

YANLIŞ İLAÇ KULLANIMI-ZARARLI KULLANIM, KÖTÜYE KULLANIM, BAĞIMLILIK

Ralph Edwards

- ✧ Arkaplan ve Tanımlar ✧ İlaç Bağımlılığı İle İlgili Genel Kurallar
- ✧ Bazı Kötüye Kullanılan Maddelerle İlgili Yorumlar ✧ Nefis Tedavisi
- ✧ Tedavi Durumlarında Ortaya Çıkan İlaç Bağımlılığının Teşhisi İle İlgili Klinik Kurallar
- ✧ Bağımlılığın Raporlanması ✧ Önleme ✧ Sonuç

I. ARKAPLAN VE TANIMLAR

Psiko-aktif ilaçların sağlık açısından olumsuz sonuçları ile ilgili terimlerin kullanımında oldukça fazla karışıklık vardır. Bu karışıklığın önüne geçmenin zor olmasının nedeni "hap" kelimesinin bazen "çoğu zaman kanun dışı olarak kullanılan ve psikolojik etki yaratan madde" anlamına da gelmesidir. Diğer zamanlarda reçete ile kullanılan veya bir sağlık profesyonelinin tavsiyesinde kullanılan ilaç ürünü anlamına gelmektedir.

Bu bir konuya başlamak için sıkıcı bir yol olabilir ama bu alandaki terminoloji karışıklığı, hem hastalar hem de doktorlar açısından, sağlık açısından, sosyal, ve kanuni açıdan ciddi sonuçlara yolaçabilecek iletişim kopukluklarına yolaçabilmektedir.

Bu nedenle terimlerin nasıl kullanıldığına dair net bir anlayış olmalıdır. Aynı terimleri kullanan otoriteler arasında oldukça fazla zihin karışıklığı mevcuttur. Bu üniteye aşağıdaki tanımlar kullanılacaktır. Bu kullanımlar mümkün olduğu kadarıyla *Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması*'nin 10. Baskısı (ICD 10) ile uyumludur.

İlaç- Herhangi medikal ürün

- Yanlış kullanım (misuse)- Herhangi bir ilaç ya da maddenin, sağlık profesyoneli tavsiyesi olmadan ya da bu tavsiyenin tersine, farmakolojik etkileri için kullanılması
- Kötüye kullanım (abuse)- bir ilacın sürekli veya meşru olmadan, uzun vadeli ve gereksiz biçimde veya fazla dozajlarda kullanılması
- Zararlı kullanım (harmful use)-Sağlığa (akli veya fiziksel) zarar verecek biçimde psiko-aktif ilaç veya madde kullanma alışkanlığı

Yanlış kullanım, kötüye kullanım ve zararlı kullanım terimlerinin çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılmasına dikkat edin. Ancak bir ilacın arada bir 'yanlış kullanılması'ni daha ısrarlı ve zarar veren 'kötüye kullanımından (ki bu sadece psiko-aktif –bağımlılık yaratan- ilaçlar için kullanılır) ayırdetmekte fayda vardır. Psikoaktif ilaçların hemen hemen tümünün yanlış veya kötüye kullanım potansiyelleri vardır.

Bağımlılık bir madde için (ilaçlar da dahil olmak üzere) psişik çok istemedir. Bağımlılık sendromları aşağıdakileri içerir:

1. Bir ilacı almak için çok kuvvetli arzu veya zorlayıcı his

2. Madde kullanma davranışında başlangıç, bitirme ve miktarları kontrol edememe hali
3. İlacın kesilmesinde fizyolojik yoksunluk durumu
4. Tolerans
5. Alternatif zevk ve ilgilere ilgi duymamanın git-tikçe artması
6. Çok zararlı etkilerin oluştuğuna dair net kanıt olsa da kullanıma devam

Bağımlılık teşhisi bu maddelerden en az üç veya daha fazlasının bir önceki yıl boyunca mevcut olduğu durumlarda kesinlikle konulabilir. Bağımlılık serabral reseptörler üzerinde etki eden herhangi bir ilacın uzun süre kullanımında ortaya çıkabilir. Bu reseptörlerin tekrar regüle edilmeleri farmakolojik bir açıklama getirir ama dikkat edilmesi gereken husus farmakolojik bir temel tanınmadan da klinik bir bağımlılık oluşmuş olabilir.

“Yoksunluk durumu (veya sendromu)” ilacın veya maddenin azaltıldığı veya kesildiği durumlarda farklı kümelenen ve farklı şiddette oluşabilen semptomlar demektir. Yoksunluk durumları daha çok uzun süreli ve/ya yüksek dozaj kullanımları sonrasında oluşur. Yoksunluk durumları, başlama ve seyirleri arasındaki zaman ilişkisi maddenin tipine ve durumun başlamasından hemen önce kullanılmış olan doza bağlıdır. Bu özellikle zor bir terimdir çünkü sadece bağımlılıkta ilgili sendromlar için kullanılır. Öte yandan, terim sık sık farmakolojik reseptörlerin aşağıya doğru regüle edilmelerinin sonuçları ile ilgili olarak da genel anlamda kullanılır. Ayrıca, daha önce bastırılmış psikolojik semptomların tekrar ortaya çıkması da yoksunluk durumu ile karıştırılabilir. Teşhisin yoksunluk durumu olabilmesi için gözlenen semptomların daha öncekilerden daha şiddetli olması gerekmektedir. Ve bu durumda,

bahis konusu olan reseptörlerin farmakolojik durumu değil ciddi bir klinik durumdur. Örneğin, konvülsiyon yoksunluk durumlarında sık rastlanan bir sendromdur.

‘Tolerans’ eskiden daha az dozajlarda elde edilen etkileri elde etmek için psikoaktif maddelerinin dozajlarının artmasının gerektiği zamanlarda kullanılan bir terimdir. Bu terimin aynı zamanda reseptör farmakolojisinde, reseptörlerin aşağı doğru regüle edilmelerinde de kullanıldığına dikkat edin. Bu durumlar klinik durumun nedeni olsa bile klinik gözlemlerden ayırılmelidirler.

Alışkanlık ve bağımlılık aynı anlamda kullanılmaktadır.

