



## TANI VE DEĞERLENDİRME

1. Öykü alma
2. Tanı yöntemleri
3. Alkol kullanımında tanı
4. Değerlendirme
5. Sınıflandırma
6. Bağımlılık kavramı



# 1.

## ÖYKÜ ALMA

Madde kullanıcısından iyi bir öykü almak, çok önemli bir adımdır. Çünkü madde kullanıcılarındaki en belirgin özelliklerden birisi süregen kullanıma bağlı madde kullanımının hastalarca daha az önemli kabul edilmesidir. Hastanın önem vermediği şeyler arasında; hastanın sağlığı, güvenliği ve sosyal işlevleri de vardır.

Hastaların maddeyi kullanımını sürdürürebilmek için minimize etme, yalan söyleme, önemsememe ya da alkol madde kullanımına bağlı ortaya çıkan problemleri saklamaları bir sürpriz değildir.

Öykü almada genel bir strateji olarak en azından başlangıçta madde kullanan kişiyi dirençli hale sokacak sorulardan kaçınmak gerekir. Bunun için hastanın; tıbbi, yasal, fizyolojik veya duygusal problemlerinden önce hayat öyküsünün, iş yaşamının, okul, aile ve arkadaşları arasındaki problemlerin sorgulanması daha uygundur. Sorgulama mutlaka tüm yaşam süresini kapsayan şekilde olmalıdır.

Maddelerden herhangi birisinin şu anki kullanımı ile ilgili sorularda sorulmalıdır (Şu anda bunlardan hangisini kullanıyorsunuz?). Medikal amaçla kullanılan ilaçlarda sorgulanmalıdır (Bu ilaçlar sadece amaca uygun mu kullanılmış?), (yoksa bunların kullanımı tavsiye edilen dozda kullanılmamış mı?). Maddenin genel adı, ilaçsa jenerik adı sonra da sokak isimleri sorulmalıdır. Hastadan alınan öykü ile yetinmemeli ve bir yakınından da ayrı bir öykü alınmalıdır. Bilinci bulanık olan bir hastanın sayıkladığı söz veya isimler bazen önemli olabilir.

Madde kullanım özellikleri ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır. Kullanım süresi ve ilk kullanmaya başladığı yaş sorulmalıdır. Başlangıçta hastanın reaksiyonu, yanında kimin veya kimlerin olduğu, tekrar ne zaman kullandığı tanı ve tedavi açısından çok önemlidir. Ayrıca maddeyi düzenli ya da yoğun olarak ne zaman kullanmaya başladığı da araştırılmalıdır. İlk kullandığı zamanki tepkileri de araştırılmalıdır.

Hangi madde tercih edilmektedir? Madde hangi yollarla kullanılmaktadır? Madde nasıl saklanmaktadır? Kimi zaman kullanılan madde miktarını saptamak güç olabilir. Bu nedenle günlük ortalama kullandığı miktar ile birlikte, en az ve en çok ne miktarda madde aldığı araştırılmalıdır. Son bir hafta veya ay içinde kullandığı madde miktarı da sorulabilir. Madde kullanmaya kişi ne zaman başlıyor, ne sıklıkta kullanıyor, ne kadar sürüyor, çalışırken kullanıyor mu? Madde kullanımını için belirli zamanlar var mı? (Haftanın belirli günleri gibi) Kişinin maddeyi nerede ve kimlerle birlikte kullandığı araştırılmalıdır. Eğer damar yoluyla kullanıyorsa, ne zaman damar yoluyla kullanmaya başladığı, sıklığı, enjektör temizliğine dikkat edip etmediği araştırılmalıdır. Konuyla ilgili bilgileri de sorgulanmalıdır.



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Geçmiş tedavi öyküsü ve bırakma dönemleri araştırılırken, en uzun bırakma dönemi, bırakma yöntemi, bırakma sırasında ortaya çıkan sorunlar, bıraktığı dönem içerisinde sağlık kurumlarıyla ilişkisi ve tekrar başlama nedenleri sorgulanmalıdır. Madde kullanımına bağlı ruhsal ve fiziksel sorunlar araştırılmalıdır. Ayrıca sosyal ve yasal sorunları da sorulmalıdır.

Madde kullanım özellikleri dışında diğer alanlarında ayrıntılı bir şekilde sorulması gerekir. Bunların bir özeti aşağıda verilmiştir.

