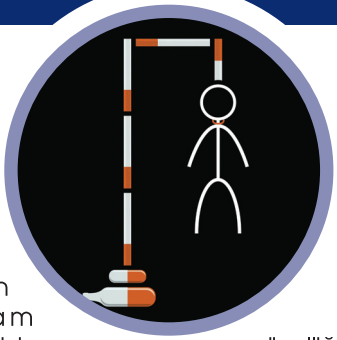


1- Bağımlılık nedir, nedenleri nelerdir?

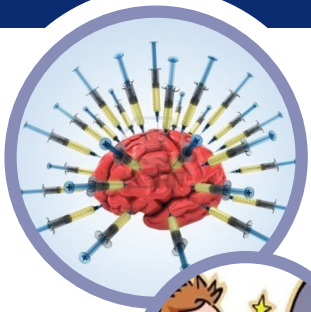
Bağımlılık, bir maddenin yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemesine rağmen kullanımına devam edilmesidir. Bağımlılığın bir özelliği de, kullanmaya başladıktan sonra kişinin kendisini durduramamasıdır. Bağımlılık bir beyin hastalığı olup, mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir.

Bağımlılığın davranışsal, sosyal, biyolojik ve genetik nedenleri vardır; ancak hiçbir neden bağımlılığı tek başına açıklamaya yeterli değildir. Madde kullanımının bağımlılığa dönüşmesinde birçok etken olmasına rağmen, temelde biyolojik bir süreçtir. Kişinin ruhsal özellikleri, genetik yatkınlık, çevresel faktörler, maddeye ulaşılabilirlik, aile yapısı, toplumsal çevre ve kültürel özellikler kişinin madde kullanmaya başlaması ve bağımlılığa dönüşmesinde en önemli etkenlerdir.

2- Kimler madde bağımlısı olur?

Öncelikle şunu belirtmemiz gerekir ki, madde kullanan herkes için bağımlı hale gelme riski vardır. Kullanımı emniyetli bir madde yoktur. Bununla birlikte dürtüsel, yenilik arayışı içinde olan, kolayca risk alan, aile yapısı

bozuk, ihmal edilmiş ergenler, stresle başa çıkma yöntemi olarak madde kullanan ve genetik yatkınlığı olan bireyler çok daha büyük risk altındadırlar.



3- Bağımlılık nasıl gelişir?

Bağımlılık bir kısır döngüdür. Kişi önce maddeye karşı merak duyar, ama aynı zamanda da maddenin etkilerinden korkar. Eğer merak korkuyu yenerse "bir kereden bir şey olmaz" diyerek kullanmaya başlayan kişi bir kere denedikten sonra asla kullanmayacağını sanır, fakat beklenen son bir türlü gelmez. Bundan sonraki aşamada kişi madde kullanımı ile ilgili sorununun olduğunu inkar eder ve kontrolün kendi elinde olduğunu, istediği zaman bırakabileceğini sanır ve buna inanır. Etrafındaki kişilerin uyarısı ona evhamdan öte bir şey değildir.

Madde bağımlılığı gelişen kişiler, bağımlısı olduğu maddeleri tasarladığından daha fazla almaya başlarlar.

Bırakmak ya da kontrollü bir şekilde kullanmak için sürekli boşa çıkan bir çaba içerisine girerler. Kullandıkları maddeleri temin etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcarlar.

Bunun neticesinde günlük işlerini aksatırlar. Öğrencilerin okul devamlılığı ve akademik performansı azalır, ailesi ile çatışmaya girerler. Arkadaş grubu değişir, eve geç gelme, yalan söyleme, zamanının büyük bir bölümünü odasında geçirmeye başlarlar.

Erişkinler ise işyerinde sorun yaşamaya başlarlar, ailesine yeterince zaman ayırmaz ve ihmal ederler, sürekli çatışma ve tartışma haline girerler. Tüm bunlara ek olarak, fiziksel ve psikolojik sorunlarının olduğunu bildikleri halde madde kullanmaya devam ederler. Defalarca bırakmak için karar verirler ama bir türlü başaramazlar. Başaramadıkları için suçluluk ve başarısızlık hislerine kapılırlar. Bu hislerden kurtulmak için daha fazla madde alırlar.

4- Bağımlılığın başlama yaşı kaçtır?

Bağımlılığın başlangıç yaşı ile ilgili birçok ülkede birçok istatistiksel yöntem kullanılarak yapılan çalışmalar vardır. Türkiye'de 2003 yılında farklı coğrafi bölgelerden seçilen 6 ilde öğrenime devam eden 16 yaş gençler arasında madde kullanım profili ve sıklığını araştırmayı hedefleyen ESPAD çalışması sonuçları, bağımlılık yaşının düştüğüne işaret etmektedir.

5- Bağımlılığın biyolojik yönü nedir?

Bağımlılığın gelişmesinde beynin ödül merkezi olarak bilinen ventral tegmental alan, beynin muhakeme, karar verme, dürtü denetimi gibi birçok fonksiyonlarından sorumlu frontal korteks, duyguların yönetiminden sorumlu amigdala, öğrenme ile ilişkili Nucleus Accumbens ve Striatum gibi birçok beyin bölgesinin sorumlu olduğu bilinmektedir. Bağımlılığın her bir aşamasında beynin farklı bölgelerinde değişiklikler meydana gelmektedir.

Bu nedenle bağımlılığın gelişimi çok karmaşık bir süreçtir.

Normalde sanat, yemek yeme gibi bize zevk veren uyaranlar beynin ödül merkezinde dopaminin artmasına neden olur. Madde kullanımı da ödül merkezinden yüksek miktarda dopamin salgılanmasına neden olur. Salgılanan bu dopamin kişinin haz almasına neden olur.