II. İLAÇ BAĞIMLILIĞI İLE İLGİLİ

GENEL KURALLAR

İlaç bağımlılığında, yatkınlık faktörü konusunda oldukça çok yazılı materyal mevcuttur. Bu ünite, psikopatolojik mekanizmaların açıklanması yerine, birkaç temel pratik nokta ele alınacaktır. Birçok bağımlılık kurbanının görünürde normal geçmişleri vardır. Bazıları sadece bir maddeyi sosyal ortamlarda, zevk için deneme hatasını yaparlar; değişen yanlış ve kötüye kullanım sürelerinden sonra maddenin farmakolojisi devreye girer. Diğer kurbanlar hayatın normal baskılarından kaçmaya eğilimi olan kişilerle sahip olabilirler. Bu yüzden modlarını yükseltme ya da bilinç düzeylerini değiştirme ihtiyaçları madde kullanımını sürekli hale getiren bir başka baskı etkeni olabilir. Bu özellikle tolerans oluşmaya başladığında ve ilk etkiyi elde etmek için doz arttırımı gerekli olduğunda geçerli olabilir.

Bazen bir ilacın kullanımı anlaşılırdır. Yas durumunu hafifletmeyi denemek makul ve insani bir hedef

olabilir ama bu bazı kişiler için kullanımdan yanlış kullanıma, yanlış kullanımdan kötüye kullanıma, kötüye kullanımdan bağımlılığa giden yolun başlangıcı olabilir. Ayrıca, hayatın tüm iniş anlarının tedavi edilmesi gerektiği varsayımı yanlış olabilir. Bağımlılıkta öğrenilmiş davranış biçimlerinin de rolü vardır. Sık sık ilaç kullanan ebeveynlerin çocuklarının madde kullanma veya kötüye kullanma ihtimalleri daha yüksektir.

Madde-bağımlısı kişinin özgeçmişini ne olursa olsun, davranış biçimleri klinik olarak ele alınmalıdır ve temel psikolojilerinin ilacın etkilerinin (zihin karışıklığı, agresyon) ve çeşitli zamanlarda, ilaca yoksunluk durumunun bir kısmı olarak değerlendirilmelidir. Kurbanın nasıl hissettiği ve davrandığı ilaç kullanımının zamana yayılma biçimine göre değişecektir. Kronik kötüye kullananlar ve bağımlılar bu değişen durumların çok farkındadırlar. Bu kişilerin hayatları diğer herşeyi dışarıda bırakacak şekilde bunun etrafında ve onun hakkında konuşarak döner.

Örnek olarak, bir hasta madde barındırmaktan dolayı iki yıllık bir hapis cezasından salındıktan bir hafta sonra barbiturat reçetesi yazdırmaya çalıştı. İstedigini elde edemeyince bir şehir haritası istedi ve bir otobüs rotasında kolayca ulaşabileceği doktorların yerlerini işaretledi. Birkaç hafta sonra başka türlü bir nedenden dolayı tekrar medikal bir durumu ortaya çıktı. Kollarından kendine iğne yapmaya başlamıştı. Bu damarlarda tromboz olmuş ve enfeksiyon meydana gelmişti. Kütüphaneden bulduğu bir anatomi kitabını kullanarak femoral damarlarını kullanmaya başlamış ve yanlışlıkla atardamarlardan birini deleterek hematoma yolaçmıştı. Dorsal penil damanın büyük olduğunu farketmiş; onda tromboz olana kadar onu kullanmıştı. Daha sonra ayna yardımıyla alındaki bir damarı kullanmış, en sonunda da toz şeklindeki maddeyi temporal atardamara enjekte

etmişti. Bunun sonucunda mikroembolizasyon sonucu kafa derisinin büyük bir bölümünde nekroz oluşmuştu. Buraya parça eklenmesi gerekti. Baza hastaların göze alacakları şeyler bu derece ileri gidebilir!

Ağır biçimde ilaç-bağımlısı olan kişiler ihtiyaç duydukları parayı bulabilmek için hırsızlık ya da seks işçiliği yapabilirler. Artan ilaç kullanımının bedelleri yüksektir ve göreceli olarak normal oldukları ve bir sonraki enjeksiyonlarını aramadıkları ve çalışabilecekleri zaman aralıkları gittikçe azalır. Bu tür davranış biçimlerinin kabul edilmez görülmesi şaşırtıcı değildir ama gittikçe kontrol dışına çıkan bağımlılıkları çerçevesinde değerlendirilmelidirler. Bu yüzden ilaç bağımlısı hastalara talep ettikleri maddeyi, bir diyabetik hastaya insulin verdiğimiz gibi, verip verilmemesi gerektiği konusunda halihazırda bir tartışma vardır. Bu tür bir yaklaşım kirli enjeksiyon kullanım riskini azaltır (ve böylece hepatit B ve HIV enfeksiyonunu düşürür), madde kötüye kullanımının sosyolojisi hakkında biraz kontrol ve bilgi imkanı sağlar ve psikososyal desteğe izin verir.

Dezavatajları ise toplumun ilaç tedarikçisine dönüşmesi ve bağımlılık durumunun başlaması ve uzaması riskinin de doğmasıdır. Bir hastanın elinde olan maddenin bir kısmını başkalarından para kazanmak için kullanması riskine karşı çok ciddi tedbirler alınmalıdır. Daha az zararlı ve daha az bağımlılık yaratan ilaçların verilmesi sosyal olarak kabul edilebilecek bir ödündür (örneğin eroin yerine metadon kullanılması). Birçok ülkede bu yöntem kullanılmaktadır ama hastanın ilacı bırakma konusundaki motivasyonuna, mümkün olan kontrol ve takip derecesine, tercih edilen maddenin erişilebilirliğine ve herşeyden önemlisi, hastanın yerine verilen ilacı kabul etmesine bağlı olarak başarı dereceleri değişir.