#### A. Madde kullanım öyküsü

##### 1. *Başvuru nedeni*

Aradığı yardım türü

##### 2. *İlk madde kullanma*

Yaş

Hangi madde olduğu

Maddeyi kullanım yolu

Koşullar (Nerede, kim başlattı, nasıl başladı, maddenin kaynağı)

Maddeye verilen tepki

##### 3. *Devam eden madde kullanımı*

Hangi madde/maddeler

Kullanım miktarı

Madde kullanım sıklığı

Güzergâh

Düzenli kullanmaya başlama tarihi ve yaşı

Yoğun madde kullanımı dönemleri

Alınmış en yüksek miktar

Maddenin etkileri

Devam etme nedenleri

Madde kullanma koşulları: yalnız/ arkadaşlarla

Tercih edilen maddeler

Arınma süreçleri:

Gönüllü

Zorla yaptırılan

Relaps nedenleri

##### 4. *Son zamanlardaki kullanım*

Madde / maddeler:

Doz

Sıklık

Yolu

Herhangi bir yoksunluk belirtisi

Tolerans artışının nedeni: doz arttırmak

Tedarik kaynağı

Ödenen maddi bedel

Zararlı olduğunun bilinmesine rağmen kullanıma devam etmek

5. *Enjeksiyon kullanım öyküsü*

İlk enjeksiyon yapma yaşı  
Enjeksiyonun süresi  
Sıklık  
Yolu

6. *HIV risk davranışları*

Enjeksiyon aletlerinin kaynağı  
Enjeksiyon malzemelerinin paylaşılması  
Son paylaşma zamanı  
Kaç kişiyle paylaşıldığı  
Steril hale getirme işlemleriyle ilgili bilgi  
Temiz enjeksiyon malzemelerinin kaynağıyla ilgili bilgi  
Heteroseksüel / homoseksüel risk davranışları  
Prezervatif kullanımı  
Madde etkisi altındayken cinsellik deneyimleri  
HIV ve bulaşıcılığıyla ilgili bilgi

7. *Madde kullanımının sonuçları ve komplikasyonları*

Fiziksel hastalıklar: kötü beslenme, hepatit, sarılık, apseler, septisemi (kan zehirlenmesi), derin damar trombozu, doz aşımı, yollardaki trafik ve diğer kazalar, yoksunluk belirtileri

Zihinsel hastalıklar: Maddenin neden olduğu psikoz dönemleri, madde kullanımından kaynaklanan rehabet ve karışıklık hissi, demans

Sosyal sorunlar: Madde kullanımıyla ilişkilendirilmiş; haftalık olarak madde kullanımına harcanan para miktarı, bu paranın kaynağı, madde kullanmaya ayrılan zaman, diğer faaliyetlerin aksatılması

Mesleki sorunlar: İşte yaşanan zorluklar, işten uzaklaştırılma, işten kovulma

Yasal sorunlar: Madde kullanımına bağlı işlenen suçların kaydı, bekleyen davalar

8. *Diğer tedavi merkezleri ve yardım kaynaklarıyla temasa geçmek*

Örneğin, doktorlar, gözaltı hizmetleri, yerel hükümetler, gönüllü kurumlar, dini kurumlar, kendi kendine yardım grupları, vb.

B. Aile öyküsü

Ebeveynlerin ve kardeşlerin yaş ve mesleki durumları (yaşamıyorlarsa: ölüm nedenleri ve tarihleri ve o dönem hastanın kaç yaşında olduğu)

Ebeveynlerin geçmişlerinin ve kişiliklerinin tanımı ve hastaya karşı geçmişte ve güncel tutumları

Aile bireylerinin hastalık veya suç geçmişleri

Diğer aile bireyleri tarafından kullanılan maddeler (alkol ve sigara dahil)

Hastanın madde kullanımının aile bireyleri tarafından bilinmesi ve ona karşı takınılan tutum

Aile bireyleri arasındaki ilişki

### C. Uzak geçmiş

Doğum hikâyesi  
Gelişimin ilk aşamaları (dönüm noktaları dahil)  
Çocukluktaki nevroitik rahatsızlıklar (yatağı ıslatma, uyurgezerlik, öfke nöbetleri, vb.) ve ebeveynlerden ayrı kalınan dönemler  
Çocukluk dönemi hastalıkları  
Ev hayatı ve ortamı

### D. Okul

Gidilen okullar  
Eğitime devamlılık  
Okuldaki eğitici kadro ve akranlarla ilişkiler  
Derse girmeme / dersten kaçma  
İleri derecede eğitim  
Mesleki eğitim