Normal şartlar altında bireyin birçok amacı vardır ve bunların arasından bazılarını seçmesi gerekiyor. Amaçların ortaya çıkması, bunlara değer biçme ve eylemin seçimi frontal korteks ile ilişkilidir. Bağımlılığın önemli yönlerinden birisi de, bu amaçların seçiminin madde ile ilişkili olanlarla sınırlı kalmasıdır çoğu zaman. Madde alımının tetiklediği dopamin salınımı zaman içerisinde frontal kortkesi etkileyerek yanlış karar alınmasına, seçilen eylemlerin madde kullanımı ile sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda dopamin Nucleus Accumbens ve Striatum gibi beynin öğrenme ile ilgili bölgelerini de etkileyerek öğrenme yetisinin bozulmasına neden olur. Madde bağımlılığı gelişen kişilerin aynı zamanda yeni bilgiyi öğrenme, kaydetme ve hatırlama yetilerinde de bozukluk gelişmektedir. Tekrarlayıcı ve aşırı dopamin salınımı doğal ödüllendirici olarak bilinen ve normal şartlarda kişiye keyif veren yemek yeme ve sanattan-müzikten keyif almasına da engel olmaktadır.

6- Bağımlılık genetik midir?

Yapılan bilimsel araştırmalar bazı kişilerin bağımlılığa yatkın olduğunu göstermektedir. Bu nasıl olur?
Herhangi bir nedenden dolayı anormal gene sahip olan bireyler anormal protein üretir, bu da anormal enzim ve anormal reseptör oluşmasına neden olur.

Oluşan anormal enzim ve reseptörler beynin zevk ve ödül yolaklarının nörotransmitterlerinde (merkezi sinir sistemi hücreleri arasındaki taşıyıcılar) düzensizliğe neden olur. Bunun neticesinde de madde kullanımı konusunda kontrol kaybı açısından bir zemin oluşur. Dolayısı ile genetik yatkınlığı olan bireyin madde kullanımı sadece kimyasal düzensizliğe yol açmakla yetinmeyip, bağımlılığa giden süreci ateşler. Fakat günümüz teknolojisi ve imkânları kimin genetik olarak yatkın olup olmadığını kesin söylemeye yeterli değildir. Bu nedenle alkol/madde kullanımı beraberinde birçok riski taşır.

7- Bağımlılık yapan maddeler nelerdir?

Sonunda ödül olan her şey bağımlılık yapabilir. Eğer bunu sadece maddeye indirgememiz gerekirse, yeni maddeden ziyade, yeni ulaşılabilir madde dememiz daha doğru olur. Bugüne kadar tanımlanmış maddeleri kabaca sıralamak gerekirse bunlar tütün, alkol, ecstasy, esrar, eroin, kokain, içe çekilen maddeler (bali, uhu, benzin, boya sökücüler, eter, halotan v.s.), LSD, GHB, bazı mantar türleri, ketamin, anabolik steroidler, metamfetamindir. Son yıllarda esrarın kimyasal türevleri olan ve rutin toksikoloji tetkikleri ile henüz tespit edilemeyen, maddeler de kullanılmaya başlanmıştır.

Fakat günümüzde gittikçe artan bir bağımlılık türü de internet bağımlılığıdır.

Özellikle ergen ve genç yetişkinler arasında oldukça yaygın görülmeye başlanmıştır. Bahis ve kumar eskiden beri var olan bağımlılık çeşitleri iken, buna çevrimiçi bahis oynama da eklenmiştir. Buna ek olarak bilgisayar oyunları, internet bağımlılığı, sanal alışveriş bağımlılığı da tedavi edilmesi gereken bağımlılık türlerini oluşturmaktadır.

8- Bağımlılığın psikolojik yönü nedir?

Bağımlılığın sebebi ve sürdürülmesini açıklamaya çalışan birçok psikolojik açıklama mevcuttur. Bunların bazıları şöyledir:

Klasik koşullandırma

Klasik koşullandırmaya dayanan teori bağımlılığın gelişmesi ve bağımlılık konseptinin merkezinde yer alan arzu veya aşırı istek fenomenini açıklamak için kullanılır. Madde alımı ile ilgili çevresel uyaranlar koşullanmış etken haline gelebilir. Örneğin deniz kenarında balık ızgara kokusu alkol bağımlısına yoğun bir şekilde alkol alımını çağrıştırırken, insülin enjektörü bir eroin bağımlısında eroin alma isteğini uyandırabilir.

Bağımlılığın bilişsel modeli

Bu modele göre bireyin temel inancı kritik bir olay ile aktive olup, bağımlılıkla ilişkili ara inançlara yol açmaktadır. Bu da sırası ile aşırı madde alma isteğine neden oluyor.

Aşırı madde alma isteği daha sonra bağımlılık yapan davranışa neden olan, bağımlılığa izin veren aşırı müsamahalı ara inançları aktive ediyor.
Örneğin, hayatının erken döneminde büyüklerinden "erkek adam içer" şeklinde bir temel inanç edinen çocuk, ergenlik döneminde "erkekliğimi ispat etmek için içmeliyim" ara inancı geliştirir. Buna bağlı alkol alma isteği ve arzusu gelişen birey içmeye başlar. Bundan sonra herhangi bir neden içmek için bir sebep haline gelir.

Değişimin evreleri modeli
Bu model insanların değişim süreçlerine dikkat çekmektedir. Ana kavram, davranışın değişiminin farklı evrelerde farklı olduğuna dayanır.

9- Bağımlılığı ortaya çıkaran davranışlar nelerdir?