Ciddi biçimde bağımlı olan hastalar herşeyi kötüye kullanabilir. Birden fazla madde kötüye kullanımına sık rastlanır: hastanın tercihleri olsa da ne önerilirse onu kullanmaya hazır bir durumda olabilir. Bazı gençler de ayrıca arkadaş baskısından dolayı, denemek için, riskleri çok da anlamadan her türlü mevcut maddeyi kullanabilirler. Solvent kötüye kullanımının yaygın olduğu bir okulda, öğretmenin düzgün kontrol etmediği bir kimya sınıfında bütün sınıf klorin gazı içine çekmişti. Bir kısım öğrenci, öğretmenin uyarılarına kulak asmayarak, çok miktarlarda gazı içine çekmişti. Bunlardan üç tanesi yoğun bakıma kaldırıldı ama hayatta kalabildiler. Geniş bir ranjda uçucu maddelerin kötüye kullanımı zamana ve yere göre değişim gösterir. Bunlarla başa çıkmanın en iyi yolu, eğitim programları ve ürün uyarıları ile mümkündür.

İlaç kötüye kullanımının bir parçası da şiddet içeren hareketlerdir. Bu tür davranışlar, amfetamin ve benzer maddelerin yarattığı psikoz ve heyecan durumlarından, madde elde etmek çabalarının hüsrana sonuçlanması, madde satıcılarının (ki kendileri de kötüye kullanıcı olabilirler) acımasız davranışlarından ve çaresizce bağımlı olanlardan faydalanmaya yönelik kriminal bir kültürden kaynaklanabilir. Bu durumlarla uğraşırken kişinin tüm kişisel riskler karşısında önlem alması gerekmektedir. Bu riskler arasında HIV ve hepatit enfeksiyonu da vardır.

Sağlık profesyonellerinin madde kötüye kullanıcıları ile dört çeşit interaksyonu olabilir:

- Sağlık profesyonelleri madde bağımlılarının istediği ilaçları yanlarında taşımakta olabilirler. Bu yüzden hırsızlık ve kişisel şiddetin hedefi olabilirler. Bu risk karşısında tedbir alınmalıdır.
- Bulaşıcı hastalık taşıyan bağımlıları tedavi etmek durumunda olabilirler. Bu zamanlarda

kendilerine HIV veya hepatit bulaşma riski karşısında dikkatli olmalıdırlar. Ayrıca kendi yazdıkları reçetelerdeki ilaçlarla hastaların kullanmakta oldukları maddeler arasındaki etkileşime dikkat etmeleri gerekmektedir. Sürekli eroin kullanımı durumlarında, örneğin, ağrı yönetimi daha karmaşık bir hal alır. Opiatlara tolerans mevcut olabilir ve buprenorfin gibi bazı ilaçlar kısmi yoksunluk durumları yaratabilir. Bunun nedeni buprenorfinin opioid reseptörleri için yarışması ama eroinle aynı etkiyi yaratmamasıdır.

- Bazı sağlık profesyonelleri kendilerini bağımlılığı tedavi etme ya da yönetme pozisyonunda bulabilirler. Bu, çoğu zaman uzmanlara ait olan bir alandır. Sosyal ve medikal bakımı, psikoterapiyi ve hastanın tercih ettiği, bağımlı olduğu maddenin yerine geçebilecek bir başka ilacın uygulanmasını içerir –afyon bağımlılığında metadon veya buprenorfin kullanılması gibi. Birçok zor etik ve pratik sorular doğabilir. Sık rastlanan bir örnek hastanın ilaç ihtiyacının tesbitidir. Çok fazla metadon verilen hastalar ilacın fazlalığını diğer bağımlılara satabilir. Bu yüzden doz çok dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir ve ilaç alımı takip edilmelidir. Bazı ülkelerde temiz şırınga ve iğnelerin bağımlılara verilmesi, bu pratiğin bağımlılığı teşvik edip etmediğine dair etik tartışmaları gündeme getirmiştir. İlaç kullanımı birçok ülkede kanun dışı olduğu için, ilaçları “teşvik etme”nin ciddi cezaları vardır –ölüm cezası da dahil olmak üzere. Hastalar bakmak ile kriminal davranışlarını ilgili makamlara bildirmek arasında kalmak ciddi bir durumdur. Üstelik işlenen suç ilaç kullanımı ile ilgili de olmayabilir. Hırsızlık ve seks işçiliği daha önce de belirtildiği gibi sık rastlanan olaylardır. Hasta yardım edilme konusunda motive ise bu durumların kaçırılma-

ması önemlidir. Ciddi madde kötüye kullanım problemi olan birini eğer motivasyonu yoksa tedavi etmek çok zordur. Hastaya destek olabilecek iletişimi korumak ve aynı zamanda onlara ilaç tedarik etmemek zor olabilir. Madde kötüye kullanıcılarının takip edilmesi, hayat biçimlerini değiştirmeye yönelik motivasyonlarının olduğu anları tespit edebilmek (ki bu çoğu zaman bağımlılıklarından kurtulmaktan çok daha fazlasını içerir) açısından çok önemlidir. Bağımlılığın bundan daha geniş, uzman yönetimi bu kitabın kapsamının dışındadır. Bunun uzmanlar için bir tedavi alanı olduğunu söylemek yeterli olacaktır.

- Daha fazla sayıda sağlık profesyoneli, yanlışlıkla aşırı doz almış ya da yoksunluk durumunda olan bağımlıların akut yönetimi ile uğraşır. Aşırı doz yönetimi normal yönetimden farklı değildir. Tek farklılık aşırı dozda hangi maddelerin mevcut olduğunu tespit etmek zor olabilir. Hem hasta hem de hastanın akrabaları veya arkadaşları kanun dışı ilaç kullanımını itiraf etme konusunda tereddütlü olabilirler. İçine kapanma farklı bir problemdir. Birçok bağımlı, içine kapanma semptomlarını gerçekten göstererek ya da taklit ederek ilaç bulmaya çalışacaktır ve bu şekilde kandırılmaya müsait reçete yazan kişilerden istediklerini elde edebilirler. Bu durum dikkat gerektirmektedir. Yerel rehabilitasyon merkezleri, hastaneler veya meslektaşlar ile konsültasyon halinde olmak gerekir ki hasta doğru ismini vermişse bilgi toplamak mümkün olsun. Öte yandan bunun zaman alan ve sonuç vermeme ihtimali de olan bir yöntem olduğu da bir gerçektir. Eğer hastanın gerçek talepleri gözardı edilirse bazı yoksunluk semptomları çok şiddetli ve hatta ölümcül olabilir. Örneğin barbiturat yoksunluğu ölümcül konvülsiyonlara yolaçabilir.

