklaşıma, bütünsel bir yaklaşıma sahip olmak çok daha doğru. Hatta günümüzde artık madde bağımlılığını geçtik, daha farklı bağımlılık tipleri de var,

mesela kumar bağımlılığı gibi, Internet bağımlılığı gibi, seks bağımlılığı gibi. Hepsini topladığımız zaman, biraz sonra göreceğiz, tüm bu bağımlılık tipleri, aslında beyinde belli bir merkezden idare ediliyor.

Madde bağımlılığına tekrar geri dönersek, madde bağımlısı olma riskini arttıran çeşitli faktörler var. Bu faktörleri izninizle kısaca birlikte bir irdeleyelim. Bir kere madde bağımlısı olmada en büyük risk faktörü, gençlik ve gençliğin özellikle ergenlik dönemi. Yani her ergen, bağımlı olmak bakımından doğal bir risk altında ve en çok bu maddelerin denendiği ve bağımlılığın en sık olduğu yaş grubu, ergenlik dönemi yaş grubu. İkincisi çok önemli, analitik düşüncenin ve bilimin özendirilmemesi, yani daha kalıplaşmış kafayla düşünen, analitik düşünmeyen, sebep-sonuç ilişkisini araştırmayan, analize dayalı bir ifadeye sahip olmayan, ezberci bir eğitim sisteminin uygulandığı bölgelerde ya da uygulandığı örneklerde bağımlılık olguları da diğer birtakım sıkıntılarla birlikte ortaya çıkabiliyor.

Dün Sayın Başkan, açılış konuşmasının son bölümünde çok önemli bir mesaj verdi, sevgiden bahsetti. Sevgi eksikliği, sevginin yeterince ifade edilememesi, sevginin paylaşılabilmesi, yine bağımlılıkta bir risk faktörü. Spor, sanat, yararlı hobiler ve sosyal faaliyetlerin özendirilmemesi, gelecek endişesi, diğer önemli faktörler arasında. Bir önemli faktör de maddi bağımlılığı konusunda eğitim eksikliği. Bunu konuşmamızın ilerleyen bölümlerinde biraz daha ayrıntılı ele alacağız. Bizim ülkemiz açısından düşünürsek, aslında madde bağımlılığıyla ilgili bir eğitim yok değil, eğitim var gibi görünüyor, ama acaba doğru yerde, doğru zamanda, doğru kişiler tarafından doğru ele alınan bir eğitim mi, onu belki tartışmak gerekebilir.

Yine aile, okul ve sosyal çevrenin aşırı baskıcı tutumu nedeniyle kendini ifade etmekte güçlük yaşama. İşte bu, kendini ifade etmekte güçlüğü yaşayan bir ergense, o zaman risk daha da katlanarak artıyor. Yine kendisi ve yaşadığı sosyal çevreyle çeşitli nedenlerle sağlıklı iletişim kuramama da bağımlılık riskini arttıran faktörler arasında.

"Peki, kime bağımlı diyeceğiz?" sorusunun cevabını bu slaytta verebiliyoruz. Burada sıralanmış birtakım özellikler var, birtakım belirtiler var. Eğer bir kişi, şu slaytta sıralanmış olduğum belirtilerin en az 3 tanesini yinelenerek sergiliyorsa, o kişiye bilimsel ölçütler çerçevesinde bağımlı diyebiliyoruz. Örneğin tolerans gelişmesi, kullanılan maddenin etkisine tolerans gelişmesi ve buna bağlı olarak dozun artırılma ihtiyacı hissedilmesi, alınmadığı zaman yoksunluk sendromu belirtilerinin, yoksunluk krizi belirtilerinin ortaya çıkması ve madde alındığında bu sıkıntıların ortadan kalkması. Yine maddeyi alış sıklığının ve alınan madde miktarının tolerans gelişimine bağlı olarak abartılı ölçüde artması. Bırakmaya yönelik başarısız girişimler olması; bunu sigara bağımlısı kişiler -herhalde içimizde çok fazladır- iyi bilirler. Gerçi sigara içenler, kendilerini bağımlı olarak nitelemezler, ama sigarayla savaşımında hep şeyi kullanırlar, "sigara kanser yapar, akciğerler şöyle olur, böyle olur." Çocuklara da liselerde falan "sigara içmeden önceki akciğer, sigara içtikten sonraki akciğer" filan gibi birtakım fotoğraflar gösterilir. Bunların eğitimde hiçbir işe yaramadığı, caydırıcı olmadığı, bilimsel olarak kanıtlanmış durumda. Nikotin, bağımlılık yapan bir maddedir ve siz sigarayla savaşmak istiyorsanız, sigaranın bağımlılık yapıcı yönünü ön

plana çıkartmak durumundasınız ve bunu bırakmaya yönelik başarısız girişimler, en fazla sigara içenlerde olur. "Ben istediğim zaman bırakırım" der, bırakır, 3-4 ay sonra duyarlılaşma gelişmesine bağlı olarak bıraktığı noktadan daha yüksek bir tüketimle tekrar geriye döner.

Yine bağımlı olan kişilerde stoklama faaliyetleri görebiliyoruz. Sosyal ve rutin aktivitelerin giderek azalması ve zaman içerisinde, ki bu kullanılan maddeler, tanımı hatırlayın, ilaç niteliğinde olacaktır. İlaç dediğimiz materyal, hepimizin bildiği gibi, bir etkili madde içeren ve o etkili maddenin faydası olduğu kadar, doza bağlı olarak zararlı etkileri de olabilen, yan etkileri de olabilen kimyasallar içeriyor bunlar ve zaman içerisinde özellikle atılım organlarında ciddi sorunlar ortaya çıkabiliyor.

Bağımlılık yapan maddelerin etkilediği hedef organ beyindir. Birinci tanımda hatırlayın, ikinci renkli, altı çizili olarak yazdığımız yer, santral sinir sistemiydi. Bu maddelerin hepsinin ortak hedefi beyindir, beyin üzerinden bizi etkilerler. Ancak bu maddelerin beyin hangi bölgelerini ve merkezlerini etkileyerek bağımlılık oluşturdukları, maalesef bugünkü bilimsel zeminde net olarak ortaya konabilmiş değildir. Çünkü açılış konuşmasındaki sayın konuşmacı, gerçekten nefis bir sunum yaptı, izleyenlerin varsa, ben çok keyif aldım, ama 21. yüzyılda, şu anda soru işareti olan şeyler arasında belki en başa konulması gereken şeylerden bir tanesi bu. Biraz sonra göreceğiz yine, madde bağımlılığı, aynı zamanda küresel terörü, küresel sevgiyi, küresel iletişimi ciddi şekilde etkileyen ve maddi kaynaklarıyla terörizmi ve diğer tüm kötülükleri destekleyen bir unsur olarak karşımıza çıkıyor. Sonuç olarak bilimsel baktığımızda, bağımlılığın mekanizmasıyla ilgili bilimsel veriler oldukça kısıtlı.

Peki, bunun oluşumuna katkı sağlayan faktörler ne? Buna baktığımız zaman, karşımıza şöyle bir tablo çıkıyor: Yani madde bağımlılığıyla bilimsel zeminde uğraşan bilimcilerin işi gerçekten zor, karşınızda çok büyük bir puzzle var, bu puzzle'da tamamlanmış birtakım parçalar var, tamamlanmamış çok parça var. Ancak puzzle'a her bir taş koyduğumuz zaman, çıkan resmin şekli de değişiklik gösterebiliyor. Bugün bulunduğumuz noktada aslında bağımlılık dediğimiz şeyin eğer konu madde bağımlılığı ise bir ilaç arayışı davranışı olduğunu görüyoruz. İnternet bağımlılığıysa, İnternet arayışı davranışıyla karakterize, kumar bağımlılığıysa kumarhane arayışı davranışıyla karakterize, seks bağımlılığıysa partner arayışıyla karakterize, ama aşırılışmış şekilde karşımıza çıkıyor.

Sadece madde arayışı ya da bağımlı olan şeyin arayışı davranışına baktığımız zaman, bunu şuradaki çok geniş bir alanın etkilediğini görüyoruz. Burada nöronal mekanizmalar var. Nöronal mekanizmalara girdiğiniz zaman, bir sürü nörotransmitter var ve her gün yenisi ekleniyor. Ben bu işe ilk başladığımda şuraya kadardı, katalaminler vardı, glutamat, gaba. Ben başladıktan sonra, doktoramı yaptıktan sonra bunlar eklendi. Daha fazla eklenecek olanlar da belki var. Bakın, bağımlılık, eskiden fiziksel ve psişik diye nitelendirilirdi, böyle bir tanım vardı. "Efendim, bazı şeyler psişik bağımlılık yapıyor, yani psikolojik bağımlılık yapıyor, o kadar önemli değil" denirdi. Şimdi bu görüş terk edildi. Fiziksel bağımlılığın ölçüsü neydi; yoksunluk sendromu. Bugün yoksunluk sendromundan korunma, sadece davranışsal mekanizmalara katkı bulunan bir unsur olarak karşımıza çıkıyor. Bağımlılık çok daha

büyük bir olgu, çok daha geniş değerlendirilmesi gereken bir olay.