### E. İş

Çalışmaya başlama yaşı  
Yapılabilecek işler  
Tarihler  
Süre  
Maaş  
İş memnuniyeti  
Değişim için neden  
İş tecrübesi ve yetenekler  
Mesleki danışmanlık ve eğitim ihtiyacı  
İşle ilgili tutum

### F. Evlilik ve Psikoseksüel öykü

Evlilik tarihi, hastanın eşinin adı, yaşı, mesleği  
Çocuklar; isimleri ve yaşları  
Genel evlilik durumları: tamamen ya da geçici ayrılık dönemleri  
Aynı bilgi diğer evlilikler veya beraber yaşayanlar için de toplanmalı  
Beraber yaşayan kişinin madde kullanan hastanın kullanımı bilmesi ve buna karşı tutumu  
Cinsel eğilimler ve davranışlar: mastürbasyon, cinsel fanteziler, homoseksüellik, heteroseksüel deneyimler, doğum kontrolü, sterilleştirme işlemleri

### G. Adet dönemleriyle ilgili bilgiler

Adet döneminin başladığı yaş  
Kaç günde bir adet görüldüğü  
Dismenori (dysmenorrhoea)  
Adet dönemi önceki gerginlik  
Amenori (amenorrhoea)

Son adet döneminin tarihi  
Çok yoğun yaşanan belirtiler

#### H. Geçmiş hastalıklar

Fiziksel  
Ciddi hastalık ve büyük kazalar  
Hastaneye yatırılma tarihi  
Kazara doz aşımı  
Psikiyatrik  
Bütün psikiyatrik müdahale ve tedaviler  
Psikiyatri kliniklerinde bulunmuş olmak  
İntihar girişimleri, kasıtlı kendini zehirlenme girişimleri

#### I. Ev koşulları

Adres; kiminle yaşıyor  
Mevcut gelir ve kaynağı  
Maddi ve ev içi sorunlar

#### J. Yasal öykü

Tutuklanma, davaya çıkma ve yargılanma sayısı  
Tutuklu evlerinde, gençler için ıslahevlerinde ve cezaevlerinde kalınan dönem  
Gözaltında kalma dönemleri  
İşlenen suçun tipi  
Kayıtlı davalar  
Ehliyete el konması

#### K. Madde kullanımından önceki kişilik

İlgi alanları ve hobiler  
Sosyal ilişkiler; aile, arkadaşlar  
Ruh hali; ruh halindeki değişimler  
Karakter: Obsesyon eğilimi, hırslar, gelecek planları  
Dini inanış ve din kurallarına uyma  
Kişilik bozukluğu belirtileri

#### L. İkametgâh

Mekân  
Mekânda kalabilme hakkı  
Koşullar  
Hastanın kiminle beraber yaşadığı

#### M. Maddi konular

Gelir  
Gider  
Borçlar

N. Sosyal işlevsellik

Günlerin nasıl geçirildiđi

O. Sosyal bađlar

Aile ve arkadaşlar

Kurumlar

Uyuşturucu alt kùltürüne dahil olmak

Yalnızlık ve kendini soyutlamanın uzunluğu



## 2.

# TANI YÖNTEMLERİ

### a. Biyolojik tanı yöntemleri

Kullanılan madde ağız yoluyla, solunum yoluyla veya enjeksiyonla vücuda girdiğinde kanda serbestçe veya proteinlere bağlanarak dolaşır. Buna rağmen, vücutta etkisini gösterebilmesi için kan dolaşımı yoluyla hücrelere ulaşması gerekir ama sadece özgür dolaşan yani proteinlere bağlanmayan maddeler hücrelere ulaşabilir. Madde vücutta etkisiz hale getirilip birçok işlem sonucunda vücuttan atılır.

Alınan madde karaciğerde başka kimyasal maddelerle birleşebilmektedir, bu birleşme sonucu etkisizleşen bileşimler idrar yoluyla vücuttan atılır. Aynı zamanda alınan madde karaciğerde kimyasal olarak değişime uğrayabilir ve farmakolojik olarak aktif hale geldikten sonra böbreklerden atılırlar. Karaciğerde yaşanan bir sorun (örneğin hepatit), maddenin metabolize edilmesini engeller.