Verilebilecek en iyi pratik tavsiye şudur. Mümkün olduğu kadar hastanın ihtiyaçlarının gerçek olduğundan ve semptomlarının hakiki olduğundan emin olun. Eğer mümkünse, tek bir denetim dozu uygulayın ama bunun hasta için aşırı doz olabilir ihtimalini de gözönünde bulundurun. Verilen miktar hastanın uzman yardımı alabileceği süre ile orantılı olmalıdır. Uzman yardımını tavsiye etmelisiniz: bu anında mümkünse, hastanın bu yere güvenli şekilde ulaşmasını sağlamalısınız. Hastayı, merkezinizde başıboş bırakmayın. Kanunun belirlediği sınırlar içinde hareket ettiğinizden emin olun.

III. BAZI KÖTÜYE KULLANILAN MADDELER

ÜZERİNE YORUMLAR

Şu ana kadar yapılan araştırma ve sonuçların büyük bölümü alkol ve opiat (afiyondan elde edilen narkotik ilaç) opiatın kötüye kullanımından kaynaklanan rahatsızlıkların tedavisi üzerine yoğunlaşmıştır. Tüm ilaçlarda, ilk hedef hastayı ilaçtan vazgeçirmek, fiziksel bağımlılık yaratan ilaçların (alkol, nikotin, opiatlar, kafein, benzodiyazepan gibi bazı psikotropik ilaçlar ve muhtemelen antidepresanlar) yoksunluk etkilerini tedavi etmek veya önlemektir. İkinci faz ise tekrarlanmasını ve eski kötü haline dönmesini engellemektir –bu da sosyal destek, psikoterapi ve davranışsal yaklaşımların bir kombinasyonu ve mümkün olduğu durumlarda farmakoterapi ile yapılır.

III.a. Opsiyonlar

Temelde bu ilaçlar sosyal ortamlarda kullanıldığında, bağımlılık çabuk oluşur. Ölümcül hastalarda, ağrının kontrol altında tutulması için kullanıldığı durumlarda dozajın artırılmasına çoğu zaman gerek olmaz.

Yoksunluk sendromu gribe benzer semptomlarla, esneme ve terleme ile başlar. Bundan sonra halsiz-

lik, üşüme ve ürperme eklenir. Kusma, hipertermiya, istem dışı hareketler, yüksek tansiyon, miyalji ile devam eder. Tüm sendromların geçmesi çoğunlukla bir haftada geçer ama düşük tansiyon, bradikardi, pupilla genişlemesi (midriyaz) aylarca devam edebilir. Miyosisin normal bir ilaç etkisi olduğunu dikkate alın. İçine kapanma sevimsizdir ama çoğunlukla tehlikeli değildir.

Opioid kötüye kullanımının ve bağımlılığının tedavisinde –sosyal anlamda komplikasyonlarının önlenmesi, özellikle ortak iğne kullanımı sonucu HIV ve hepatit B bulaşması durumlarının yanısıra– saf agonist olan veya yarı agonist-antagonist (metadon, buprenorfin) olan ilaçlar yerine geçirilebilir. Burada amaç reseptör hassasiyetinin azalmasını ve tolerans gelişmesini engellemektir. Opiat bağımlılığının tedavisinde başarı sadece kullanımın azalması ile değil, sağlık bakımı bağlantısının kurulması ve sosyal rehabilitasyonu ile de bağlantılıdır.

Aşırı doz kullanımında respirasyon vazgeçilmezdir. Opiat antagonistleri kullanılabilir ama yoksunluğa yolaçabilirler. Dekstropropofen aşırı dozda tehlikelidir. Opiat almış olan hastalar genelde uykulu ve pasiftirler.

III.b. Barbitüratlar

Kuvvetli bağımlılık oluşması kısa sürede olabilir. İçine kapanma sendromu konvülsif davranışlardan oluşur. Bunlar beklenmeli ve kontrol edilmelidirler. Bu davranışlardan önce 12 saat veya daha fazla süre boyunca zihin karışıklığı, kusma ve gayri ihtiyari seğirme olur. Barbitüratlar vertlebilir ama nöbetler için ek antikonvülsan ilaçlar gerekebilir. Tekrar söylemek gerekirse, aşırı doz kullanımında respirasyon yönetimi çok önemlidir. Barbitürat kullanan bir insan çoğunlukla agresiftir ve zihin karışıklığı vardır.

III.c. Halüsinojenler

Bunların çeşidi çoktur ve bitkisel ürünleri ve solventleri de içerirler. Kullandıklarında sonuçları kestirilemez ve bazen korkutucu halüsinasyonlara ve delüzyonlara yol açabilirler. Bu maddeler kullanıldığında kardiyovasküler ve sinir sistemi stimülasyonlarından dolayı ani ölümler olabilir. Hastaları, psikik etkiler sürerken fiziksel zarardan korumak yönetimde çok önemlidir. Ancak bu durumlarda hastayı kontrol edebilmek zor olabilir. Hastanın sakin kalması için onlarla konuşmak bazen çok zaman alabilir.

Bazı hastalar, uzun süre maddeyi almamış olsalar da, fazla kullanım sonrasında “geriye dönüşler” (flash back) yaşayabilirler. Bu durumlarda sakinleştirici ve antipsikozlar gerekebilir.

İçer çekilen maddeler ayrıca kullanılan yöntemler ve ekipmandan dolayı boğulmaya da yolaçabilir.

III.d. Stimülanlar

Bunlar heyecan, iştah kapanması, cinsel stimülasyon, arttırılmış motor aktivitesi, mani ve sık sık karıncalanmanın olduğu psikoz üretirler. Nöbetler ve solunum azalması sonucu ölüm, örneğin koka-in gibi maddelerin aşırı dozda alınması ile oluşur. Diskolarda kullanımın, kişinin zaten aşırı fiziksel aktivite sonucu dehidrasyona uğramasından dolayı, özellikle tehlikeli olduğu önerilmiştir. Rehidrasyon ve genel destekleyici ve semptomatik tedavi gerektiği şekilde kullanılır.