Bütün bağımlılık yapan maddelerin bazı ortak özellikleri var. Bir kere bunların hepsi keyif verici. Kim ne derse desin, insanlar buna keyif verici özelliklerini hissetmek amacıyla başlıyorlar veya deniyorlar. Ancak bu keyif vericiliğe hızlı bir tolerans gelişimi söz konusu, böyle de bir sıkıntımız var. Yani aynı keyfi almak için dozu arttırma zorunluluğumuz ortaya çıkıyor. Dozu arttırdıkça da en basitinden itrah organlarımızı zorlamaya başlıyoruz.

Duyarlılaşma gelişimi, son yıllarda ortaya atılan bir kavram, ama yanına soru işareti koydum, çok tartışmalı bir kavram. Bunun ayrıntılarına girmeyeceğim, belki tek başına bir konferans konusu olabilir. Yine hepsinde madde arayışı davranışı oluşuyor; yoksunluk krizi gelişimi opioitte de oluyor, kokainde de oluyor. Ancak bundan daha 5-6 yıl öncesine kadar uluslararası toplantılarda da, bilimsel toplantılarda da, her çeşit bilimsel toplantıda şu deniliyordu: "Bir grup madde var ki, bunlar şiddetli fiziksel bağımlılık yapar, kesildiği zaman yoksunluk krizi oluşturur, örneğin opioitler. Bunlar çok tehlikelidir, ama mesela kokain biraz daha yumuşak bir maddedir; çünkü fiziksel bağımlılık yapmaz." Tabii şu göz ardı edildi: Morfinin, kokaine göre alana girişi çok daha eski, morfinle ilgili bilgilerimiz çok daha fazla. Ama kokain, bağımlılık amacıyla kötüye kullanılmaya başlanması, daha yeni bir olgu ve bilgiler birikiyor, bilgiler biriktikçe, en az opioitler kadar, morfin kadar tehlikeli olduğu görülüyor. Bunlarda da yoksunluk krizi geliyor, ama belki bir opioitler kadar hızlı veya opioitler kadar şiddetli olmayabilir, ama mutlaka geliyor. İkincil hastalıklar mutlaka ortaya çıkıyor ve bu ikincil hastalıklar, en fazla itrah organlarında ortaya çıkıyor; karaciğer, böbrek ve kardiyovasküler sistem, en çok etkilenen bölgeler. Bunun dışında, hepimiz biliyorsunuz, HIV virüsü ve AIDS önemli bir problem olarak karşımıza çıkıyor. Tümü yasaktır aslında ve bu maddelere toplumsal tepki de söz konusudur.

Bakın, keyif alıcılık dedik; keyif almayla ilgili beyinde medyal ön beyin demeti dediğimiz, Traktus Solitarius dediğimiz bir çekirdekten başlayarak kortekse projeksiyonlar yapan ve içinde noradrenajik ve dopaminarjik lifleri içeren bir yolak söz konusu. Dopaminarjik yolağa baktığımız zaman da mezokortikal yolak ve mezolimbik yolak var. Bu mezolimbik ve mezokortikal yolak, ikisi birden mezokortikolimbik yolak adını da alıyor ve bu bölgenin uyarılması haz veriyor, yani haz verici bir özelliğe sahip. Ancak şu noktaya çok dikkatinizi çekmek istiyorum: Bu bölgeyi opioitle uyarabildiğiniz gibi, bu bölgeyi tuttuğunuz takım gol attığı sırada aldığınız keyifle de uyarabliyorsunuz. Hatta Rus bilim adamları 90ların başında biraz ileri gittiler, "biz bağımlılığın çaresini bulduk" dediler. Yaptıkları iş, mezolimbik bölgeyi dağıtmaktı, dejenere etmekte. Evet, dejenere olan insanlar alkol bağımlılığını bıraktılar. Rusya'da alkol bağımlılığı votka üzerinden çok ciddi bir problem, ama bu insanların tüm keyif alacak aktivitelerden uzaklaştığı, cinselliği terk ettiği, keyif alınabilecek bütün aktiviteleri bıraktığı, zamanla bir ot gibi yaşamaya başladıkları ve ağır depresyona girdikleri görüldü. Aslında bu tür çalışmalara etik kurullardan onay da verilmez. Ancak Rusya, yapısı itibarıyla bu çalışmalarını gerçekleştirebildi.

Tabii bu size göstermiş olduğum bölge, eğer çikolatadan hoşlanıyorsanız çikolata yerken de uyarılıyor. Kumardan hoşlanıyorsanız, kazanmayı seviyorsanız, zar atarken veya elinize iyi bir kâğıt geldiği zaman da çok

uyarılıyor, seks yaparken de uyarılıyor, hep aynı bölge sorumlu. Yoksunluk sendromu belirtileri önemli, eczacı açısından da önemli, çok geniş bir alanda görüyoruz yoksunluk sendromu belirtilerini. Terlemeden uyku bozukluğuna, bulantı ve kusmadan epilepsi nöbetlerine kadar tek tek çeşitli hastalıklarda karşımıza çıkan birtakım sıkıntılar, yoksunluk sendromunda da ortaya çıkıyor. Ancak bir tabloyu yoksunluk krizi kabul edebilmemiz için, yoksunluk belirtilerinin maddenin belli bir süre kullanımı sonrası aniden kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkması, ortaya çıkan semptomların şiddetinin günlük faaliyetleri kısıtlayacak seviyede olması ve yine belirtilerin başka bir tıbbi problemle ilişkili olmaması gerekmektedir. Bu, acil servislerdeki hekimler kadar eczane eczacıları tarafından da bilinmesi gereken bir konudur diye düşünüyorum. Çünkü ülkemizin yapısı itibarıyla eczacıların acil servisteki hekimlerden çok daha fazla sayıda bağımlıyla haşır neşir oldukları inancındayım, böyle bir inancım var ve bu inancımın bilimsel bir zemini olduğunu da tahmin edebiliyorum.

Peki, madde bağımlılığının ilaçla kökten tedavisi mümkün mü? Televizyon programlarında falan madde bağımlılığı çok konuşuluyor. Bu konu, madde bağımlılığını duydu mu, hemen mutfaktaki birisi televizyonun sesini arttırabiliyor, yani böyle bir konu, çok ilgi çekici bir konu. Gerçeğe baktığımız zaman, madde bağımlılığının ilaçla kesin tedavi edilebilir bir problem olduğunu ileri sürmek, bunu iddia etmek, bu iddiayı desteklemek gerçeği yansıtmaz ve bunu bilime ihanet olarak görüyorum. Henüz madde bağımlılığını kökten tedavi eden etkili bir ilaca sahip değiliz, yani radikal bir tedavimiz yok. Bir kişi karşımıza geldi, madde bağımlısı, oluşmuş, oturmuş, bütün belirtiler tamam. Biz buna boğazında anjin olan bir kişi gibi bir ilacı veriyoruz, X ilacı, bir hafta sonra bu kişinin bağımlılığı tarih oluyor; yok böyle bir şey. Tedavinin, bağımlı olduktan sonra irade gücü veya ilaçlar yardımıyla kişilerin tekrar eski haline dönebileceği şeklinde ifade edilmesi hatalı ve yeni bağımlılar oluşmasına teşvik edicidir ki, bazı televizyon programlarında maalesef bu yapılıyor, biraz sonra konuşmamın son kısmında size bazı örnekler de göstereceğim.

Bağımlılıkta tedaviden anlaşılan şudur: Özel merkezleriniz olacak, özel merkezler yapacaksınız. Mesela Türk Eczacıları Birliği'nin hakikaten böyle güzel bir atılımı oldu; yanılmıyorsa Diyarbakır'da bağımlılıkla uğraşabilecek önemli bir merkez yaptılar. Diğer sivil toplum örgütlerinin de bu çabaya katkı göstermesi gerekir. Burada özel merkezde deneyimli bir uzman kadrosuna ihtiyacınız var -sanıyorum Türk Eczacıları Birliği burada bir sıkıntı yaşıyor- ve kesinlikle uzun süreli bir çaba gerekiyor. Bu çalışmalar sonucu tedavi edip de tekrar topluma döndürdüğümüz vakalarda nüks oranı oldukça yüksek, bilimsel çalışmaların sonuçlarında yüzde 99'lardan bahsediliyor.

Bakın, 3 aşamalı bir tedavi var. Hasta toplumdaki izole edilecek, bir kere bağımlıyı her şeyden önce hasta kabul edeceğiz. Ancak bu öyle bir hasta ki, toplumdaki izole edilmesi gereken bir hasta. Toplumun içerisinde bulunduğu takdirde, her zaman başka bağımlılar yaratabilme potansiyeli var, bir bağımlının başka bağımlı yaratma potansiyeli var. Özel merkezde de detoksifikasyon dönemine gireceksiniz, yani kişiyi bu merkeze yatırdıktan sonra kullanacağı maddeyi keseceksiniz. Kestiğiniz zaman, yoksunluk krizi veya arayış davranışı ortaya çıkacak. Bunu kademeli olarak yerine geçebilecek daha hafif ilaçlarla geçiştirmeye çalışacaksınız.