#### İdrar tetkikleri

Klinik uygulamada yasadışı maddelerin kullanımını saptamak için en sık kullanılan yöntem idrar tahlilidir. Fakat aslında kan tahlilleri daha güvenilir bir yoldur. İdrar tahlili daha uzun süreli olarak madde kullanımını saptar fakat nicel geçerlilik bakımından daha zayıftır. Ayrıca son 24-72 saatte vücutta olanları saptamak ve biyolojik tarama yapabilmek bakımından da idealdir. Fakat idrar tahlilinin, madde kullanımının niceliksel analizi için çok kısıtlı bir kullanımı vardır. Genellikle idrar tahlilleri bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelerin tespiti için kullanılır.

Maddenin idrardaki yoğunluk oranı kandakinden çok daha fazladır ve madde kullanımından itibaren uzun bir süre madde idrarda tespit edilebilmektedir. İdrar tahlilinin dezavantajlarından birisi bazı maddeler kanda özgürce dolaşabildikleri için tespit edilmelerinin daha zor olmasıdır ve özellikle biraz zaman geçtikten sonra kullanılan maddenin hangi madde olduğu idrar tahliliyle anlaşılamamaktadır. İdrar tahlilinde kişinin idrarının kendine ait olduğundan tam olarak emin olmak gereklidir. İdrar tahlillerinin çok kolay ve hızlı uygulanan yöntemleri geliştirilmiştir. Ülkemizde bu yöntemler eczanelerde satılmaktadır.

Çeşitli maddelerin kullanıldıktan sonra idrarda kalma süreleri farklılık gösterir. Eroin 2-4 gün, esrar 1-3 gün (kronik kullanıcılarda birkaç ay), kokain 12-48 saat, LSD 12 saat idrarda kalır. Uçucu kullanımında karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri yararlı olabilir. Fensiklidin kullanımında ise CPK/ kreatinin/ BUN değerleri yüksek bulunur.



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Uçucu maddelerin tespiti ise zordur. Uçucu maddeler kullanımdan sonra sadece birkaç saat için idrarda gösterilebilir, idrarda bileşikler olsa bile numunelerin transferi ve saklanması sırasında uçabilir. Toluene metaboliti olan hippurik asit toluene'den daha uzun bir süre boyunca numunelerde saptanabilir ancak bu madde aynı zamanda yiyeceklerden de açığa çıkabilir.

### Kan tetkikleri

Kan tahlili niceliksel analiz bakımından daha iyi bir yöntemdir. Kan tahlilinin bir başka avantajı ise yanılma ve yanılmama payının idrar tahliline göre daha az olmasıdır. Kan tahlili ancak madde kullanımından çok kısa bir süre sonra yapılırsa güvenilir sonuçlar verebilir. Bu yöntemin dezavantajı, kan alma işleminin madde kullanıcıları için sorun yaratabilecek olmasıdır. Ayrıca kanın alınması, taşınması, saklanması ve analiz edilmesi için çok özen gösterilmelidir çünkü kandan enfeksiyon oluşma ihtimali çok yüksektir.

Enjeksiyon yoluyla madde kullanan bazı bağımlı kişilerde yüksek oranda damar zedelenmesi olabileceği için bu kişilerden kan alımı ancak uzman kişiler tarafından yapılabilir. Bunun yanı sıra bu kişilerden kan almak onların yıpranmamış damarları ve enjeksiyon kullanmayanların da enjeksiyonu nasıl kullanacaklarını öğrenmesi riskini taşır. Ülkemizde kan tetkiklerinin uygulanması pek yaygın değildir.

### Saç teli analizi

En yeni biyolojik yöntemlerden biri de saç teli analizidir. Bu yöntemle kişinin uzun bir dönem içinde madde kullanılıp kullanılmadığı ortaya çıkar. Saç teli ayda ortalama 1 cm. uzadığı için, saç telinin her santimindeki madde yoğunluğu farklı olmaktadır. Saç teli incelendiğinde madde kullanılmaya başlandığından itibaren geçen süreç ortaya çıkar. Bazı kısıtlılıkları olmakla birlikte, saç teli örneğinin incelenmesi bireyin madde kullanım öyküsünü detaylandırabilir. Hastanın maddeden arındığını iddia ettiği dönemde ve düzenli aralıklarla idrar testi yapılmadığı zamanlarda, kişinin madde kullanıp kullanmadığını göstermek amacıyla saç analizi yapılabilir.