III.e. Mariuana

Maddenin sigara gibi içilmesinden kaynaklanan karsinogenez, bronşit, vb. ihtimaller ve kromozom bozukluğu dışında, genel anlamda, bir tehlikesi yoktur. bu tehlikeli bir madde değildir –. Etkisi, coşku

ve gülme krizleri sonrasında sakinlik ve kişinin kendi dışına çıkma hissi yaratmasıdır. Konjuktiva ve kan basıncı düşer. Psikoz ve demensiyanın raporlandığı durumlar da vardır ama bunlar nadirdir.

Genel bir kural kullanım, yoksunluk ve aşırı doz kullanımının diğer ilaçlarla tedavi etmemektir. Genel destek ve kontrol çoğu zaman uygundur. Öte yandan, antikonvulsan kullanımı hemen olmalı ve diğer ilaçlar klinik, psikolojik ve sosyal duruma bağlı olarak düşünülmelidir.

III.f. Alkol

Madde kötüye kullanımında etanolün yeri özeldir. Çok sık kullanılır ve kanunla sınırlandırılmamış olmasından çok kişi faydalanır. "Sosyal rahatlatıcı"dır, insanların inhibisyonlarını azaltır ama fazlası sorumsuz ve agresif davranışlara yol açar ve morbiditenin ve ölümlerin önemli bir nedenidir. Aşırı kullanım "akşamdan kalma" etkilerine de yol açar: baş ağrısı, mide bulantısı, halsizlik ve titreme gibi semptomlar bir güne kadar devam edebilir. Bu semptomların serebral dehidrasyondan olduğu (alkolün antidiüretik hormon süpresyonu yoluyla diyüretik etki yaratmasından dolayı), metabolit asetaldehid ve bazı içkilerde mevcut olan aromatik maddelerden kaynaklandığı söylenmektedir. Bu mekanizmanın ne kadar etkili olacağı, "akşamdan kalma" hallerinin çeşitliliğinden ve kaçınılması gereken içkilerin tiplerinden de anlaşılacağı gibi değişiklik gösterir! Erken oral rehidrasyon güvenli bir önleme yoludur. Normal dozlarda parasetamol kullanımı da baş ağrısını geçirir (alkol aspirin kaynaklı gut irritasyonuna eklenebilir ama aynı zamanda yüksek dozlarda karaciğere hasar verebilir; bu da parasetamolün yüksek dozlarda kullanımından karaciğere zarar gelmesi riskine eklenir). Alkol kaynaklı akut dozda toksik durumun en iyi tedavisi hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesinin engellenmesi, hava-

yolunun açık olduğundan emin olunması (özellikle kusma durumlarında) ve metabolik bozuklukların giderilmesi ile olur.

Alkolün zararlı kullanımı ne yazık ki sık rastlanır bir durumdur ve buna göz yumulur. Bu tip kullanımlar sık sarhoş olmayı ve alkolün etkilerinin özellikle tehlike yarattığı durumlarda (örneğin araba kullanmak ve diğer makine kullanımı) alınmasını içerir. Daha az göze çarpan, ama bazen felakete yolaçan zararlı etkileri arasında, kişilerarası ilişkilerde ve genel anlamda karar vermede yanlışlıklar yer alır (Bu arada dikkat çekilmesi gereken bir nokta diğer psikoaktif maddelerin –özellikle sedatif/sakinleştirici ilaçların ve antihistaminlerin- de araba kullanma üzerinde benzer etkileri olduğu yönünde artan bir ilgi vardır). Gastrointestinal kanama, akut pankreatit, toksik zihin karışıklığı, akut hepatit iflasi çok aşırı alkol tüketimi sonucu oluşur.

Bunlardan anlaşılacağı üzere alkolün çok ciddi sonuçları vardır. Bunların arasında çocuklara kötü davranma, evde veya dışarıda şiddet, trafik kazaları da sayılabilir; sirozdan yüksek tansiyona kadar gider. Alkoliklerin yaşam beklentilerinin, istatistiksel anlamda orta değeri 55'tir. Alkol, her yıl Avrupa'da yüzbinlerce ölümün nedenidir. Bunun sosyal ve sağlık anlamında bedelleri de cabasıdır. Buna rağmen alkol bağımlılığının tedavisine verilen dikkat azdır.

Sık ve aşırı kullanım tek başına bağımlılık anlamına gelmeyebilir. Ancak alkol kullanımının artıp artmadığına ve hastanın alkolsüz yapıp yapamadığına, yoksunluk semptomlara gösterip göstermediğine dikkat edilmesi gerekir. Uzun süreli aşırı alkol tüketimi, bağımlılık olsun ya da olmasın, kronik karaciğer hasarlarına, siroz ve demensiya ile sonuçlanan merkezi sinir sistemi hasarlarına (Wernicke-

Korsakoff sendromu) yolaçabilir. Alkolün besin yerine tüketilmesi, belenme yetersizliğine, tiyamine ve diğer vitamin eksikliklerine neden olur. Bunlar CNS hasarını artırır ve nöropati, serebellar bozukluk ve hafıza bozuklukları ile ilintilidir. Damar yoluyla 50 mg tiyamin ve daha sonra, normal bir beslenmeye kadar, günlük olarak oral kullanım işe yarayan bir tedavidir. Alkol özellikle hamilelik sırasında kullanılmamalıdır. İlk trimesterde ağır kullanım özellikle olmamalıdır.

Olduğu durumlarda fetal hasar kendini zeka geriliği ve 'fetal-alkol sendromu' olarak adlandırılan diğer fiziksel anormallikler şeklinde gösterir. Kronik ağır alkol kullanımı, ayrıca karaciğer ve gastrointestinal trakt kanserleri riskinin artmasını, kalp hastalığına ve jinekomasti, testiküler atropi, hipoglisemi ve hiperaldosteronizm ile de ilintilendirilmiştir.

Alkolizmin gelişmesi çoğunlukla sinsidir. Sık sarhoş olmadan bağımlılığa giden yol yıllar alabilir. Böyle olduğu için de ve alkol başka maddelerle de etkileşebildiği için (diğer psikoaktif maddeler ve karaciğere etkisi üzerinden), hastanın neler kullandığı medikal öyküsünün önemli bir parçasıdır. Anestesi öncesi alkolün kötüye kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak son derece önemlidir çünkü böyle bir durum anesteziyi zorlaştırabilir ve alkol yoksunluk sendromları iyileşme sürecini zorlaştırabilir.