Bunu yaparken, psikolojik ve sosyal anlamda o kişinin sorunlarının köküne eğilen psikodinamik yöntemler kullanacaksınız, yani psikoanalitik yaklaşımlar da sergileyeceksiniz ve bunu maddeyi bıraktıktan sonra da kesintisiz sürdüreceksiniz. Bu çok pahalı bir iş, yani burada büyük bir parasal desteğe de ihtiyaç bulunmakta. Sadece sivil toplum örgütlerinin bir yere bir merkez yapmasıyla bitecek bir iş değil bu. Devletin ciddi bir politika oluşturması, bu işe para ayırması, uzman yetiştirmesi ve bu işi kökten ciddi şekilde ele alması gerekiyor.

Bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanımı, genç nüfus arasında yaygın. Hani ilk slaytlarda söyledim ya, ergenlik dönemi önemli bir risktir diye, ciddi bir risk hakikaten ve bu maddeler psikososyal zararlarını en çok gençler üzerinde oluşturuyorlar. Türkiye Cumhuriyeti'nin nüfus yapısına baktığınız zaman, karşınıza genç bir dinamik nüfus olduğu çıkacak, nüfusumuz genç ve biz bununla övünüyoruz. Politikacılar sık sık "genç nüfusumuz var" falan diyor, "Avrupa Birliği'ne bizi alın, biz genciz, çalışkanız" vesaire... Daha kötü bir durum var; bizim coğrafyamız pis. Yani yaşadığımız ülke çok güzel, dört mevsimimiz var, güneyimiz ayrı güzel, dağda kayak yapabiliyoruz filan, ama bulunduğumuz yer, öyle bir yer ki, bu bağımlılık yapan maddelerin üretildiği doğunun geri kalmış



ülkeleriyle pazarlandığı Batı ülkeleri arasında bir geçiş yolundayız. Mesela Afganistan çok güzel bir üretici. Aynı zamanda şurada Laos, Kamboçya, Burma, buralara "altın hilal" deniliyor galiba, bu bölgelerde gayet güzel bir şekilde bu ürünler yetiştiriliyor. Sonra böyle Batıya doğru gidiyor, Batının gelişmiş ülkelerine doğru gidiyor.

Dikkatinizi çekmek istediğim bir sıkıntımız daha var: Batıda 70'li yıllarda bir hippie felsefesi vardı, "Kullanan kullansın, etrafa zarar vermiyor ki. 18 yaşını geçen kişiler bunu kullanıyorsa, biz bunları bu kadar da izole etmeyelim, hoşgörülle yaklaşalım." Ancak o hoşgörünün çok tehlikeli olduğunu Batı anladı, ciddi tedbirler aldı. Ciddi tedbirler alınca, Türkiye gibi günlük yaşayan, "inşallah, maşallah" yoluna devam eden, ancak problem karşısına çıktığı zaman politika oluşturmayı düşünen ülkeler

ciddi risk altına girdiler. Zaten kayıtlar da Türkiye'de bu işin geometrik olarak gittikçe hızlandığını ve arttığını gösteriyor.

Peki, nasıl mücadele edeceğiz? Tek yolumuz var. İlaç falan, elimizde öyle bir şey yok. Araştırma falan yapıyor, ama daha belli bir süre etkili bir ilaç bulunamayabilir. Yeni bağımlılar oluşmasını eğitim yoluyla engellemek, temel stratejidir. Eğer bunu yapmazsak, illegal kullanım sürdükçe, terör örgütleri beslenecekler, organize suç örgütleri ve çeteler semirip geliştirecekler ve Türkiye üzerinde kötü emelleri olan ülkeler, bu iş üzerinden gayet güzel Türkiye'yi zayıflatacaklar. Ben askerim, aynı zamanda askeriyede şöyle bir şey de vardır: Bu maddeler, psikolojik ve biyolojik savaş unsuru olarak kullanılırlar, harp malzemesi olarak kullanılırlar. Karşıdaki ülkede bunu yaygınlaştırsanız, kontrol etmeniz kolaylaşır. Yani olay ciddi.

Eğitim olayını nasıl yapacağız? Bir boyut daha var; araştırma. Eğitimde bir de işin bir de koordinasyon boyutu var. Araştırma iki şekilde yapılabilir: Sorunun psikososyal boyutlarını saptamaya yönelik olarak ya da madde bağımlılığının mekanizmasının anlaşılmasına ve tedavi için yeni ilaçların geliştirilmesine yönelik olarak. Hakikaten madde bağımlılığı alanı, inanılmaz renkli, kömür madeni gibi, kazmayı nereye vursanız bir şey çıkan, bir bilim insanına her çeşit veriyi sunan bir alan gibi çok verimli bir alan; ancak çalışılması bir o kadar da zor ve sorumluluk gerektiren bir alan. Eğitimi okulda; okuldaki eğitim yetmez, ailede; o bile yetmez, bunların dışında kalan kamu-özel sektörde faaliyet gösteren her türlü kurum ve kuruluşlar ve tüm sivil toplum örgütleri, bir kere bu eğitim işinin içine sonuna kadar girmek zorunda. Güvenlik birimleri, üniversiteler araştırma enstitüleri, ilk ve orta dereceli okulların idari kadroları ve özellikle Milli Eğitim, İçişleri, Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığı başta olmak üzere, bakanlıklar arasında ve bakanlıklarla diğer üniteler arasında ciddi bir koordinasyonun sağlanması gerekiyor.

Peki, Türkiye'de durum ne? Bir kere konu, bilimsel yaklaşımlarla sürekli ve doğru bir şekilde ele alınmıyor. Eğer medyatik bir manken madde kullanırken yakalanmışsa, tüm televizyon kanalları 4-5 gün boyunca onu gösteriyor. Aynı bizim şey gibi, İstanbul bir deprem hissediyor, jeologlar çıkıyor; birisi tuvalette altın vuruşu yapıp öldüğü zaman da çeşitli hocalar çıkıp, onlar belli kişiler, televizyonda konuşmaya başlıyor. Bazı televizyon kanallarında kafasına külah geçirilmiş, yüzünü göstermeyen veya arkasını dönmüş birtakım gençler konuşuyor ya da bir köşede öğrenen, bağırarak birtakım insanlar gösteriliyor. Bu bir eğitim olmadığı gibi, konunun ne kadar yanlış ele alındığını bize gösteriyor.

Bizim basın ve yayın organlarımız, birinci olmayla ilintili spekülasyon yapıyor, yanlış, yeni bağımlılar oluşmasını teşvik edici yayınlar yapıyor. Kurumlar arasında bir koordinasyon falan yok, her kurum kendi içinde diyor ki, "bu yılın konusu ne; madde bağımlılığı, ben buna şu kadar bütçe ayırayım, biraz bununla uğraşayım, bu konu kulağa hoş geliyor" filan, bizde daha çok öyle bir yaklaşım söz konusu.

Eğitim hangi seviyede, nasıl verilecek? Bu da bir kargaşa. Örneğin polis, ilköğretim okullarında eğitici konferans veriyor. Polis okulda konferans verirken, okulun önünde simitçi kisvesi altındaki adam da sağa sola birtakım maddeler dağıtabiliyor. Polisin görevi var, benim görevim var, öğretmenin görevi var, bu görev dağılımının iyi yapılmadığını görüyoruz.

Yine madde bağımlılığının sosyal, psikolojik ve nörofarmakolojik yönleri yeterince araştırılmıyor. Bakın, 7 Ocak 1984, Milliyet Gazetesi, Milliyet Gazetesi çok okunan bir gazete: "Uyuşturucu alışkanlığını ortadan kaldıran 'ilaç' bulundu." Hepiniz eczacısınız, farmakoloji hocaları var. Bu haber bizi pek etkilemeyebilir, ama sokaktaki çocuk, iki kişisiniz, yan yana duruyorsunuz, biriniz kullanıcı, öbürünüz kullanacak, kullanmayacak, böyle bir durumda kullanan kişi diyor ki, "Baksana, ilaç bulunmuş, bir tane profesör ilacını bulmuş. Bir kere dene, bir şey çıkmaz." Acaba bu haberdan sonra Türkiye'de kaç kişi denedi, bunu bilmiyoruz. Bu haber ne kadar etik?

Extasy, uyuşturucu kapsamına 1996 yılında alınmış, Hürriyet Gazetesi bunu haber yapmış. Bir başka haber, "uyuşturucu almak için Extasy sattım." Burada vurgulamak istediğim şu: "Uyuşturucu almak için Extasy sattım." "Extasy o kadar tehlikeli bir şey değil, uyuşturucu daha tehlikeli bir şey", güzel bir mesaj veriliyor. Uyuşturucu almak için o satılabiliyor. İnsan, bugün bu kadar çok Extasy'nin yaygınlaşması, genç ölümlerinin Türkiye'de bu kadar artmasının arkasında acaba bu da bir etken mi diye düşünüyor.

18 Mayıs 2000, Perşembe, yine Milliyet Gazetesi, Levent CInemre isimli bir muhabirin yazısı: "Bağımsızlık mücadelesi. İnsan ister alkol, ister uyuşturucu, ister sigara, her türlü bağımlılıktan kurtulabilir, üstelik ayakta tedavi olarak." Solda bir hanımefendinin resmi, Yale Üniversitesi'ne gitmiş, biraz orada bir bağımlılık merkezinde durmuş, Nişantaşı'na gelmiş, bir muayenehane açmış, diyor ki, "bana gelin, benim muayenehanede her şeyi ben hallediyorum." Bu da bir haber olarak veriliyor, bu da bir haber.