Saç teli analizi yapmanın birçok zorluğu vardır. Maddelerin saç teline nasıl ve ne oranda nüfuz ettiği henüz tam olarak anlaşılamamaktadır. Saç teli analizi saptanabilir maddelerin sayısını çoğaltmamakla birlikte bulunan maddelerin oranı çok düşük olduğu için sorun yaratabilir. Bunların yanı sıra uygulama konusunda da sorunlar vardır. Kafa derisinden saç alıp onun taramasını yapmak basit bir işlem değildir. Öncelikle saç çizgisine ve saçın kesildiği yere dikkat etmek ve kesilen saç telinin kullanılan madde yoğunluğunu ne kadar süre boyunca gösterebileceğinin hesaplanması gerekir. Kullanılan şampuanlar ve saç kremleri saçlardaki madde miktarını ve seviyesini değiştirebilir.

### Biyolojik tanı yöntemlerinin genel olarak değerlendirilmesi

Bütün bu madde kullanım testlerinin olumsuz sonuçları madde kullanılmadığının kesin kanıtı olamamaktadır. Örneğin idrar tahlilinin sonuçlarının olumsuz çıkması, idrarda bu analiz yöntemiyle idrarda saptanabilecek en düşük miktardan daha düşük oranda madde olduğunun göstergesi olabilir. Başka bir deyişle olumsuz sonuçlar,

idrarda madde kullanıldığını gösteren bir bulguya rastlanmadığını da, hiç madde kullanılmamış olduğunu da göstermez.

Bununla beraber olumsuz sonuçları olan idrar tahlilleri bazen olumlu sonuçlar alınan testlerden daha fazla işe yarayabilmektedir; defalarca yapılan tahlillere rağmen idrarında opiyata rastlanmayan kişi ısrarla bağımlı olduğunu iddia edip reçeteye opiyat talep ediyorsa bu durum, testlerin sonucunda kişinin bağımlı ya da sosyal kullanıcı olduğu ayırımını yapmak bakımından daha bilgilendiricidir.

Madde kullanımını ölçmek için sadece biyolojik testler yeterli değildir. Maddelerin bazıları vücutta uzun süreler boyunca kalabilmektedir ve böyle durumlarda biyolojik testler güncel olarak kullanılsa da maddenin kullanıldığı sonucuna varmaktadır. Özellikle madde kullanımı sık olmadığı zamanlarda da biyolojik testler yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir. Bunun yanı sıra biyolojik testler benzer tipteki farklı maddelerin kullanımını saptayamamaktadır.

## **b. Davranış değişiklikleri**

Madde kullanmaya başladıktan sonra kişide gözlenebilen bazı değişiklikler şunlardır:

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

Yukarıda yer alan tüm belirtilerin aynı zamanda ergenlik döneminde de görülebileceği unutulmamalıdır. Kullanılan madde cinsine göre farklılık göstermekle birlikte, maddeye bağlı bazı değişiklikler de gözlenebilir. Bunlar arasında aşağıdaki belirtiler sayılabilir.

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

## **c. İlaç ile tanı**

Naloxane verildiği zaman opiyatların etkisi kaybolur. Opiyat bağımlısı kişilerin deri altına ya da adale içine naloxane enjekte edilince bu kişiler saatlerce süren yoksunluk sendromu yaşamaktadır. Böylece kişinin madde kullanıp kullanmadığı anlaşılır.

#### d. Ölçek kullanımı

Madde kullanım bozukluğunun çok boyutlu değerlendirmesi için Bağımlılık Şiddeti Endeksi (ASI) kullanılabilir (McLellan ve ark. 1980, 1985, 1992). Bağımlılık Şiddeti Endeksi madde ve alkol kullanım sorununun şiddeti ve kullanımın neden olduğu tıbbi, yasal, çalışma durumu, ailesel, sosyal ve psikiyatrik sorunları saptamak üzere geliştirilmiş 45 dakika süren, yapılandırılmış, standardize edilmiş klinik bir araştırma aracıdır. Bu alanların her biri için Bağımlılık Şiddeti Endeksi tedaviye başlanmadan 30 gün önce sorunların sayısını, sıklığını, yoğunluğunu ve süresini saptayarak tedavi için bir strateji geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Bağımlılık Şiddeti Endeksi'nin (ASI) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (Demirbaş ve ark, 2003).