Etanolden yoksunluk sendromu şunlardan oluşur: anksiyete, insomniya, muhtemel konvülsiyonlar ve görsel halüsinasyonlar (deliryum tremens -DT'ler). Sakin bir çevre, uygun (ama aşırı değil) hidrasyon), dikkatli takip ve ek olarak antikonvülsif-sedatif maddelerin (temelde benzodiyazepanlar konvülsiyonları önler veya tedavi eder) kullanımı ile tedavi edilir veya önlenirler. Benzodiyazepanların yoksunluk morbiditesi üzerinde önleyici etkileri net biçimde

gösterilmiştir. Benzodiyazepanlar arasında -örneğin klordiyazepoksit veya diyazepam veya diğerler- önemli farklar gözlenmemiştir. Bu maddelerin son derece hassas hastalarda kötüye kullanım potansiyelinden dolayı, hızlı biçimde vazgeçilmelidirler ve tekrar kullanımlarını engelleyecek önlemler alınmalıdır. Meprobamat ve hemineürin gibi diğer ilaçlar da bazı ülkelerde sık kullanılır. Bunların etkinliği net biçimde gösterilmemiştir ve aşırı kullanımda son derecede toksiktirler.

Tekrar kullanımın engellenmesi: Tedavinin amacı tümenden alkol kullanımının durdurulması, alkolizmin ruhsal ve sosyal sonuçlarının engellenmesi, veya alkolün 'normal' sosyal kullanımına geri dönülmesi olabilir. Sonucusu nadir başarılabilir çünkü bağımlılığa uzun vadeli nöro-adaptasyon oluşmuştur. Bu da alkolizmi hayat boyu sürecek bir hastalık yapar -en azından şu anki bilgi ve tedavi yöntemlerinde bu böyledir.

Disülfiram ve diğer asetaldehid dehidrojenaz inhibitörleri, alkol alındığında reaksiyonlara yolaçarlar (*Antabuse*). Bunlar davranışsal değişiklik yaratmayı içeren tiksindirme tedavisi-dayanışma grupları ve psikososyal müdahale ile birlikte temelini oluşturur. Alkol kullanımına geri dönmeyi engellenmesi iki ilaçta sonuç vermiştir: akamprosot ve naltrekson, tiksindirme içermeyen birbirinden farklı iki mekanizma ile işler. Naltrekson temel olarak bir opioid antagonistidir. Akamprosot ise muhtemelen N-metil-D-aspartat reseptörleri vasıtasıyla işler. Bu ikisi muhtelif ülkelerde bu etkileri ile onaylanmışlardır. Alkole geri dönüş hızlarını düşürdükleri, kısa ve uzun vadeli prognozları iyileştirdikleri, ilaç kullanımı ve tedaviye uyumu arttırdıkları ve bazı iyi tanımlanmamış hasta alt gruplarında alkol isteğini değiştirdikleri veya azalttıkları görülmüştür. En az alt ay tedavi gerekse bile, uzun vadeli tedavinin etki-

leri ve optimum tedavi süresinin ne olduğu bilinmemektedir. Hasta, stabilize edilene kadar tedavi edilir ve hastalık tekrar nükesene kadar tedavi bırakılır. Bu sahada daha çok çalışma gerekmektedir. Farmakolojik araçların çıkması, nörokimyasal veya tedavi bazı muhtemel alt tiplerin anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Bu sahada pazar başarısı elde edecek bir ilacın daha öksüz bırakılmış bu sahanın gelişmesine yardımcı olacağı ümit edilmektedir.

III.g. Metanol

Metanol bir alkolün temel alkol kaynağı haline gelebilir çünkü daha ucuzdur. Metanol tüketimini zorlaştırmak için sulandırılabilir ama yine de kullanılmaktadır! Nörotoksiktir ve bu kendini özellikle gözde gösterir. Konfüzyonun eşlik etmediği görmede erken bulanıklık metanol kullanımını akla getirmelidir. Nörotoksik formatlarla birlikte bir metanol metaboliti olan formaldehit kokusu da, metanol kullanıldığının işaretidir. Etanol, akut metanol zehirlenmesinin tedavisi için kullanılabilir çünkü alkol dehidrojenaz ile daha uyumludur ve formatlardan daha azı oluşur.

Metanol kullanımı alkoliklerde tehlikeli bir işarettir çünkü tüm finansmanın tükendiğini, bağımlılık derecesinin yüksek olduğunu ve beslenmenin kötü olduğunu göstermektedir.

III.n. Nikotin

Sigara içimi nikotin'in tehlikeli bir tüketim biçimidir. Nikotin'in kendisinin tehlikeli kardiyovasküler etkileri vardır. Bunlar sigarada, biraz daha az miktarlarda puro ve pipodaki tatar ve diğer yanan ürünler kadar zararlı değildirler. Sonuç olarak şu anki görüş daha güvenli biçimde niktin sağlamaya devam etmektir -bu, nikotin bağımlılığının sürmesi anlamına gelse de. Nikotin, bantlar ve sakız formunda mev-

cuttur. Sakızın bir ek avantajı kişinin ne kadar çiğnediğine bağlı olarak nikotin alma miktarının kontrol edilmesidir. Ayrıca sakız "oral tatmin" de sağlayabilir ki bazı sigara kullananlar bunun alışkanlıklarının bir parçası olarak görürler.

Ne yazık ki, nikotin yerine geçen maddelerde tüm den kesim oranı düşüktür; muhtemel olarak % 2 civarındadır. Daha iyi ve uzun süreli sonuçlar psikolojik ve sosyal programlar ve halk sağlığı programlarında sigarasız alanlar konusunda kesin hareket edilmesi ile mümkündür. İkisi beraber en etkin yoldur. Sigara kullananların damgalanmasındaki tehlike, onların tepkiselmesi ve hayatlarına karşın bürokrasiye tepki olarak içmeye devam etmeleridir. Öte yandan diğer insanların 'pasif içici' olma riski vardır ve bu yüzden kuvvetli biçimde halk sağlığı çıkarları gözletilmelidir.