Aktüel Dergisi, "ilacını kendi buldu" diyor. "Uçmak için aldığı İbogaine'ın her türlü bağımlılığı yok ettiğini keşfetti." Tabii keşfeder, İbogaine'ın kendisi de bağımlılık yapıcı bir madde. Sen opioit bağımlısısın, opioit yerine mopioid alıyorsun, o da bağımlılık yapıcı bir şey. Tabii yoksunluk krizin, her şeyin gayet güzel bir şekilde geçiyor.

Eczacının rolü tırnak içinde birçok yerde geçti. Eczacılık, meslek olarak ve bilimsel anlamda ilaç sanatı ve bilimidir, bunu o şekilde konuştuk ve bunun aksini kimse iddia edemez. Tanımı hatırlayın, birinci slaytta gösterdiğim tanımda, madde bağımlılığının birinci şartı neydi; ilaç tanımına uyan bir madde. Eczacılık ilaç mesleği ve sanatıysa, madde bağımlılığında da illa ilaç niteliğinde bir madde olacaksa, eczacı bu işe girtlağına kadar batmış durumda, kesinlikle kendini dışında göremez ve aynı zamanda eczacı dışında tutulamaz. Eczacı, madde bağımlılığıyla mücadelede araştırma ve eğitim alanında görev alabilir. Araştırma alanında, laboratuarda bilimsel araştırma yapabileceği gibi, psikososyal nitelikli araştırmalara da katılabilir. Laboratuarda bilimsel araştırma yapan eczacılara en iyi örnek benim, yani ben bir eczacıyım ve laboratuarda bu alanda bilimsel araştırmalar yapıyorum. Dünyada da baktığımız zaman, bu madde bağımlılığı alanında çalışanlar arasında kimyager ve eczacıların sayısının oldukça fazla olduğunu görüyoruz.

Eğitim alanında halka yönelik eğitici olarak, doğru bilgiyle donatılmış, eğitilmiş eczacılar yetiştirmemiz lazım. Bunu yanılmıyorsam Türk Eczacıları Birliği yapıyor, eczacıları ve çeşitli insanları bir araya toplayıp meslek içi eğitim programları veriyor. İşte bu eğitim programları çok

önemli. Bu eğitim programlarında eczacıya doğru bilgilerin verilmesi çok önemli; çünkü bizim ülkemizin yapısı itibarıyla eczacı, çok geniş bir halk kesimiyle ilişki içerisinde. Doğru bilgileri alırsa, doğru bilgilendirmeyi rahatlıkla yapabilir, bu çok önemli. Yine eğitim eczanede verileceği gibi, seri konferanslar şeklinde de olabilir.

Son kısımda, söylemiştim, ben de eczacıyım, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde bir psikofarmakoloji araştırma ünitemiz var ve biz bu üniteye ağırlıklı olarak madde bağımlılığı konusunda çalışıyoruz. Bu laboratuvar, uluslararası standartlara sahip bir laboratuvar. Burada deneysel alkolik sıçan modelimiz var. Bu modeli kendimiz yaptık, 1995 yılında yayınladık ve bugüne kadar da gayet güzel tıkr tıkr işleyen bir model, birçok araştırma yaptık üzerinde. Kokain, amfetamin ve nikotin gibi başka bağımlılık yapan maddelerle de burada araştırmalarımızı sürdürüyoruz.

Bakın, bu bizim laboratuvarından değil, dışarıdan bir fotoğraf, ama bu hayvanlar bağımlı olabiliyorlar, yani insandaki bağımlılığı taklit edebiliyorlar. Eline dikkat edin, şurada cin şişesinden kokuyu almış, açmaya çalışıyor. Başka türlü bu hayvana bu pozu verdimeniz mümkün değil. Bunlar bizim laboratuvarından bazı resimler. Sol üst köşede normal bir sıçanı görüyorsunuz. Daha sonra bu sıçanı alkolik yapıp alkolü kestiğimiz zaman, bağımlılığın çeşitli aşamalarında, yoksunluk krizinin çeşitli aşamalarında, örneğin hayvanın anormal postürünü ve uzun süre alkol kullanımında alkol yoksunluğunun uzun sürecinde, depresif süreçte deney hayvanını görüyorsunuz. Bu da yine bizim laboratuvarından, alkol yoksunluk krizi sırasında epileptik atak geçiren, nöbet geçiren bir fare.

Benim söyleyeceklerim bu kadar. Sorusu ve katkısı olan olursa, yanıt vermeye çalışırım.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Nükhet Tartan)

- Sayın Tayfun Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Ayrıca sizlere de bizleri dinlediğiniz için teşekkür ediyoruz.

Değerli arkadaşlar; uyuşturucu kullanım yaşının 13 ve 11'lere inebildiği ülkemizde, eczacıları bu olayın dışında tutmak elbette ki olanaksız. Bizler, sağlık kademesinin ilk başvuru insanlarıyız. Elbette bu konuda hassas olacağız, elbette daha dikkatli olacağız. Bu bilgilerin ışığında bundan böyle daha da dikkatli olacağımıza inanıyorum. Hepinize teşekkür ediyorum.

Soru sormak isteyen varsa alalım, değerli hocalarımıza iletelim sorularınızı.

Buyurun.

SALONDAN

- Öncelikle sunum için çok teşekkür ederim.

Ben salonda çok sayıda serbest eczacı olduğunu düşündüğüm için, şu soruyu sormak istiyorum: Belirli bölgelerde bazı ilaçların halk tarafından çok tüketildiği, hatta bir madde bağımlılığı şeklinde tüketildiğini biz de duyum olarak kendi öğrencilerimizden alıyoruz. Bu yönde bir tehlike var

mı sizce? Yani belirli şurupların, tabletlerin çok tüketildiği, rahatsız edici boyutlara ulaştığı şeklinde duyular geliyor. Bu konuda eczacı arkadaşlarımız bir yorum yaparsa, çok memnun olacağız.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Nükhet Tartan)

- Hocam, ben bir yorumda bulunabilir miyim?

Şöyle anlatmaya çalışayım: Toplumumuzda antidepresan ilaçların kullanımının giderek arttığını görüyoruz, gözlemliyoruz, bu bir gerçek. Ancak belirli ilaçlarda yoğunlaşma dediğinize gelince, ben kendi adıma spesifik isim veremeyeceğim, ama yoğun bir biçimde kullanıldığı ve çağımızın hastalığının stres olduğundan yola çıkılarak insanların bu tip ilaçlara ihtiyaç duyduğunu biliyorum, en azından kendi adıma. Arkadaşlarımız da herhalde bana katılacaklardır. Ama isim dediğiniz zaman, çok net bir şey söyleyemeyeceğim.

SALONDAN

- Ben eczanede Antiem'in çok kullanıldığını tahmin ediyorum.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Nükhet Tartan)

- Yeni bir alanda kullanıldığını söylüyorsunuz. Evet, olabilir.

Başka katkı sunmak isteyen arkadaşımız var mı?

Buyurun.

SALONDAN

- Bir de analjezik gruplarından çok istenen oluyor. Adam eften püften bahaneler için geliyor, isim veremem tabii burada, parasetamol, artı kafein ihtiva eden şeylerden alıyor. "Niye alıyorsun dayı, emmi, teyze?" diyorum. "Sıkıntımı gideriyor" diyor, alıyor. Hatta başımdan geçen enteresan bir anımı anlatayım: Bir bekçi dayım vardı, emekli oldu. Her gün bir adet bu gruptan bir kutu alırdı, her gün akşamüstü gelir alır, ertesi gün yine alır. İsmi Ahmet'ti galiba. "Dayı, ne yapıyorsun bunu?" "İçiyorum." "Bir günde mi bitiriyorsun?" Bir günde bitiriyor bu 30 tableti, "karı-koca içiyoruz" dedi. Dedim ki, "değiştir bunu icabında." Değiştirdim, fayda etmedi, illa o ilacı istiyor. Dedim, "seni öldürür bu, bizim vazifemiz sizleri uyarmak." Derken, "karın da ölür, sen de ölürsün" dedim. Nitekim 7-8 ay sonra bu adam öldü, arkasından karısı da öldü ve ben bunu bu tip ilaçları kullanan herkese hatırlatıyorum. Yani bu da bir bağımlılık oluyor bana göre. Yalnız, Hocama çok teşekkür ederiz, çok güzel konulara değindi ve hoşuma gitti.

SALONDAN

- Hocama katkıları için teşekkür ediyoruz.

Kendi eczanemde karşılaştığım birkaç ilaçla örnek vermek istiyorum: Yoğun bir şekilde Efedrin tablet alımı var. Bir de şu an bizim bölgemizde yok, herhalde üretilmiyor, Eksan Şurup vardı. Eksan Şurubu 2-3 şişe alıp, açıp, kafasına dikip, o şişeyi bırakıp giden çok olurdu. Aynı şekilde Benical Şurup kullanılıyor.