Kişinin alkol kullanımı ile ilgili sorunları olup olmadığını anlamak için KESİ (CAGE) adı verilen ölçek uygulanabilir. KESİ çok kolay ve hızla uygulanabilen bir ölçektir. KESİ, Kesmek, Eleştiri, Suçluluk ve İlk iş'in baş harflerinden oluşmaktadır. Aşağıda yer alanların son bir yıl içinde olup olmadığı sorgulanır. Bu sorulardan en az birine "evet" yanıtı veren kişilerin alkol kullanımı ile ilgili bazı sorunları olduğu düşünülmeli ve alkol sorunu daha derin biçimde sorgulanmalıdır. KESİ, alkol kullanımını daha ayrıntılı araştırma için bir işaret vermektedir.

#### KESİ

Kesmek: Alkolü **Kes**meniz ya da azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü?

Eleştiri: Çevrenizdeki insanlar alkol kullanımından dolayı sizi **Eleşt**irdiler mi?

Suçluluk: İçmekten dolayı kendinizi kötü ya da **Suç**lu hissettiniz mi?

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

Alkol kullanım bozukluklarını değerlendirme ölçeği de (AUDIT), kullanılan alkol miktarını ve kullanım tarzını değerlendiren ve tehlikeli alkol kullanımını değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçekten 8 veya daha yüksek puan alanların alkol öyküsü derinlemesine incelenmelidir (Saatçioğlu, 2002). Ölçek ekte verilmiştir.

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), 25 sorudan oluşmuştur. 5 veya daha fazla pozitif cevap yaşam boyu alkol problemlerinin olduğunu gösterir. Ölçek ekte verilmiştir. SMAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test) ise 13 sorudan oluşmuştur ve 2 veya daha fazla soruya evet yanıtı alkol sorununu düşündürür (Coşkun, 1995).

TWEAK, özellikle bayanlarda CAGE'e göre daha duyarlıdır. 5 sorudan oluşmaktadır. 3 ve daha fazlası alkol sorununu düşündürmektedir (Arıkan, 1998).

T= tolerance

W= worried

E= eye opener  
A= amnesia  
K= Cut

Miktar ve sıklık ölçümü ile ilgili, alkolü “günlük tüketim” sistemine dayalı bir başka yaklaşım daha vardır. Bu anket ve miktar- sıklık (Quantity- frequency) ölçümü belirlemeye çalışmaktadır. Burada içki tipleri haftadaki kullanım miktarları belirlemeye çalışır (Arıkan, 1998).

### ALKOL TÜKETİMİNİN MİKTAR- SIKLIK ÖLÇÜMÜ

1- Geçen ay herhangi bir alkollü içecek aldınız mı?  
a-Evet b-Hayır

2- Eğer “evet” ise lütfen A ve B’ yi cevaplayınız.

A-Geçen ay aşağıda yazılı olanlardan hangi sıklıkta aldınız?

- Hafif alkollü içecekler (lager, bira vb.)
  - Şarap. Vermut vb.
  - Rakı, cin, votka, rum, brand, whisky vb.
- a-Hiçbiri değil    b- Haftada bir kezden az    c- Haftada 1-2 kez  
d- Haftada 3-4 kez    e-Haftada 5-6 kez    f-Hergün

B- Geçen ay alkollü içecek aldığınızda aşağıda yazılanlardan hangi miktarda içtiniz (bir günde)

-Hafif alkollü (kutu)	Hiçbiri değil	½-1	1-2	3	4-5	6-7	8 ve daha çok.
-Bardak şarap:	Hiçbiri değil	1-2	5-6	7-9	11-14		15 üzeri.
-Rakı, cin, votka vb:	Hiçbiri değil	1-2	3-4	5-6	11-14		15 ve üzeri.

Riskli alkol kullanımı için alkol tüketiminin sıklığı ve miktarı ölçümünün, zararlı alkol kullanımı ve bağımlılık için ise AUDIT, MAST, SMAST ve biyolojik belirleyicilerin daha duyarlı olduğu belirtilmektedir (Saatçioğlu, 2002).



### 3.

## ALKOL KULLANIMINDA TANI

Alkol yaygın olarak kullanılan bir maddedir. Ancak bazı kişiler alkolü fazla miktarda kullanabilir. Belirli bir düzeyin üstünde alkol kullanan kişilerde alkole bağlı bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Buna yüksek riskli alkol kullanımı diyoruz. Riskin daha ötesi ise bağımlılıktır. Kişinin alkol kullanımının hangi düzeyde olduğunu saptamak, tedavi seçimi açısından büyük önem taşır.