Bir tek davranış veya hayat biçimi ile bağımlılığın ortaya çıkması elbette beklenmez, ancak özellikle çocukluk çağında aile bireylerinin tutumu, verilen eğitim, dini inanışlar ve tutumların bağımlılığın ortaya çıkmasında etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Okul öncesi çağında saldırgan, sinirli yapıya sahip çocuklar aslında risk altındalar, zira okulda bu çocuklar akranları tarafından reddedilir ve yalnız kalırlar. Belli bir zaman sonra davranış biçimi kendisine uygun arkadaş gruplar oluşur ve dersleri ihmal etmeye başlar. Derste olması gerektiği saatlerde kafelerde, sokaklarda dolaşır ve okul başarısı düşmeye başlar.

Bu evrede bir sorun olduğunu farkedip erken dönem gerekli önlemleri alan ailelerin çocukları gerekli psikolojik, psikiyatrik ve pedagojik destekle toparlanabilir.

Ne yazık ki, kimi aile yaşadıkları aile içi sorunları nedeni ile çocuklarına gerekli ilgi ve alakayı gösteremezler ve deyim yerinde ise çocuklarını sokaklara emanet ederler.
Ebeveyn tutumları da bağımlılığın gelişmesinde önemli bir rol oynar. Her üzüntüde sakinleştirici ilaç alan annenin, her sinirlendiğinde sigara paketine sarılan babanın çocuklarına stres ile baş etme konusunda ne kadar yardımı olabilir ?
Çocuklar model aldıkları ebeveynlerinin davranışlarını kopyalar, dolayısı ile bir sorun ile karşı karşıya kaldıklarında kopyaladıkları davranış kalıplarını sergilerler.

10- Madde kullanımına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar nelerdir ?

Madde Kullanımı ve Psikoz

Nikotin, alkol ve uyarıcı dediğimiz psikostimulan maddeler psikotik hastaların en sık kullandığı maddelerdir.

Kimi araştırmalarda şizofreni hastalarının %70'den fazlasının sigara içtiği, %30'dan fazlasının alkol kullandığı, %20'den fazlasının da esrar kullandığı ortaya konulmuştur.

Hastalara sorulduğunda, çoğu self-medikasyon (sıkıntılarını giderme amacı ile) için kullandığını dile getirir. Alkolü rahatlatıcı etkisi nedeni ile esrarı "hoşnutsuz halden kurtulma" nedeni ile kullandıklarını söylerler. Öte yandan esrar ve türevlerinin, yatkınlığı olan bireylerde psikotik bozukluğun gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. LSD, Metamfetamin, Kokain, Ekstazi gibi uyarıcı maddelerin halüsinasyonlara neden olduğu bilinir.

Madde Kullanımı ve Depresyon

Majör depresyon tanısını alan bireylerin yaklaşık dörtte biri madde kullanım bozukluğu ek tanısını da almaktadır. Genç yaşta alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri kullanan bireylerin ilerleyen dönemlerde depresyon geliştirme riskinin bu tür maddeleri kullanmayanlara göre daha fazla olduğu da bilinmektedir.
Maddenin yoksunluk döneminde ortaya çıkan bulgularla depresyonun bazı bulguları arasında benzerlikler olabilir, bu nedenle tanı çoğu zaman atlanabilir. Ayrıca madde kullanan bireylerin depresyonuna kaygı ve uykusuzluk sıklıkla eşlik eder. Madde kullanımı ve depresyonun birlikteliği intihar açısından ciddi bir risk teşkil eder.

Bu nedenle bu hastaların en azından ilk haftalarda yatarak tedavi görmelerinde yarar vardır.

Madde Kullanımı ve Anksiyete Bozuklukları

Toplumda kadınlarda %30, erkeklerde %20 olan kaygı bozukluğu hastalığının yaygınlığı, bağımlılarda %50 civarındadır. Madde kullanımı ve diğer psikiyatrik bozukluklar iç içedir.

Bir örnek verilecek olursa, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %4,5'inde panik bozukluk, panik bozukluğu olan bireylerin %16'sında madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir.

Madde Kullanımı ve Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukları

Erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan bireylerin yaklaşık %20'sinde madde kullanım bozukluğu ek tanısının varlığı, %50-60 civarında da eşlik eden nikotin bağımlılığının varlığı tespit edilmiştir. Öte yandan alkol, kokain veya eroin bağımlılığı olan hastaların yaklaşık %50 civarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu ortaya çıkmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin getirmiş olduğu dürtüsellik ve "aşırı meraklı olma"

durumu nedeniyle ergenlik dönemindeki çocukların büyük bir kısmı alkol, sigara, esrar gibi birçok maddeyi denemiştir.
DEHB olan gençlerin erken tanı ve tedavisi bağımlılığa doğru gidişi önleme anlamında kritik önem taşır. Dikkat ve konsantrasyon bozukluğu yaşayan bu gençler, kullandıkları maddelerin bellek ve diğer üst düzey beyin işlevleri üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle tedaviye uyum sağlamakta güçlük yaşarlar. DEHB olmayan bireylere göre motivasyonları daha düşüktür ve tedavide kalmaları çok daha zordur.