MEHMET DOMAÇ

- Öncelikle Tayfun Bey'e bu bağımlılık işi ile uğraştığı ve katkı sağladığı için çok teşekkür ediyoruz. Bu çok önemli bir konu Türkiye'de. Genel

olarak Türkiye'de böyle konulara fazla değinilmez, biliyorsunuz ve üstü kapalı geçilir, ama olay sorun haline geldikten sonra da çok yaygara çıkarılır. Onun için, sizi bu anlamda kutluyorum.

Şunu belirtmek istiyorum: Türkiye'de birtakım ilaçlar tedavide kullanılmıyor; mesela Bufrenorfin, Metadon. Dünyada Metadon kullanımı ortaya çıkmadan bağımlı sayısını tespit etmek mümkün değil. Metadon'la tedaviyi sağlamadan bağımlı sayısını tespit etmek olanaklı değil. Şöyle bir şey var: Bu işte en açık Amerikalılar davranıyorlar, kendilerinin yaklaşık 3 milyon bağımlısı olduğunu da itiraf ediyorlar. Fransızlar bunları itiraf edemiyorlardı. Sonra tedavide Metadon'u kullanmaya başladılar, düşündüklerinin 25 katı bağımlı olduğunu gördüler, yani tespit ettiklerinin 25 katının Fransa'da bağımlı olduğunu gördüler.

Şunu belirtmek istiyorum: Metadon tedavisi Türkiye'de uygulanmaya başlanırsa, her Metadon kliniğinde en az üç eczacının çalışma zorunluluğu var. Onun için, eczacıların burada, bu alanda çok ciddi eğitime ve çok ciddi anlamda bu konuyu takibe ihtiyaçları var. Onun için tekrar teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. TAYFUN UZBAY

- Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Kısa bir şey ekleyeyim, Başkanımız önemli bir noktaya temas etti: Ben aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nda Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri ve Bilim Komisyonu üyesiyim. Türkiye'de Metadon'la ilişkili bir kargaşa var. Şimdiye kadar aslında Türkiye'nin bu işi aşması lazımdı. Batının uyguladığı yöntemler belli, yani bilimsel anlamda verilere baktığımız zaman batının bu konuda bizden ileride olduğu da açık. Metadon ve benzerleriyle ilgili üç görüş çarpışıyor. Birinci görüş diyor ki, "bu gelsin." Yani demin söylediğim gibi, Sayın Başkanın ifade ettiği gibi, "Gelsin ve kullanmaya başlayalım. Bu hem suiistimali azaltacak, hem de tabloyu görmemize yardımcı olacak." İkinci görüş diyor ki, "Bunlar, kendileri de bağımlılık yapan maddelerdir. Türkiye'ye bunu soktuğumuz zaman, şimdi opioit bağımlısı var, çok az bunların sayısı, bir anda çok fazla opioit bağımlısı olacak." Bir üçüncü grup var, onlar da diyorlar ki, "Bu madde bağımlılığı, Türkiye için önemli bir problem değil, bunun üzerinde bu kadar da durmayın, böyle Metadon'la şununla bununla uğraşmayalım. Batı ülkelerine göre biz bu konuda çok daha şanslı durumdayız." Maalesef son iki görüşe, son söylediğim iki görüşe ben çok fazla katılmayacağım. Özellikle son görüşün çok büyük bir aymazlık ve tehlike olduğunu düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Nükhet Tartan)

- Katkılarınızdan dolayı hepinize çok teşekkür ediyoruz.

Buyurun.

SALONDAN

- Ben kamu eczacısıyım, görev alanımla ilgili bir konuyu sizlerle paylaşmak istiyorum. Bizim psikotrop reçete kontrol denetimimizde en belalımız Rivotril ve Akineton'dur. Biz bu tür ilaçlarla mücadelemizde sakıncalı isimlerin hepsini belirliyoruz. Fakat işin polise intikalinde,

narkotik şubeye intikalinde maalesef bu kişiler "kullanıcıyım" dedikleri andan itibaren ertesi gün salıveriliyorlar. Hem bizim çabalarımız, hem serbest eczacıların bunları yakalatma çabaları boşa gidiyor. Hocamın konuşmasında gerçekten yüzde yüz katıldığım bir konu da bu. Maalesef bu tür kişilerin zararları sadece kendilerine değil, toplumdan soyutlanmadıkları oranda, etrafında birçok bağımlı yaratıyorlar. Türk Ceza Kanunu'nun bu konuda sanıyorum değişmesi gerekiyor. Hocamın Sağlık Bakanlığı'nda görevli olduğunu şu an öğrendim. Neler düşünüyorsunuz bu konuda? Çünkü biz gerçekten çok büyük sıkıntı yaşıyoruz.

Prof. Dr. TAYFUN UZBAY

- Yani görüşünüze katılmamak elde değil, ama bizim önce komisyon olarak bir konsensüse varmamız lazım. Yani madde bağımlılığı, hakikaten ciddi bir problem midir, değil midir ve bunun devlet politikasında yeri neresidir? Sıkıntılar orada. Yoksa gidiyoruz, çay kahve içiliyor, pastalar, börekler geliyor, güzel tartışılıyor, ama çoğunda da baktığımız zaman, maalesef Türkiye'deki komisyonların çok iyi çalışmadığı veya çok iyi çalışsa bile, yukarıya sesini çok iyi duyuramadığı gibi bir sıkıntı var. Buna nasıl bir çözüm bulacağız, bilmiyorum, ama toplum olarak ortak bir konsensüste buluşmamız ve bir politika oluşturmamız lazım. Yani Türkiye Cumhuriyeti'nin madde bağımlılığıyla mücadele politikası nedir? Sorduğunuz zaman, vardır mutlaka, çok önemli bir politika vardır, belki bir kısmı gizli de olabilir, bilemeyebiliriz, ama artık bugün yaşadığımız çağda, dünkü konferansı da hatırlarsak, artık gizlilik falan yok, hele bilimsel konularda şeffaf olacaksınız. Size katılıyorum, ama ben elimden geleni yapıyorum, o bakımdan emin olun.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Aysel Gürsoy)

- Efendim, bir hayli zamanımızı aştığımız için, acaba arada mı Tayfun Bey'e sorularımızı sorsak? Son iki kişiden soru alalım ve bitirelim.

Buyurun.

SALONDAN

- Ben serbest eczacıyım. Gençlerimize analitik düşünceyi öğretebilmek açısından, Türk Eczacıları Birliği Başkanımız da burada, hepimiz, bütün buraya gelen eczacılar, toplum gönüllüsü olarak ilköğretim okullarında sizin verdiğiniz konferans gibi konferanslar vererek toplumumuzu bilinçlendirebiliriz. Bunu söylemek istedim.

Teşekkür ederim.

SALONDAN

- Öncelikle Tayfun Bey'e teşekkür ederim. Ben de serbest eczacıyım.

Bir şeyi merak ediyorum, sormak istiyorum, o da şudur: Uyuşturucu ve psikotrop kayda tabi ilaçları biz tabii ki reçeteye veriyoruz. Sayımları yapılıyor, bunlar kontrole tabi; fakat doktor arkadaşlar bunlara çok kolay ulaşabiliyorlar. Bana orada bir delik var gibi geliyor, yani kendi önünde reçete yazıyor ve rahatlıkla alabiliyor. Bu konuda ne yapılabilir? Görüyorsunuz, biliyorsunuz, tanıyoruz, ama herhangi bir yaptırımımız var mı, onu merak ediyorum.

Teşekkür ederim.

Prof. Dr. TAYFUN UZBAY

- Bu konuda usulüne uygun reçete yazılmışsa, yapabileceğiniz bir şey yok. Sadece hekime etik bilinç aşılacak gerekiyor, ilkokuldan başlayarak etik eğitimine ağırlık vermek gerekiyor. Bu şey gibi aynı, kırmızı ışıkta durup durmama gibi bir şey. Bazı arkadaşlar, kırmızı ışık yanıyor, ama yol boş, "geçeyim" diyebiliyor, bunun gibi.

Ecz. MEHMET DOMAÇ

- Tabii bu çok uzun bir konu. İki şey söylemek istiyorum: Birincisi, madde bağımlılığı konusunda Türk Eczacıları Birliği, yaklaşık 5 eğitici eczacı eğitimi yaptı, bundan sonra da devam edecek. Lütfen katılın; önce internet sitesinden takip edin, sonra bu eğitici eczacı eğitimlerine katılın, siz de yörenizde toplum önderlerini öncelikle eğitmeye çalışın. Birincisi bu.

İkincisi, Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği, internet üzerinden yeşil ve kırmızı reçetelerin denetimi konusunda bir program yaptı. Bundan sonra yeşil ve kırmızı reçetede ilaç verme durumunda olduğunuzda, buradan provizyon alacaksınız. Buradan provizyon aldıktan sonra yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçları vereceksiniz. Dolayısıyla çifte kontrol ortaya çıkmış olacak; hem Sağlık Bakanlığında data birikecek, artık o data sağlık müdürlüklerinden değil, direkt data birikecek, ayrıca Türk Eczacıları Birliği'nde de data birikecek, çalıntı reçeteler falan gibi çok sık rastlanan olaylar da ortadan kalkmış olacak. Bu karşılıklı olarak yapıldı, şimdi deneme kısmında. İbrahim arkadaşımız burada mı, bilmiyorum, Türk Eczacıları Birliği'nin bilgi işleminin başında olan arkadaşımız, o size dışarıda bu konuyla ilgili olarak bilgi verebilir.