### a. Alkol kullanımının sorgulanması

Tüm hastalara alkol kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Hangi nedenle başvurmuş olurlarsa olsun, tüm hastalara alkol kullanıp kullanmadığını sormak, bunu muayenenin doğal bir parçası haline getirmek, alkol kullanım sorunu olan birçok hastanın saptanmasını sağlayacaktır.

Rutin taramanın önemi alkol kullananları alkolün tehlikeleri konusunda eğitmek, bağımlılık oluşmadan sorunları tanımak, tehlikeli düzeyde alkol kullananları davranışlarını değiştirmek için motive etmek, risk altında olanları açığa çıkarmaktır.

Aşağıdaki sözü edilen kurallara uyulursa insanlar tarama sırasında sorulara olasılıkla doğru yanıt vereceklerdir. Görüşmeci dostça ve tehdit etmeden yaklaşmalıdır. Soruların amacı açıkça kişinin sağlık durumunu saptamaya yönelik olmalıdır. Tarama yapıldığı sırada kişi alkol ya da madde etkisinde olmamalıdır. Sorular anlaşılır biçimde sorulmalıdır. Elde edilen bilgi gizli tutulmalı ve bu belirtilmelidir.

Danışan alkol kullandığını belirtirse, öncelikle alkol kullanım öyküsünü almak gerekir. Bunun için aşağıdaki soruları sorulmalıdır:

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

### b. Alkol sorunu olan hastanın tanınması

Alkol sorunu olan hastayı bazı ipuçlarından tanıyabiliriz. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Tıbbi belirtiler

Uykusuzluk nedeni ile ilaç talebi, unutkanlık, kronik gerilim baş ağrıları, yorgunluk, halsizlik, mide ve karın ağrıları, hipertansiyon, kronik ishal, kronik depresyon, sinirlilik gibi belirtilerle başvuran hastalarda alkol kullanımını sorgulamak kesinlikle gereklidir.

Aile ile ilgili belirtiler:

Bunlar arasında aile üyelerinde açıklanamayan bedensel yakınmalar (örneğin çocuklarda baş veya karın ağrısı), fiziksel şiddete bağlı travma belirtileri, çocuklarda okul sorunları, aile üyelerinin sağlık kurumlarına fazla sık gelmesi, eş veya çocuklarda depresyon veya anksiyete bozukluğu, çocukta dikkat eksikliği sendromu sayılabilir.

Diğer belirtiler:

Tepki zamanının uzaması, motor performansın azalması, görme kapasitesinin azalması, konsantrasyon bozulması ve zihinsel yetilerin azalması tehlikeli düzeyde alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilecek belirtilerdir.

Kişinin alkol kullanma biçimi de bazen tehlikeli düzeyde alkol kullanımının işaretlerini verebilir. Bunlar arasında, sarhoş oluncaya kadar içmek, hızlı içmek, az yemek yemek, işe geç kalmak, arkadaşları arasında ağır içicilerin olması, boş zamanlarını alkol kullanarak geçirmek sayılabilir. Kişinin alkol kullanımı ile ilgili sorunları olup olmadığını anlamak için KESİ adı verilen ölçek uygulanabilir.

**c. Alkol kullanım düzeyinin saptanması**

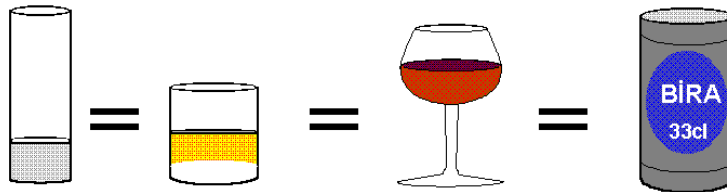
Tüm kitap boyunca alkol kullanımının miktarını belirtmek için standart içki tanımı kullanılmıştır. Çeşitli içki türleri için standart içki miktarları aşağıda gösterilmiştir. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi, bir küçük kutu biranın içerdiği alkol miktarı, bir tek rakı, cin ya da viskiye ve bir kadeh şaraba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

**BİR STANDART İÇKİ**

**Bir tek rakı,  
viski, cin vb**

**Bir kadeh  
şarap**

**Bir küçük  
kutu bira**





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

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

Alkole bağlı bedensel ve ruhsal zarar tehlikesini kabul edilebilir düzeyde tutmak için erkeklerin haftada toplam 21, kadınların ise 14 standart içkiden fazla kullanmaması gerekir. Bağımlılar, gebeler, ilaç kullananlar ve tıbbi bir hastalığı olanlar hiç alkol kullanmamalıdır. Kişinin alkol kullanım risk düzeyi nedir? Aşağıdaki tabloda kullanılan alkol miktarına göre risk düzeyi verilmiştir. Tablodaki değerler, haftada beş kez kullanım içindir.