Madde Kullanımı ve Yeme Bozuklukları

Yapılan çalışmalar, madde kullanım bozukluğunun tıkınırcasına yeme bozukluğu ile ilişkili, anoreksi ile ilişkisiz olduğunu göstermektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler daha çok uyarıcı, idrar söktürücü (diüretik), ishal yapıcı (laksatif) gibi maddeleri kötüye kullanırlar. Kilo almayı engellediğini düşündükleri için, bu bireylerde nikotin bağımlılığı da sıkça gözlenmektedir.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Uyku Bozuklukları

Alkol ve diğer madde bağımlılıklarından kurtulmaya çalışan birçok hastanın ortak bir sorunu da uyku ile ilgilidir.
Zira belli bir zaman sonra uyku sorunu tekrar alkol-madde alımına bile neden olabilecek kadar şiddetli ve belirgin bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Alkol- madde kullanımına bağlı 4 çeşit uyku bozukluğu görülür:

İnsomnia tipi: Bu alt tip, primer olarak uykuya dalmakta güçlük çekme, uykuyu sürdürmede zorluk ya da dinlendirici uyku uyuyamama ile karakterizedir.
Hipersomnia tipi: Bu alt tipte, önde gelen şikâyet aşırı uykulu olma durumudur.
Parasomnia tipi: Bu alt tip, primer olarak uyku ya da uyku geçişleri ile ilişkili olarak ortaya çıkan anormal davranışsal olaylarla belirli uyku bozukluğunu gösterir.
Karışık tip: Bu alt tip, birçok uyku bozukluğu belirtileri ile karakterize genel tıbbi bir duruma bağlı uyku bozukluğunu belirtmek için kullanılır.

11- Madde bağımlılığı tedavisinin ilkeleri nelerdir?

Tüm madde bağımlılarına aynı tedavi yönteminin uygulanması uygun değildir. Aile, sosyal ve meslek hayatında başarılı ve verimli olması için her bir bireyin ihtiyaç ve sorunlarına yönelik, her bir bireye özgü bir tedavi planlanmalıdır.
Uygulanacak psikoterapiler ve kullanılacak ilaçlar kişiye göre ve özel olarak seçilmelidir.
Tedavi her an ulaşılabilir olmalıdır. Tedavi konusunda ikircikli düşünceleri olan madde bağımlılarının tedaviye karar verdikleri anda ulaşılabilir bir tedavinin elinin altında olması çok önemlidir.
Tedavinin etkili olması için kişi sadece madde kullanımı ile ilgili sorunlarını değil, diğer biyolojik, psikolojik ve

sosyal sorunlarını da çözmeye niyetlenmiş olmalıdır. Uygulanacak olan tedavi kişinin hukuki, sosyal, tıbbi, psikolojik ve psikiyatrik sorunlarını da kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Süreç içinde hastanın ihtiyaçları ve eksiklikleri göz önünde bulundurularak tedavi planı da değiştirilmelidir. Örneğin, tedavinin başında hasta, eşiyle ilgili sorunlarını anlatmamış olabilir. İlerleyen aşamalarda hastalığının sık nüksetmesine eşi ile ilgili sorunlarının da neden olduğu öğrenildiğinde, başlangıçta planlanan tedaviye çift terapisi de eklenmelidir.

Tedavinin etkinliği için hastanın yeterli süre tedavide kalması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, maddenin bırakılmasından sonra geçen ilk 3 ayın çok kritik olduğunu göstermektedir. Tedavi için başvuran kişilerin büyük bir kısmı tedavi programını tamamlamadıkları için nüksleri de sık olur.

Bağımlılığın tedavisinde danışmanlık hizmetleri ve davranışçı yaklaşımlar çok önemlidir. Sorun çözme becerisinin, insanlarla ilişkilerin ve toplum ve aile içi işlevselliğin geliştirilmesi açısından danışmanlık hizmetlerinin ve davranışçı yöntemlerin çok büyük yararı vardır.

İlaçların tedavi sürecinde önemli yeri vardır. Daha önce ayrıntılı bir şekilde anlatıldığı gibi opiyat bağımlılığında naltrekson, alkol bağımlılığında accamprosate gibi ilaçların tedavi sürecine çok büyük katkısı vardır.

Vücudun maddeden arındırılması (detoksifikasyon tedavisi) tedavinin ilk aşaması olup, bağımlının tek başına maddeden uzak kalması için yeterli değildir. Detoksifikasyon tedavisi vücudun maddeden arındırılması, yoksunluğun fizyolojik ve psikolojik etkilerinin mümkün olduğu kadar az hissettirilerek yapılması için esas tedavi olan ayaktan tedaviye hazırlık amacı ile yapılır. Tek başına yeterli değildir. Tedavinin etkili olması için isteğe bağlı olması şart değildir. Bugün madde bağımlısı olup kendi isteği ile tedaviye gelenlerin sayısı yok denecek kadar azdır. Bunun aksine hukuki zorunluluk, eşlerin yoğun baskısı, işyerinden atılma riski gibi "zorunlu" nedenlerle başvuran hasta sayısı oldukça fazladır.

Yapılan araştırmalar, "zorunlu" olarak tedaviye yönlendirilen/getirilen hastanın tedaviye motivasyonunun, tedavide kalma süresi ve "temiz kalma" süresinin kendi isteği ile gelenlerden farklı olmadığını gösteriyor. Tedavi sürecinde olan hastaların mütemadiyen madde alıp almadıkları kontrol edilmelidir. Tedavi sürecinde hastaların bir kısmının deneme amacı ile de olsa madde kullandıkları bilinir.

Bu durum zaman zaman yapılan tarama ile kontrol edilmelidir, çünkü böyle bir durum varsa terapi sürecinde değerlendirilmeli ve buna götüren sebepler araştırılıp üzerine gidilmelidir.

Tedavi programı, eşlik edebilecek dâhili ve nörolojik hastalıkların da araştırılmasını ve gerektiğinde ilgili branşlardan yardım almayı da içermelidir. Madde bağımlılığı olan bireylerde Hepatit B, Hepatit C, epilepsi, kalp-damar hastalıkları sık rastlanan dâhili ve nörolojik hastalıklardır. Tedavi programının kapsamlı oluşu bu tip hastalıkların tespitini ve ilgili uzmanın tedavi programına dâhil edilmesini gerektirir.