Ben Sayın Aysel Gürsoy'a katılıyorum, çok uzadı galiba. Onun için teşekkür ediyorum, sağ olun.

SALONDAN

- Ben Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Uyuşturucu ve Psikotrop Maddeler Dairesi Başkanım ve ben bu görevi iki buçuk yıldır sürdürüyorum. Bu görevi teslim aldığımdan itibaren, Türkiye'de uyuşturucu ve psikotrop reçetelerin kontrolünün olmadığını gördüm. Bu çok dehşet verici bir şeydi. Kayıp, çalıntı reçetelerin yanı sıra, kontrolünün olmaması, sadece adı var, kendisi olmayan bir kontrol sistemi ve bu anlamda da suiistimallerin olduğunu saptadık. Bunun için de ne yapabiliriz, onu tartışırken mevcut reçete sisteminin yetersiz olduğunu görerek bir elektronik reçete sistemine geçebilir miyiz, geçemez miyiz diye tartıştık. Sayın TEB Başkanımızın ifade ettiği, esas elektronik reçeteden başlayarak bir kontrol sistemiydi. Ne yazık ki şimdi elektronik reçete kısmını ayırtırdık, elektronik reçete kontrolü kısmını birlikte yürütüyoruz, Türk Eczacıları Birliği ve Sağlık Bakanlığı olarak. Ama inşallah elektronik reçete, esas çözümü de getirecek; çünkü bu ilaçların suiistimali, rasyonel ilaç yazım ilkelerinden geçiyor.

Diğer bir konu da şu: antidepresan ilaçlar denildiğinde, enzim üzerine mekanizması olan ilaçlar anlaşılmasın. Bir doğrudan, gerçekten bağımlıların yoksunluk sendromu çekmemesi adına kullanılan, kendileri de uyuşturucu niteliği taşıyan ilaçlar var, bir de gerçekten depresyon tedavisinde kullanılan, ama uyuşturucu bağımlılığıyla hiç alakası olmayan ilaçlar var. Özellikle bu ikisinde kavram kargaşası oluyor, onun ayırıştırılması lazım.

Bir diğerk nokta da, Türkiye'de yıllardan beri bir ulusal uyuşturucu politikası oluşturulmak isteniyor. Bunda da kurumsal anlamda bir kargaşa söz konusu. Türkiye'de aileyi koruma kurumu var, bir zamanlar onun başkanlığında yürütölen bir çalışmaydı bağımlılık konusu, şimdi İçişleri Bakanlığı bu görevi üstlenmiş bulunuyor ve bu anlamda da kurumsallaşmalarını da kendileri temin etmek istiyorlar. Bu çalışmalarını da Avrupa Birliği ile eşleştirme projeleri kapsamında yapıyorlar.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Aysel Gürsoy)

- Katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyoruz.

Buyurun Tayfun Bey, ikinci konuya geçelim.

Prof. Dr. TAYFUN UZBAY

- Teşekkür ederim.

Bugün sizlerle paylaşmak istediğim ikinci konu, antidepresan ilaçların rasyonel kullanım ilkeleri. Depresyon, yine günümüzde giderek önemi ve etkinliği artan bir hastalık. Depresyonun belirtileri ikiye ayrılıyor; emosyonel ve biyolojik belirtiler. Emosyonel belirtileri arasında karamsarlık, özgüven kaybı, kendine bakmama, motivasyon kaybı gibi birtakım ruhsal belirtiler, yine düşünme ve hareketlerde gerileme, libido kaybı, uyku bozuklukları ve iştah kaybı gibi biyolojik belirtiler var. Bu belirtiler çok ağır ise eğer, majör depresyondan söz ediliyor. Depresyon, Amerika Birleşik Devletlerinde her 100 kişiden 5'inde görölen bir hastalık. Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları da birbirinden bağımsız, farklı, yüzde 10 işaret eden de var, yüzde 4 işaret eden de var, ama son yıllarda giderek Türkiye'de depresyonun arttığını görüyoruz. En basitinden antidepresan ilaç reçetelemede bir artış olduğunu rahatlıkla gözleyebiliyoruz.

Depresyonun en önemli ve ilginç özelliklerinden biri, kadınlarda daha sık görölməsi, kadınlarda erkeklere göre daha sık görölməsi, yine yaşlılıkta depresyonun belli bir yaş döneminden sonra kaçınılmaz olması ve aynı zamanda yaşlılık hastalığı olması. Farmakoterapinin katkısı giderek artmakta ve depresyon ilaçlarına baktığımızda, etki düzeneği olarak, bu ilaçların büyük çoğunluğunun serotonin ve noradrenalin sistemi üzerinden etkili olduklarını görüyoruz. Ana bir hipotez var, depresyon oluşumuyla ilgili, hepiniz bunu biliyorsunuzdur; özellikle noradrenalin ve/veya, yani ve/veya dememin nedeni, hem noradrenalin, hem serotonin birlikte de olabilir, serotonin veya noradrenalin tek başına da olabilir, bunların kendileriyle ilgili sinaps aralığında etkinliklerinin ya da beynin ilgili bölgesindeki etkinliklerinin azalması sonucu depresyonun ortaya çıktığı ileri sürölmüş. Genellikle tüm ilaçlar, yani geliştirilen ilaçlar da serotonin ve noradrenalin stratejisi üzerinden yürümüş.

Beynimizde her gün olan bir iş bu, birtakım biyojenik maddeler var, endojen maddeler var. Bu öncül maddelerden bir sentez yapılıyor, bu sinir uçlarında depolanıyor. Daha sonra bir uyarıyla salıveriliyor ve birinci sinirden boşalan nörotransmitterler, ikinci sinirdeki kendine ait bir reseptörü etkileyebiliyor. Burada salıverilen nörokimyasalın bir kısmı geri alınabileceği gibi, enzimlerle inaktive edilebiliyor veya reseptörle etkileşebiliyor.

Antidepresan ilaçlara baktığımız zaman, genellikle reseptör seviyesinde noradrenalin ve seratonin söz konusu. Yine geri alım seviyesinde de, bu nörotransmitterlerin geri alımı veya enzimlerle inaktivasyonu konusunda da yine bu iki nörotransmitterin ağırlıklı olduğunu görüyoruz. Ancak son zamanlarda bu monoamin hipotezi geçerliliğini korumakla beraber, aslında oluşan depresyonun beyin yapısal faaliyetlerinde ve yapısında veya o yapıdaki bozulmaya bağlı olarak fonksiyonlarda bir azalma sonucu, yani sinirlerde direkt bir dejenerasyon sonucu olduğu ileri sürüldü ve 2000'li yılların başında nöroplastisite hipotezi geldi. Bu önemli bir kavram olarak kendini gösteriyor ve burada hipocampus öne çıkıyor. Beynimizde hipocampal bölge dediğimiz bölge ön plana çıkıyor ve bu bölgede özellikle beyinden köken alan nörotrofik faktör dediğimiz çeşitli nörotrofik faktörler var. Bu nörotrofik faktörler, sinir hücrelerinin onarılması, hayatta kalması, yaşamlarını sürdürmesi açısından hayati öneme haizler ve bu BDNF başta olmak üzere, birtakım nörotrofik faktörlerin azalması sonucu, özellikle hipocampusta ve hipocampusun CA 3 dediğimiz bölgesinde, bir bölgesinde bir dejenerasyon olmasına bağlı olarak depresyonun geliştiği ve bu dejenerasyon sonucu olarak noradrenalin ve seratonin eksikliğinin de ortaya çıkabileceği ileri sürülüyor. Bu da güncel ve yeni bir hipotez, üzerinde yoğun olarak çalışılıyor.

Antidepresan ilaçlara baktığımızda, trisiklikler var. Trisikliklerin yan etkileri görülünce ve daha etkili ilaçlar geliştirmek amacıyla nontrisiklikler geliştirildi. Seçici seratonin geri alım inhibitörleri; bununla ilgili küçük bir şey aktarmak istiyorum: 1994 yılında Venedik'te Avrupa Nöropsikofarmakoloji Kongresi yapıldı. Orada alanın önde gelen profesörlerinden bir tanesi, depresyon tedavisinde büyük bir devrim olduğunu söyledi: "Artık SSRI'lar var, yani seçici seratonin geri alım inhibitörleri var ve bu inhibitörler kullanıldığında, depresyon artık tarih olacak, antibiyotikler kadar güçlü bir ilaca, güçlü bir silaha sahip oluyoruz, müjdelersun" gibi bir müjde verdi. Fakat 94-2006, geçen 12 yıl içerisinde bugün geldiğimiz nokta, SSRI'ların öyle çok da etkili olmadığı, çok radikal etkiler ortaya çıkaramadığı; etkililer, ama birtakım yan etkiler yaptığı gibi sorunlarla uğraşmaya başladık ve bu alanda arayışlar devam ediyor.