Halk sağlığı harcamalarına ve yaşam süresi beklentilerine negatif etkisi çok büyüktür. Sağlık profesyonellerinin sigara konusunda ne zaman mümkünse eğitim ve uyarı görevleri vardır. Biçok sigara kullanıcısı başka hastalıkları sonrası sigarayı bırakır ve doktorları tarafından sigaranın risklerine karşı uyarılırlar. Birçoğu tekrar başlar ama sigara bırakmayı teşvik etmek için her zaman konsültasyonlar önemli bir fırsattır.

IV. NEFİS TEDAVİSİ

Psikoaktif madde kullanım problemlerinin birçoğu bağımlılık ve tolerans şeklinde kendini gösterir. Yoksunluk yaratan faktörler tam olarak bilinmese de (yoksunluk semptomlarının engellenmesi veya tedavi edilmesini fiziksel ihtiyacının tersine), dopaminin rol oynadığı ortak bir yol olduğuna dair belirtiler vardır. Çeşitli ilaçların alkol, opiat veya diğer kötüye kullanımlarda (kokain gibi), maddenin yerine veya (nikotin sakızları veya bantları, metadon

gibi) onların yerine kullanılanlar yerine kullanılarak yoksunluk tedavi edilmeye çalışılmıştır. Başarı net değildir. Bazı aktivite gösteren ilaçlar arasında klonodin, lityum karbonat ve bromokriptin vardır ama bu sahada çok daha fazla araştırma gereklidir.

V. TEDAVİ DURUMLARINDA ORTAYA ÇIKAN

İLAÇ BAĞIMLILIĞININ TESHİSİ

İÇİN KLİNİK KURALLAR

Bu kurallar, bu etkilerin tedavinin asıl amacı olup olmadığına bakılmaksızın, sadece psikolojik etkisi olan ilaçlarla ilgilidir.

V.a. Klinik Özellikler

İlacın kötüye kullanımından kaynaklanan ilaç bağımlılığının tersine, ilaç kullanımı sırasında florid psikiyatrik semptomlar ve ilaç dozunun hızlı artması çok daha az rastlanılır durumlardır. Hastanın ilaçtan zevk alması ilacın faydasının erken, aşırı veya uygun-suz olduğunun bir işareti olarak algılanır. Bu fayda şikayeti olan hastanın durumunda objektif bir iyileşme anlamına gelmeyebilir. Bazen hasta öfori ve heyecan gibi zevk veren yan etkileri dile getirebilir. Doktor bu durumlara dikkat etmelidir çünkü hastanın tedaviden zevk alması tedaviden doktorun da hoşnut olmasına yol açabilir.

Bu noktada doktor hastanın medikal öyküsünü tekrar gözden geçirecektir. Çoğunlukla hasta madde veya alkol kötüye kullanımını saklayacaktır ama doğrudan sorular bağımlılık eğilimi riskinin yüksekliğini ortaya çıkarabilir. Benzer şekilde, kronik anksiyete, yalnız yaşama, madde bağımlısı bir yakına sahip olma ve yakın akraba veya arkadaş tacizine maruz kalmış olma gibi psikososyal risk faktörleri de gözönüne alınmalıdır. Bu bağımlılık göstergeleri teoride tedavi başlamadan saptanmış olmalıdır. Ancak bu kuralların tek amacı önleme değildir. Birçok durum-

da bu tür bilgiler ancak çok yakın muayenede ortaya çıkar ki bu çoğu zaman zamanı az olan klinisyen hekimler tarafından gereksiz görülür. Ancak şu da net bir gerçektir ki bağımlılık yaratma ihtimali olan ilaçların reçeteye yazılmasından önce hastayı yakından tanımak çok önemli bir önleme yöntemidir.

İlaç kullanımına devam edilmesi, bağımlılık arttıkça toleransa da gider. Bu klinik anlamda her zaman açık değildir. Hastaların azınlığında, onda bir gibi bir oranda, dozaj artırma talepleri doğacaktır. Ama çoğunlukla hastalar böyle taleplerde bulunmaz ve toleransın göstergesi, hastaların tedavinin işe yaramadığı yönündeki şikayetleri olur. Bu durum anlaşılmazsa, tedavide ani değişiklikler orijinal ilacın yoksunluk etkilerine yolaçabilir veya hasta doktor doktor gezmeye başlayabilir ve hatta profesyonel olmayan kaynaklara yönelebilir. En azından doktor-hasta ilişkisi zorlaşabilir çünkü orijinal klinik problem yoksunluk semptomları da eklenmiştir.

Tedavinin, etkin olmadığı görülmesine rağmen, konfirmasyonunun istenmesi hastanın kendi kendine ilacı kestiğini ama yoksunluk etkilerinden dolayı subjektif olarak daha kötüye gittiğini gösterebilir. Öte yandan, tekrar reçete yazdırma talepleri tedavi ilişkisine de bir bağımlılık oluşmuş olduğuna işaret edebilir. Hastanın kontağa ve desteğe ihtiyacı vardır. Bu durumda reçete sadece bir araçtır; hasta bunu doktora yaklaşmak için kabul edilebilir bir araç olarak görüyordur. Bu özellikle yalnız, yaşlı hastalar için geçerlidir.

Yoksunluk sendromları tedavide bağımlılığın en net göstergesidir. Öte yandan yoksunluk sendromunun teşhisi kolay değildir ve aslında ortaya çıkmaları daha erken sinyallerin değerlendirilmediği ve uygun tedavinin (yavaş ilaç kullanımı gibi) başlatılmadığı anlamına gelir. Yoksunluk sendromu,

ilaç öncesi orijinal klinik semptomların daha şiddetli biçimde ortaya çıkması ve yeni nöropsikiyatrik semptomların (konvülsiyonlar gibi) oluşması olarak kendini gösterebilir. Bağımlı bir annenin neonatal bebeğinde de yoksunluk sendromları görülebilir. Bütün bu durumlar bağımlılıktan şüphelenmeyi gerektirir.

Yoksunluk sendromunun oluşması ilacın klirensi ile makul bir ilişki içersinde olmalıdır. Bu yoksunluk sendromunun, semptomların basit tekrarından ayrılmasına yardım eder. Benzer biçimde, yoksunluk semptomları zaman içinde azalır ama kronik anksiyete durumu kalabilir. Ancak bu kronolojik faktörler her zaman yardımcı olmaz ve ilaç kesiminden sonra aylarca yoksunluk semptomları devam edebilir. Bu ısrarcı semptomların ilaç farmakolojisine nasıl ilişkilendirileceği açık değildir ve alttan gelen psikopatoloji kaynaklı, semptomların değişmiş bir bileşkesi olma ihtimalleri de vardır. İlaç kullanma eğilimi bazı insanlarda özellikle ısrarcıdır.