Madde bağımlılığının tedavisi uzun soluklu olup, zaman zaman nükslerin gelişebileceği ve tedavilerin tekrarlanabileceği bir süreçtir. Diğer birçok kronik hastalık gibi madde bağımlılığı da zaman zaman alevlenip yoğun tedaviyi gerektirebilir. Hem aileler hem de hastalar bilmelidirler ki, nüks başarısızlık değil, sürecin bir parçasıdır.

11- Hangi durumlarda yatarak tedavi yapılır?

Eğer:

- Hastanın ayaktan tedavi ve izlem tedavisine yanıt öyküsü iyi değilse ve ayaktan tedavi birçok kez nüksle sonuçlanmışsa,
- Hastanın öyküsünde deliryum tremens veya hastanede yatırılarak tedavi görmeyi gerektirecek diğer yaşamı tehdit eden yoksunluk durumları varsa,
- Hastanın öyküsünde ayaktan tedavi süresince alkol-madde kullanmaya devam ettiği takdirde yaşamını tehdit edebilecek genel tıbbi bir durum varsa,
- Eşlik eden diğer ruhsal hastalıklar varsa ve bu hastalığa bağlı aktif belirtiler gösteriyorsa,
- Hasta, daha az kısıtlayıcı bir ortamda bırakıldığında kendine veya başkalarına zarar verme riski taşıyorsa,
- Aynı anda birden fazla madde kötüye kullanımı varsa,

Hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir.

12- Hastanede yatırılarak yapılan tedaviler nelerdir?

Biyolojik Destek Programı

Hem fiziksel hem de psikiyatrik tedaviyi kapsar. Madde kullanım bozukluğu olanlarda fiziksel hastalık gelişme riski yüksektir. Mesela kokain ve ekstazi gibi sempatik sistemi aktive eden maddeler kalp ve beyin damar hastalıkları ile hipertansiyon riskini artırmakta, hatta yüksek doz alımlarda beyin kanaması ve kalp krizine sebep olabilmektedir.

Alkolün ise karaciğer fonksiyonlarını bozduğu ve karaciğer yetmezliğine sebep olduğu herkesçe bilinir. Haliyle bu tür maddeleri kullanan kişilere kalp elektrosu, nabıztansiyon takibi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri yapılır ve gerekiyorsa ilaç tedavisine başlanır.

Eğer yoksunluk belirtileri varsa, kişinin damar yolu açılır, serum ve vitamin takviyesi yapılır. Örneğin alkol kesilmesine bağlı deliryum tremens tablosunda kişinin bilincinde dalgalanmalar, hayati fonksiyonlarında tehlikeler görülür. Bu dönemde damar yolunun açılması, solunum desteğinde bulunulması ve özellikle B1 vitamini (tiamin) takviyesi hayat kurtarıcıdır. Eğer B1 vitamini vermekte gecikilirse alkole bağlı kalıcı bunama tablosu gelişebilmektedir. Bu acil girişimle birlikte hastanın psikiyatrik ilaç tedavisi de düzenlenir. Psikiyatrik ilaçlarla kişinin rahatlaması, sıkıntısının azaltılması, madde alma isteğinin giderilmesi ve madde kullanımı sonrası oluşan depresyon, kaygı bozukluğu, panik, paranoya, uykusuzluk, iştahsızlık gibi durumların ortadan kaldırılması hedeflenir.

Madde Bağımlılığında Nüksü Önleme

Madde bağımlılığında en önemli konu, tekrar madde alımının, yani nükslerin çok sık olmasıdır. Nüks madde bağımlılarının, yakınlarının ya da madde bağımlılığı tedavisiyle uğraşan-ların er ya da geç yüzleşmek zorunda kaldıkları önemli bir olgudur. Bu nedenle nüksün önlenmesi, yani nüks tehlikesiyle başa çıkma stratejilerini geliştirmek bağımlılık tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Nüksün en kaba tanımı uyuşturucu ve/veya uyarıcı maddelerle sorunu olan bireyin yeniden madde kullanmaya başlamasıdır. Fakat bu tanım eksiktir, zira madde kullanımını bırakmış birisinin bir kere denemesi ile düzenli olarak almaya başlaması birbirinden farklı iki olaydır. Bilimsel çalışmalarla da gösterilmiştir ki, belli bir süreden sonraki ilk madde alımı, her zaman eski madde alma alışkanlıklarının kazanıldığı ağır bir nükse dönüşmek zorunda değildir.

Grup terapileri

Hastaların bağımlılıkla gerçekçi bir şekilde yüzleşmelerine, zararlı sonuçlarını kabul etmelerine, alıştırıcısız ve maddesiz kalma motivasyonlarını artırmalarına yardımcı olur.

Hastalar alıştırıcılara başvurmadan, duygusal ve kişilerarası problemlerini çözmek için etkin yollar öğrenirler.

13- Bağımlılıkta aile bireylerinin tutumları nasıl olmalıdır?

Bağımlılığı olan hastaların takip ve tedavisinde en çok göze çarpan sorun aile içinde bir birliğin olmayışıdır. Şu veya bu sebepten dolayı aile içinde kutuplaşma söz konusudur. Bu nedenle ailenin tüm bireylerinin ağız birliği içinde olması ve ortak dil geliştirmesi gerekmektedir. Bir diğer sorun da aile bireylerinin aldıkları kararlara uymamalarıdır. En ufak bir baskı sonrası aldıkları kararlarından geri adım atarlar. Bu da madde bağımlılığı olan bireyin istediği herhangi bir şeyi elde etmesine neden olur.