Yine monoaminoksidaz inhibitörleri var; ancak bunların irreversibl ve non selektif olanları ülkemizde kullanılmıyor, dünyada da çok çok nadir kullanılıyor. Sadece bu reversibl olanlardan monaminaselektif olan Moklobemid bulunabiliyor. Lityum var, ancak lityum daha çok bipolar hastalıkta kullanılıyor, majör depresyondan ziyade ve bir de başka etkileri de olan diğer ilaçlar var.

Trisiklik antidepresanları hatırlarsak, imipramin, desipramin, klomipraminden başlayarak dibenzepiline kadar giden bir yelpazede çok fazla molekül var. Bunlar noradrenalin geri alımını belirgin, seratonin geri alımını zayıf ölçüde bloke ederek, bu etkinliği artırarak etkili oluyorlar. Ancak bunların etkilerinin başlaması için bir tedavi başlangıcından itibaren 15 günlük süre geçmesi gerekiyor. Nontrisiklikler arasında demin bahsettiğim SSRI'lar var, Fluoksetin, Sertralin, Paroksetin, Fluvoksamin ve Sitalopram, daha sonra Estalopran'ı da çıkardılar. Bunlar daha yeni, ama bugün geldiğimiz noktada yan etkileri tartışılan ilaçlar. Bunların noradrenalinle işleri yok, doğrudan doğruya sinapslarda seratonin geri alımını bloke ediyorlar.

Nontrisiklik antidepresan ilaçların diğerleri arasındaki farka baktığımızda, serotoninin ve noradrenalinin, her ikisinin eşit ölçüde veya birini diğerine göre doza bağlı olarak daha farklı inhibe eden Venlafaksin var, doğrudan doğruya noradrenalin üzerinden etkili olan Reboksetin var, Tianeptin, Mirtazepin, Mianserin ve Trazadon, buradaki diğer ilaçlar. Trazadon'un seçici, fakat zayıf bir serotonin geri alım blokajı yaptığını biliyoruz. Muskarinik, 5-HT1, 5-HT2 ve alfa 2 adrenerjik reseptörleri de bloke ediyor, ama bu etkileri, klinik etkilerden daha ziyade yan etki olarak bize yansıyor. Mianserin, 5-HT2, hlstamin ve presinaptik alfa 2 reseptörleri bloke eden bir ilaç. Mirtazepin var, Mianserinin pridin analogu. Alfa 2 adrenerjik, 5-HT2 ve 5-HT3 reseptörleri güçlü şekilde blok ediyor. Özellikle 5-HT3 reseptör blokajının bulantı ve kusmayı önleyici etkileri de var, onlar üzerinde farklı çalışmalar da yürütülüyor.

İlginç bir ilaç, Tianeptin. Tianeptin'in ilgili çıkaran firması ve Tianeptin'le ilgili tüm kaynaklar şunu söylüyor: "Tianeptin, serotoninin geri alımını seçici olarak stimüle eder" diyor. SSRI'lar antidepresan etkiliyse, Tianeptin tam tersi bir etki düzeneğiyle, etki mekanizmasıyla nasıl oluyor da antidepresan etki gösteriyor? Çünkü yapılan geniş ölçekli klinik çalışmalarda, bu ilacın antidepresan etki gücü olarak diğer ilaçlarla arasında anlamlı bir fark görülmemiş. Diğerlerine göre tek farkı, sadece dozunun biraz daha güne yayılarak alınması. Mesela günde 3 defa 1 doz alınması öneriliyor, ama öbürleri günde tek dozla depresyon tedavisinde kullanılabiliyorlar. Biz bu Tianeptin üzerine çok çalışmalar yaptık. Geldiğimiz noktada, Tianeptin'in aslında adenozerjik reseptörleri üzerinden bir etkisi olduğunu gösterdik ve önemli dergilerde yayınlandı veya yayınlanmak üzere bu çalışmalar. Adenozerjik reseptörlerinden A1 reseptörlerini etkiliyor ve adenozin, inhibitör bir nörotransmitter, özellikle anksiyolitik etkisi ve burayı uyardığınız zaman antikonvulsan etkisi de var. Nitekim bu ilacın anksiyolitik ve antikonvulsan etkisi de var. Yine Tianeptin'le ilgili birçok çalışma, bu nöroplastisite hipotezinden hareketle, hipocampustaki nöronal dejenasyonları tamir ettiği ya da onardığı yolunda da yayınlar var. O yüzden bu ilginç bir ilaç, biraz da kendimde çalıştığım için, buna biraz daha fazla söz söyledim. Ayrıca analjezik aktivitesi de var. Baktığınız zaman, Tianeptin, sanki psikiyatriden çok, nöroloji alanında kullanılabilecek bir ilaçmış gibi duruyor.

Venlafaksin, serotonin ve noradrenalin inhibitörü. Bupropion var, Bupropion'un antidepresan olarak kullanımı tartışmalı. Bupropion, daha çok motivasyonu artırıcı yönde etkisi var ve sigara bağımlılarında çok işe yarıyor. Sigarayı bıraktıkları dönemde Bupropion alırlarsa, sigara arama davranışları azalıyor; çünkü onun yerine geçiyor ve mezolimbik bölgede yoğun bir uyarı yaratabiliyor.

Sarı kantaron ekstresi, son zamanlarda ismi St.John's Wort veya St.John's bitkisi olarak geçiyor, GNC'lerde de satılıyor. Bu, hafif depresyon olgularının tedavisinde kullanılan bitkisel kökenli bir ilaç olarak lanse ediliyor. Biz bu sarı kantaron ekstresini ve Tianeptin'i ve birtakım başka antidepresanları alkol yoksunluk krizindeki farelerde denediğimizde, özellikle Tianeptin'le bu sarı kantaron ekstresinin bu belirtilerin yüzde 50'den daha fazlası üzerine, yoksunluk krizindeki belirtilerin yüzde 50'den daha fazlasını geçirdiğini gözlemledik.

Moklobemid var demiştim, lityumu geçiyorum, biraz da hızlı gitmemiz gerekiyor herhalde. Asıl konuya girersek, depresyon, kronik bir tedavi

gerektiren hastalık, yani böyle 3 gün, 5 gün antidepresan kullanarak geçebilecek bir hastalık değil, en az 6 aylık bir tedavi gerekiyor, bazı olgularda 3 yıla, 4 yıla kadar tedavinin süresi uzayabiliyor. O yüzden diğer tüm kronik ilaç kullanımlarında olduğu gibi, yaşlılar, bebek ve çocuklar, diyabet, hipertansiyon ve epilepsi gibi ikincil hastalıkları olanlar, enzimle ilgili, enzim sistemleriyle ilgili problemi olan veya genetik hastalığı olanlar, atılım organlarında sorun olanlar, yani karaciğer, böbrek, akciğer yetmezliği gibi yetmezliklere sahip olanlar, kadınlar, -ki kadınlarda depresyonun fazla gözüktüğünü tanımında ve konunun başında söylemiştim, özellikle gebelik ve emzirme döneminde kronik ilaç kullanımı açısından riskli bir gruba oluşturuyorlar, dolayısıyla antidepresan kullanımında dikkatli olunması gerekiyor- alkol ve madde kötüye kullananlar, etkileşme bakımından önemli burada ve yine vücut yağ dağılımı dengesiz ve fazla olanlar, özellikle yağda dağılım oranı fazla olan ilaçlar açısından önemli ki şunu hatırlayın: Beyin, geniş anlamda lipofilik bir yapıya sahip ve bu ilaçların hepsi, santral sinir sistemini etkileyen ilaçlar. Belli başlı yan etkiler var. Baktığımız zaman, trisiklik antidepresan ve SSRI'ları aldım. Diğer tüm ilaçlar da bunlardan birini veya birkaçını mutlaka yan etki olarak oluşturuyor. Yalnız, trisiklik antidepresanlarda oldukça fazla yan etki var. Zaten yeni antidepresanların geliştirilmesinin zemininde, temelinde yatan neden bu. Yoksa trisiklikler, aslında depresyon tedavisinde etkili ilaçlar ve bunların yerine bulunan ilaçlar, bunlardan çok daha fazla etkili bulunmadılar, klinik etkinlik olarak, ama bazılarının yan etki olarak üstünlükleri var. Ancak şöyle bir bakarsak, SSRI'larda seksüel problemler, -yine seksüel problemler trisiklik antidepresanlarda da var- antikolinerjik, kardiyovasküler birtakım yan etkiler var.