Eğer ilaç bağımlılığı tedavi sırasında tespit edilirse, ilaç yavaş yavaş kesilmeli ve böylece klinik semptomların yığılması engellenmelidir. Bu azaltma ay-lara yayılabilir ve yanlanma ömrü uzun ilaçlar yerine kısa ilaçlara geçilebilir ki süreç kolaylaşsın.

VI. BAĞIMLILIĞIN RAPORLANMASI

Klinik bağımlılığın göstergesi olarak raporlanacak özellikler şunlardır:

1. Hasta tarafından zevk verdiği düşünülen beklenmeyen nöropsikiyatrik semptomlar (özellikle bunlar mod ve davranışta objektif değişikliklere yol açıyorlarsa).
2. İlaç etkinliğinin azalması ve ilaç dozunun artırma taleplerinden anlaşılacak bir tolerans oluşumu.

3. Yoksunluk semptomları: sadece eldeki hastalıkla ilgili gözükten semptomlar olsa bile, özellikle görünürde uygun klinik yönetim uygulanmışsa.

Bağımlılık olduğuna dair kuvvetli şüpheler her zaman rapor edilmelidir. Bu tür sinyaller olmadan ilaç kullanımında iyileşmelerin gerçekleşmesi mümkün değildir. Yanlış sinyal diye bir şey yoktur! Nedenselliğin doğasını anlamak için çalışın ve bunu yaparken ilacın ters etkileşim reaksiyonlarına yol açabilecek klinik ve epidemiyolojik özelliklerini bilin.

Bağımlılık şüphelerini raporlamayı ulusal ters ilaç reaksiyon merkezlerine yapmalısınız ama ulusal kanunların gerektirdiği diğer raporlama gereklerini de uygulamalısınız.

VII. ÖNLEME

Sağlık profesyonelleri madde kötüye kullanımının ve bağımlılığının önlenmesinde önemli bir rol oynamalıdır. Kanunlar ve madde kullanıcılarının cezalandırılması ülkeden ülkeye değişir. Cezanın caydırıcı etkisi vardır ama ağır biçimde bağımlı olan insan bu riskleri yeteri kadar iyi değerlendiremeyebilir. İlaç satışının cezalandırılması etkin bir caydırıcıdır ancak birçok kullanıcı da ilaç kullanımını kendi alışkanlıklarını sürdürebilmek ve hayatta kalabilmek için 'teşvik' eder.

Madde kötüye kullanımını sadece kanunlarla engellemek mümkün değildir. Eğitim vazgeçilmez bir öğedir ve tüm sağlık sektörü çalışanları hem bireysel hem grup eğitimlerinde üzerlerine düşen görevi yerine getirmelidirler. İyi örnekler de oluşturmalarıdır. Sağlık profesyonellerinin ilaçlara erişimi kolaydır ve kendi modlarını değiştirmek, yorgunluğu engellemek ve stresle başa çıkmak için bu kolay erişimi kullanmaya kapılmamalıdır. Hastalarını da aynı şekilde yönetmelidirler.

Herhangi bir psikoaktif maddenin çok kullanılması yanında yanlış kullanım riski vardır. Bu genel kurala çoğu zaman karşı çıkılır ama yazarın kendi deneyimi bunun doğru olduğu durumların çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Hiçbir hastaya kontrolsüz, tekrar reçeteleri verilmemelidir.

VIII. SONUÇ

Tedavi sırasında oluşabilecek, merkezi sinir sistemi (CNS) reseptörleri üzerinde etki eden ilaçlarda, ilaç bağımlılığının tespiti zordur. Bu tip ilaçlar yüksek bir şüphe katsayısı ile kullanılmalıdır ve hastanın bağımlılık oluşturup oluşturmadığı dikkatli takip edilmelidir. Bağımlılık teşhisi ve bunun mümkünatının farkında olmak hasta yönetiminde çok önemlidir.

İlaç bağımlılığı oluştuğuna dair bir şüphe varsa, ilaç yavaş yavaş kesilmeli ve hastaya uygun destek sağlanmalıdır. Ancak bağımlılık, kontrollü veya kontrolsüz, geniş bir ranj ilaçta raporlanan ters bir reaksiyondur. Bazı durumlarda, yan etkilere rağmen tedaviye devam etmek gerekir. 'Bağımlılık' bir istisna olmayabilir. Örneğin, ölümcül kanser hastalarında şiddetli ağrı için opioid tedavisi bağımlılık oluşsun oluşmasın sürdürülmelidir Her klinik ortamda risk-fayda analizi yapılmalıdır. Bağımlılık şüphesi en azından ulusal otoritelere bildirilmelidir.

Bağımlılığın uzun vadeli yönetimi uzmanlar tarafından yapılır ama diğer sağlık profesyonelleri de bağımlı kişilerdeki akut durumları yönetebilmelidir. Bunlar arasında hastalık bulaştırılması, aşırı doz ve akut yoksunluk sayılabilir. Ortak iğne kullananlarda HIV ve hepatit B bulaşmasına dikkat edilmelidir.

TESEKKÜR

Bu çalışmada Bay Tokua Yoshida'nın yorum ve desteği için çok teşekkür ederim. Geri kalan bütün kusurlardan kendisi değil ben sorumluyum.

İLERİ OKUMALAR

Bu bölüm büyük oranda Dünya Sağlık Örgütü'nün klinik deneyimler üzerine hazırlanmış mükemmel raporlarına dayanmaktadır. Aşağıdakiler önerilmektedir.

WHO Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth report. Geneva, World Health Organization, 1969 (Technical Report Series No. 407).

WHO Expert Committee on Addiction—Producing Drugs. Thirteenth report. Geneva, World Health Organization, 1964 (Technical Report Series No. 273).

WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eighth report. Geneva, World Health Organization, 1993 (Technical Report Series No. 836).

Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva, World Health Organization, 1994.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.