Kararlı duruş sergilemek nüksü önleyen en önemli etmenlerden birisidir. Kuralların önceden belirlenmesi ve bu kurallara herkesin uymaya çalışması gerekmektedir. Kural ihlali durumunda geri adım atılmamalıdır. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireyler ödüle de bağımlıdırlar. Bu nedenle yaptıkları olumlu davranışları ödüllendirilir ve olumsuz davranışları görmezden gelinirse ödülü elde etmek için olumlu davranışları yapmaya devam edeceklerdir. Ödülün maddi değerinden ziyade; ortak paylaşım zamanları, kişisel beceri ve hobilerini geliştirecek malzemelerin sağlanması gibi, hastanın duygusal gereksinimlerini karşılayacak özellikte olmasına dikkat edilmelidir.

NPGRUP BÜNYESİNDE TEDAVİ OLANAKLARI

NPSİTANBUL Hastanesi ve NPGRUP bünyesindeki Üsküdar Üniversitesi Feneryolu ve Etiler Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, hastalığı anlamak ve müdahale etmek için size ve sevdiklerinize yardımcı olacak kaynaklar sunar. Temel yaklaşımımız;

1- Önce kapsamlı inceleme ve nöropsikolojik tarama yaparak teşhisi netleştirmek,
2- Daha sonra ölçmeye dayanan metodlarla tedavi planı yapmak,
3- Güçlü ve yeterli yöntemlerle beyin kanıtlarını izleyerek tedavi uygulamaktır.

İLK BAŞVURUDA NELER YAPILIR?

1- Doğru teşhis, doğru tedavinin planlanması için ilk adımdır. Psikiyatri polikliniğimize ilk kez başvuran hasta önce Psikiyatrik (ve gerekli görülürse ek olarak Nörolojik) muayeneden geçer.
2- Psikiyatri polikliniğimize ilk kez başvuran hastalar (özellikle daha önce tedavi almış ancak yararlanmamış, tedaviye dirençli hastalığı olanlar) tanı konma aşamasında ayrıntılı bir değerlendirmeden geçirilir.

Nöropsikolojik inceleme: *65 yaş üstü hastalarda ya da unutkanlık dikkat problemleri olan kişilerde son altı ay içinde yapılmamışsa;* üst düzey beyin işlevlerini (planlama, dikkat, konsantrasyon, hafıza .. vb)

ölçmeye yarayan testler uygulanır. Bunun için SPM;COG; DAUF; NVLT gibi bilgisayarlı testler ya da karşılıklı görüşme tekniği ile uygulanan özel bir grup testten hastanın durumuna uygun olanlar kullanılır.

Kişilik profilinin çıkarılması: *Gerekli durumlarda ve uygun hastalarda;* MMPI, Rorschach gibi testler yapılarak kişilik özelliklerine bakılır. Hastada yoğun bir kaygı ya da algı ve/veya düşünce bozukluğu oluşturan ve bu şekilde ikincil süreçte beyin işlevlerinde bozulmaya yol açan, zorlayıcı bir kişilik yapısının olup olmadığı anlaşılır. Bulgular tedavi sürecinde kullanılır.

Kardiyovasküler değerlendirme: Tansiyon ve Nabız ölçümleri *her hastada* yapılır. *65 yaş ve üstü için, kardiyovasküler yakınması olanlarda, kardiyak risk taşıyan ilaçları kullananlar ve yeni başlanacaklarda* mutlaka Elektrokardiyografi (EKG) çekilir.

Nörogörüntüleme: *Son altı ay içinde yapılmamışsa;* **Kantitatif EEG (QEEG), Volumetrik Kraniyal MR** tetkiklerinden en az biri çekilerek beynin yapısında ya da işleyişinde bir bozulma olup olmadığı ayrıntılı

şekilde incelenir. Gerekirse daha ileri inceleme için **PET, SPECT, Fonksiyonel MR** yapılabilir. *65 yaş üstünde ya da zihinsel işlevlerle ilgili/nörolojik hastalık düşündüren bir şikayeti olanlarda son altı ay içinde yapılmamışsa* **Kraniyal MR** ya da **Bilgisayarlı Tomografi** çekilir. Hangi görüntüleme tekniğinin kullanılacağı nöropsikiyatrik muayeneden sonra belirlenir.

Uyku Laboratuvarı: *Uyku bozukluğu ya da epilepsi şüphesi olan hastalarda,* tanıya yardımcı olacağı düşünülen Polisomnografi, Tüm gece 12/24 saatlik Video Monitorizasyonlu EEG çekimi yapılabilir. Hastanın **uyku profili çıkarılarak** psikiyatrik/nörolojik tabloyla ilişkisi araştırılır.

Nörobiyokimyasal değerlendirme: *65 yaş üstü hastalarda son altı ayda yapılmamışsa ve daha genç yaşlarda gerekli görülürse;* kan ve idrar tahlili yapılarak beyin işlevlerini etkileyebilecek olan vitamin, mineral, kandaki demir miktarı (anemi), kan şekeri düzensizlikleri; karaciğer ve böbrek fonksiyonları; yaygın ya da beyni etkileyen enfeksiyon varlığı araştırılır.

Nöroenflamatuar değerlendirme: *65 yaş üstü hastalarda son altı ayda yapılmamışsa ve daha genç yaşlarda gerekli görülürse;* ASO, CRP … vb gibi vücutta romatizmal ya da bağışıklık sistemini ve beraberinde beyin işlevlerini etkileyen bir hastalık varlığını gösteren tetkikler (kan, idrar) yapılır.