Bu önemli bir slayt, burada özetlemeye çalıştım. Aslında çok geniş bir konu bu, 20 dakika içerisine sıkıştırmaya çalışıyoruz. Stokrom P-450 enzim sistemi var ve bu enzim sistemi, önemli bir ilaç metabolizasyonu yapan enzim sistemi vücudumuzda ve bu enzim sistemiyle etkileşen bir ilacın aynı enzim sistemi üzerinden etkili olan başka ilaçlarla şu veya bu şekilde etkileşmesi kaçınılmaz. Çok temel bakarsak, -tabii alt grupları da var bunların, oradan da bakmak lazım, ama vaktimiz yok- stokrom P-450 enzim sistemiyle en fazla etkileşenler, Fluoksetin, Fluoksamin, Paroksetin ve trisiklik antidepresanlar, yani bu ilaçları kullanan kişileri ikincil bir ilaç kullanacağı zaman veya bir kombinasyona gidileceği zaman, mutlaka kontrol edilmesi gerekiyor, dikkat edilmesi gerekiyor, ne tür bir etkileşme olduğuna bakılması gerekiyor. Mutlaka zorunlu olarak kombinasyon yapılabilir, ama orada dozu ayarlamak gerekebilir. Sertralin ve Bupropion, biraz daha az etkileşiyor, etkileşme bakımından bunlara göre biraz daha rahat kullanılacak ilaçlar. Sitalopram, Mirtazepin, Reboksetin ve Venlafaksin, bu enzim sistemiyle az etkileşirken, az önce sözünü ettiğim Tianeptin'in bu enzim sistemiyle etkileşmediğini görüyoruz. Yani buradan şu çıkarım yapılabilir: Çok zorunlu kalırsak, çok polifarmasiye gidiyorsak, çok fazla ilaç kullanıyorsak ve mutlaka bir antidepresan gerekiyorsa, belki bu enzim sistemiyle etkileşme bakımından şu gruptaki ilaçlara biraz daha öncelik vermek gerekebilir.

Antidepresanlarla tedavide en önemli yan etkilerden, sorunlardan bir tanesi, libido kaybıyla karakterize ve bunun dışında, ejakülasyon bozuklukları, kadında orgazmın inhibisyonu, erektil işlev bozukluğu ve

priapizim'e kadar uzayan birtakım yan etkileri ortaya çıkarabilmeleri. Özellikle libido kaybı, çok defa depresyonun kendi doğasıyla karışan bir durum. Yani zaten depresif olan hasta, antidepresan kullanmak üzere hekime giden hastanın libido kaybı zaten var. İlacı kullandığı zaman, libido kaybının geriye dönmesi gerektiğini düşünmeyebiliyor veya kendisinde olan libido kaybı çok daha ağır bir duruma gidiyor ve bu durum çok defa atlanıyor. Bunun en büyük nedenlerinden bir tanesi de yan etki dediğimiz zaman, hastalarda cinsel işlev bozuklukları falan fazla lüks kabul ediliyor, daha çok kardiyovasküler etkileşmeler üzerinde duruyor insanlar. Tabii ki sonucu bakımından öldürücü olabileceği için, daha tehlikeli, ama bu da yaşam konforunu çok olumsuz etkileyen bir durum.

Baktığımız zaman, cinsel işlev bozukluğuna en çok neden olanlar, MAO inhibitörleri, ama burada Moklobemit'i hariç tutuyoruz, trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, Venlafaksin ve Reboksetin'de yayınlanan raporlar doğrultusunda riskin yüksek olduğunu görüyoruz, yani bu tarz yan etkilerin yüksek olduğunu görüyoruz. Buna karşın, Bupropion, Mirtazepin, Tianeptin ve Moklobemit'te bu etkilerin olmadığını, hatta bunları biraz sonra göreceğiz, yer değiştirme amaçlı olarak kullanılabilir, bu ilaçların bazıları -örneğin Bupropion- tedavi amaçlı da kullanılabilir.

Özellikle SSRI kullananlarda eğer bir cinsel işlev bozukluğu tanımlanmışsa hasta veya en azından cinsel işlev bozukluğuyla ilgili depresyondan gelen problemlerine antidepresan kullanımıyla bir düzelme olmamışsa, o zaman Bupropion, Mirtazepin, Moklobemit ve Tianeptin seçenekleri karşımıza çıkabiliyor. Bazen tablo çok ağır olabiliyor. Böyle ağır durumlarda antidot kullanımına gidilebiliyor. Burada da Siproheptadin, Buspiron, Yohimbin, Neostigmin, Batenekol, Amantadin, Bupropion ve Sildenafil gibi ilaçlar kullanılabilir. Ancak bu ilaçlar, böyle peynir ekme gibi önerilebilecek ilaçlar değil. Burada ilaç seçimi, kullanılan antidepresanın antidotla etkileşimi olup olmadığını ve o hastanın antidotu kullanmaya engel teşkil eden bir sorunu olup olmadığını sorgulanmasıyla verilmesi gerekiyor. Özellikle Sildenafil kullanımında nitrat kullanan veya çeşitli anjina ilacı kullanan hastalarda ani ölüm vakaları hiç de az değil. Bu ölüm vakalarından sonra bunların kullanımı kontrol altına alındı.

Ben birtakım tablolar göstererek konuşmamı tamamlamaya çalışacağım, ki bu süre içerisinde ancak bu kadar verilebilir diye düşünüyorum. Gebelik söz konusuysa, düşük risk grubunda herhangi bir ilacımız yok, yani bir gebeye antidepresan verecekse hekim, yarar-zarar oranını mutlaka göz önüne almak zorunda. Kullanacaksa, orta sütun daha iyi. Şu sütunu, yani teretojenite bakımından daha riskli bir grup olan Amitriptilin, İmipramin Lityum ve Reboksetin'i kesinlikle kullanmamamız gerekiyor. Elimizde bu seçenekler var, bunlara bakmamız gerekiyor.

Emzirmeye geldiğimiz zaman, emziren bir annede Karbomazepin... Karbomazepin bir anti epileptik ilaçtır, ama bazı vakalarda antidepresan etkisi olduğu da gösterilmiş ve süte geçiş oranı az olduğu için, Karbamazepin kullanılabilir. Trisiklik antidepresanlar ilginç olarak birçok yerde çok riskli ilaçlar olmasına rağmen, emzirmede riskli ilaçlar grubunda değerlendirilmiyorlar. Bupropion, MAO inhibitörleri, -tabii Moklobemit de bir MAO inhibitörü, ama istisna teşkil ediyor burada-

Lityum, Maprotiin ve Venlafaksin gibi ilaçları emzirenlerde kesinlikle önermememiz ve kullanmamamız gerekiyor.

Karaciğer hastalığı olanlarda Karbamazepin, Lityum, Mianserin ve Paroksetin'i tercih edebiliriz, MAO inhibitörlerini kesinlikle önermiyoruz. Eğer şu ilaçlarla bir etki sağlanamıyorsa, orta gruptan bir ilaç seçimine gidilebilir.

Yine böbrek hastalığı olanlarda Fluoksetin, Lityum ve Venlafaksin'ın yüksek riske sahip olduğunu, buna karşın Mianserin, Moklobemit, Sertindol, Trazodon ve trisiklik antidepresanların daha emniyetli kullanabileceğini görüyoruz.

Kardiyovasküler risk önemli bir şey. Dedik ki, depresyon yaşlılık hastalığı, depresyon görülme sıklığı yaşlılıkta giderek artıyor ve yaşlılar, aynı zamanda kardiyovasküler problemleri olan kişiler. Dolayısıyla yaşlılarda antidepresan ilacı çok önemli. Kardiyovasküler riski olan kişilerde, özellikle Sertindol, trisiklik antidepresanlar ve Venlafaksin, tehlike yaratabilecek ilaçlar, kaçınmamız gerekiyor. Düşük risk ve orta risk grubundan ilaçlar seçebiliriz, tabii öncelikle bu düşük risk grubundan olmak üzere.

Diyabet hastalarında MAO inhibitörlerini kesinlikle önermiyoruz. Reboksetin, SSRI'lar, Trazodon, Venlafaksin gibi ilaçlar burada kullanılabilir. Yine glomda trisiklik antidepresanlar oldukça yüksek riske sahip. Lityum, Moklobemit, Sertindol, Trazodon ve Venlafaksin kullanılabilir ilaçlar arasında.

Epilepsilere Tianeptin'i ekledim; çünkü yaptığımız iki tane çalışmanın sonucu çok net gösteriyor ki, antikonvülsan özelliğe sahip bir ilaç. Eğer hasta, epilepsi hastasıysa, Reboksetin ve SSRI'ların yanı sıra, Tianeptin de kullanılabilir. Reboksetin ve SSRI'ların epilepsi eşiğini değiştirmedığı yolunda yayınlar var. Tianeptin, aksine antikonvülsan etkiye sahip. Belki başka kullandığınız antiepileptik ilacının dozunu azaltmaya da yardımcı olabilir diye düşünüyoruz.

Benim konuyla ilgili söyleyeceklerim bu kadar. Hızlı bir şekilde sanırım bitirmeye çalıştım.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Aysel Gürsoy)

- Prof. Dr. Tayfun Uzbay'a bu güzel sunumundan dolayı teşekkür ediyorum. Vaktimizi çok aştık, 15 dakika bir aşım var. O bakımdan sizlere rica ediyorum; eğer bir sorunuz varsa, lütfen arada sorunuz.

Ben bundan sonraki Oturum Başkanı Prof. Dr. Turhan Baykal, Ecz. Halis Mavloğlu'nu buraya davet ediyorum.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Nükhet Tartan)

- Ben de Türk Eczacıları Birliği adına değerli hocalarımız Prof. Dr. Aysel Hanım ve Tayfun Bey'e çok teşekkür ediyorum. Bu konu, gerçekten derya gibi bir konu. İlgilenen arkadaşları Türk Eczacıları Birliği'nin meslek içi eğitim programları çerçevesinde akademiden bilgiler almaya davet ediyorum.

İyi günlerde birlikte olmak dileğiyle hepinize saygılar sunuyorum.