Nöroendokrin değerlendirme: Hastanın şikayetleri (ör. Kilo değişikliği, enerji azalması, çarpıntı, titreme, bellek-dikkat problemleri …vb) belli bazı hastalıklar için şüphe uyandırıyorsa kilo ölçümü yapılarak, Tiroid, Kortizol, Prolaktin gibi psikiyatrik tablolara eşlik eden ve beyin işlevlerini etkileyen hormonların düzeylerine mutlaka bakılır.

Toksik tarama: *Beyin işlevlerini etkileyen ilaç ya da bağımlılık yapan madde kullanımı olan kişilerde,* bu maddeler kanda/idrarda araştırılır. Tedavinin başlangıcında ve takiplerde düzenli olarak tekrarlanır.

Klinik Farmakogenetik Değerlendirme: İlaç kullanan hastalarda, ilaç kan düzeylerinin tedavi değerlerinin üstüne çıkması ya da ilaç etkileşimleri beyin işlevlerinde bozulmaya yol açabilir. Bunu saptamak için, kullanılan ilaçların kan düzeyleri **(TDM)** ölçülür.

İlaç Kan Düzeyi Ölçümü Aşağıdaki Durumlarda Yapılmaktadır.

1- Zehirlenme riski yaratan ilaçlar için zorunludur (ör. Lityum, Valproat)

2- Uygun dozda tedaviye rağmen düzelme görülmemişse

3- Uygun dozlara rağmen aşırı yan etki görülmesi

4- Birden çok ilaç kullanan hastalarda, ilaç etkileşimini görmek için

5- Tekrar eden hastalık tablosu varsa

6- Çocuklarda ve ergenlerde ilaç kullanımında

7- Yaşlılarda (>65 yaş)

8- Ek olarak böbrek ve karaciğer gibi ağır hastalık varlığında

İlaç kan düzeyleri *ortalama tedavi dozunda aşırı düşük ya da yüksek çıkan hastalarda,* ilaçların vücuttan atılımıyla ilgili daha ileri analiz yapılarak hastanın **genetik profili** çıkarılır. Elde edilen verilerle **kişiye özel tedavi** düzenlenir.

TEDAVİ PLANI VE TAKİP SÜRECİ

Tetkik sonuçları değerlendirilerek tedavi planı çizilir. Hasta ve yakınlarıyla da paylaşılarak tedavi süreci başlatılır. Psikoterapi veya beyin uyarım teknikleri önerilen hastalara bilgilendirme ve onam formu verilir. İlaç kan düzeyi ölçümü (TDM) takip planı yapılır.

*Her muayenede nabız, tansiyon ölçümü, vücut ağırlığı, ilaç yan etkileri ve tedavi uyumu değerlendirilir.

*Gerekli durumlarda ve sıklıkta TDM, en az 6 ayda bir böbrek, karaciğer testleri, kan şekeri bakılır ve EKG çekilir.

*Başlangıçta yapılmış ve bozulma varsa, yılda bir kez zihinsel işlevler ölçülür.

*Hastalık türüne ve şiddetine göre uygun aralıklarla, hastalık şiddetini gösteren ölçekler yapılarak tedaviye cevap değerlendirilir.

*Psikoterapi, psikososyal beceri, psikoeğitim, grup tedavisi planlanır ve terapistle işbirliği içinde takibi yapılır.

RUTİN KULLANIMDA OLAN TEDAVİ ARAÇLARIMIZ

Yataklı Tedaviler: Kişinin kendisinin ve çevresinin güvenliğini riske attığı, hayati tehlikenin olduğu, tedaviye direncin yaşandığı durumlarda yatarak tedavi etkili bir seçenektir. Psikiyatri hastalarının ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş, tam güvenlikli servisler ve deneyimli personel tedavide konfor ve güvenliği bir arada sunmaktadır.

Elektrokonvulsif Tedavi (EKT): Hastalıkların alevli dönemlerinde hastanede yatarak anestezili EKT uygulaması yapılabilir.

Beyne çok düşük elektrik akımı verilerek nöbet oluşturulur ve beynin bozulmuş olan elektrokimyasal süreçleri düzenlenir.

Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi (TMU): Psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda kullanılan yeni bir tedavi yöntemidir. Beynin hastalıklardan etkilendiği düşünülen bölgelerine kısa aralıklarla uygulanan manyetik alan aracılığıyla, beynin elektriksel aktivitesi düzenlenir. İlaçlara göre daha hızlı ve güçlü tedavi sağlar. Kliniklerimizde ilaç tedavisine dirençli depresyon vakalarında kullanılmaktadır.
Elektrokonvulsif tedavinin uygulanamadığı bazı durumlarda (hasta ve ailenin tercihi, anestezi riski), manik ataklarda düşük frekanslarda uygulanmaktadır.

Beyin Uyarım Tedavileri - Kraniyal Elektroterapi Uyarımı (KET), Mikroakım Elektrobiyolojik Tedavi (MET), transkraniyal Direkt Akım Tedavisi (tDCS): Düşük voltajlı bir cihaz aracılığıyla beyne düzenli uyarılar verilerek yapılan tedavilerdir. Beynin doğal elektriksel süreçleri harekete geçirilerek, beyin hücrelerinin bozulan faaliyetlerini düzeltmek amaçlanır. Depresyon, anksiyete bozukluğu, kronik ağrı vakalarında kullanılmaktadır.

Psikoterapi: Psikiyatrik tedavilerde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığı bilinmektedir.

Kliniklerimizde psikoterapinin ilaç tedavisinin yanında yaygın ve etkin kullanımı, daha hızlı ve kalıcı iyileşme sağlayarak tedavi başarımızı artırmaktadır. Psikoterapide amaç; eksiklikleri ve kayıpları ortadan kaldırmak, stres etmenlerine yönelik uygulanabilir bilgi ve beceri kazandırmak, uyumsuz davranışın yerine uyumlu davranışı koymak, **farkındalığı artırarak değişimi** sağlamaktır. Doktor ve psikoloğun işbirliği ile, kişilik analizinin ardından yapılan değerlendirme sonucunda kişiye uygun terapi yöntemi biçimlendirilir. Tedavi dinamik bir süreç olduğundan, zamanla diğer psikoterapi teknikleri de uygulamaya alınabilir. Kliniklerimizde uygulanan terapi tekniklerinden bazıları: Dinamik Yönelimli Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, EMDR, Hipnoz, Yatan Hasta Etkileşim Grupları, Bağımlılık Grup Terapileri, Neurobiyofeedback, REHACOM, çocuklarda Oyun Terapileri.

EMDR: *Son yıllarda geliştirilen ve özellikle psikolojik travmaya maruz kalmış danışanlarda uygulanan* özgül bir psikoterapi tekniğidir. Göz hareketleri eşliğinde duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (**E**ye **M**ovement **D**esensitization and **R**eprocessing) adını taşıyan bu teknik, travmatik yaşantılarla ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri zihinde yeniden işlemden geçirmeye dayanır. Bu şekilde kişideki duygusal yükün ortadan kaldırılması hedeflenir.

Nörobiyofeedback: Kişinin kendi iç süreçleri ile fizyolojik işleyişi arasındaki bağı gösterir. Kişinin parmaklarına ya da saçlı deriye takılan sensör/elektrod aracılığıyla vücut ısısı, beyin dalgaları bilgisayara aktarılarak görüntülenir. Normal koşullarda fark edilmeyen, duygu ve düşüncelere bağlı olarak değişebilen beden fonksiyonlarını izlemeyi ve kontrolünü öğrenmeyi sağlar.

REHACOM (Bilgisayarlı Eğitim Modülleri): Zihinsel becerilerin tekrar kazanılması ya da mevcut becerilerin artırılması için kişiye özel dikkat eğitim programı yapılabilir. Planlama, organizasyon, dikkat yönetimi gibi zihinsel becerilerin rehabilitasyonu, bilgisayarlı eğitim modülleri kullanılarak yapılır.

NP GRUP
www.noropsikiyatri.com

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FTND)

Adı ve Soyadı: .....

Cinsiyeti:..... Yaşı:..... Tarih:...../...../ 20.....

1- Günde genellikle kaç sigara içiyorsunuz?

a- 10 veya daha az	**0 Puan**
b- 11-20	**1 Puan**
c- 21-30	**2 Puan**
d- 31 veya daha fazla	**3 Puan**

2- İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?

a- 5 dakika içinde	**3 Puan**
b- 6-30 dakika içinde	**2 Puan**
c- 30 dakikadan daha uzun süre sonra	**1 Puan**

3- Sigara içilmeyen yerlerde sigara içmemekte zorlanıyor musunuz?

a- Evet	**1 Puan**
b- Hayır	**0 Puan**

4- Hangi sigaradan vazgeçmekte en çok zorlanırsınız?

a- Sabah ilk içilen	**1 Puan**
b- Diğer	**0 Puan**

5- Günün ilk saatlerinde, sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?

a- Evet	**1 Puan**
b- Hayır	**0 Puan**

6- Çok hasta olduğunuzda veya günün çoğunu yatakta geçirdiğinizde sigara içer misiniz?

a- Evet	**1 Puan**
b- Hayır	**0 Puan**

Sonuçların Değerlendirilmesi

0-2 puan arası: Düşük düzeyde bağımlılık
3-7 puan arası: Orta düzeyde bağımlılık
8-10 puan arası: Yüksek düzeyde bağımlılık

Uygulayan:

Referanslar: Heatherton TF, Kozlowski LT, Fracker RC, Fagerstrom KO, The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J. Addict. 1991; 1; 86-7.

NP FR. 435 Revizyon No: 0 (23.12.2010)

ÖZEL NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi

MİCHİGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ

Tarih:...../...../ 20.....

Adı ve Soyadı:.....

Evet	Hayır		
☐	☐	1	Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?
☐	☐	2	Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz? (*) Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir)
☐	☐	3	Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?
☐	☐	4	İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne ve babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?
☐	☐	5	Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? (*)
☐	☐	6	İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu?
☐	☐	7	Arkadaşlar ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı? (*)
☐	☐	8	İstediğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?(*)
☐	☐	9	Adsız alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?
☐	☐	10	İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?
☐	☐	11	İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?
☐	☐	12	Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?
☐	☐	13	İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu?
☐	☐	14	İçtiğiniz için okulda veya işte sorunlarla karşılaştığınız oldu mu?
☐	☐	15	İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu?
☐	☐	16	İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu?
☐	☐	17	İçki içmeye sıklıkla öğleden sonra mı başlarsınız?
☐	☐	18	Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi?
☐	☐	19	Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? (**)
☐	☐	20	İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi?
☐	☐	21	İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu?
☐	☐	22	Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı?
☐	☐	23	Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurdunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı?
☐	☐	24	Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? (***) (Evet ise kaç kere?.....)
☐	☐	25	İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu? (***) (Evet ise kaç kere?.....)

(*) Alkol bağımlılarının yanıtı olumsuzdur
(**) Alkol yoksunluğu deliryumunda 5 puan
(***) Her tutuklanma için 2 puan

NP FR. 351 Revizyon No: 0 (11.08.2010)

Profesör Doktor
Nevzat Tarhan

Doktor
Serdar Nurmedov

Bağımlılık

Sanal veya Gerçek

Psikoloji Dizisi

TİMAŞ