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

#### d. Alkole bağlı sorunların tanınması

Kişinin alkol kullandığını ve ne düzeyde kullandığını saptadınız. Bu aşamadan sonra artık hastanın alkole bağlı ne gibi sorunları olduğunu araştırmak gerekiyor. Bu bilgiler bize kişiye hangi yaklaşımda bulunmamız gerektiği hakkında yol gösterecektir. Hastanızın öyküsünü alırken bazı tıbbi sorunları araştırmamız gerekir. Bunlar arasında sayılabilecek en önemlileri şunlardır: Depresyon, uyku ve cinsel işlev bozuklukları, alkol kullanımına bağlı fiziksel sorunlar vb.

Kişi yaşamında kullandığı maddenin olumsuz etkileri nedeniyle ne gibi sosyal sorunlar yaşıyor? Bu sorunlar yaşamını ne oranda etkiliyor? Alkol ya da madde kullanımına bağlı olarak sıklıkla yaşanan sorunlar arasında aile sorunları (boşanma, geçimsizlik, şiddet vb), iş sorunları (işten atılma vb), yasal sorunlar (alkollü araba kullanırken yakalanmak, kaza, kavga vb) sayılabilir.

#### d. Alkol kullanımında laboratuvar bulguları

Ağır içiciliğin tek duyarlı laboratuvar bulgusu, gama-glutamiltransfeaz (GGT) düzeyinin (> 30 Ünite) yükselmesidir. GGT karaciğer, safra kesesi, pankreas

hastalıklarına bağlı artış gösterebilir. Alkol alımındaki azalmayı takiben serum GGT düzeyi 2- 3 haftada normale düşer. Ağır alkol kullanımı sonucu eritrositlerin ortalama hacmi (Mean Corpuscular Volume-MCV) normalin üst sınırlarını aşabilir. MCV genelde alkol tüketimi ile bağlantılıdır.

Uzun süre yoğun miktarda alkol kullanımı sonucu karaciğer hasarı gelişmiş ise karaciğer fonksiyon testleri bu durumu ortaya koyabilir. Bu amaçla SGOT, SGPT, alkalin fosfataz ve bilirubin düzeyleri belirlenmelidir. Trigliseridler ve lipoprotein kolesterol düzeyleri de yükselir. Kan lipidlerinin yüksek oluşu ise yağlı karaciğer tablosunun gelişimine yol açar.

Serum kreatinin düzeylerinin ölçümü, alkolün böbrekler üzerindeki hasarını belirlemek için oldukça yararlıdır. B ve C tipi hepatit için gerekli incelemeler yapılmalıdır (Bayraktar ve Bağdiken, 1996; Ceylan, 2003; Tosun, 2000; Çakmak, 2006).

## 4.

# DEĞERLENDİRME

Değerlendirme bir an önce yapılıp bitirilmesi gereken, rutin bir işlem olarak görülmemelidir. Değerlendirmenin birçok işlevi vardır. Öncelikle tedavinin gidişatını belirleyecek bilgilere ulaşılmasını sağlar. Ayrıca tedaviye yatkınlığı, uygunluğu belirler, hastaların ihtiyaçlarını değerlendirir, teşhis ve en etkin tedavi için yol çizer. Aslında gerektiği gibi yapılırsa, terapötik sürecin ilk aşamasıdır. Madde kullanıcısı iyileşme sürecine kendini adanmalıdır. Değerlendirmeyi hastanın iyileşmesi için motivasyon haline dönüştürmek terapistin önemli görevlerinden biridir.

Değerlendirmenin pratik, şartlara uyum sağlanmasını sağlayan bir işlevi vardır. İlk temas için değerlendirme uygulamadaki sorunlarla ilgilenmelidir. Değerlendirmede yaşanan sorunların doğası ve boyutu belirlenmeli, hastanın neden tedaviye başlamak için bu zamanı seçtiği anlaşılmalıdır. Hastanın tedaviye başvurma nedeni genel veya psikolojik bir kriz yüzünden olmuş olabilir. Tedavi talebinde bulunanların bazıları acil yardım ihtiyacı içinde olabilir, bu yüzden değerlendirmede çok dikkatli ve özenli olmak gerekir. Örneğin tedaviye başvuran kişide tıbbi bir hastalık, geçici bir depresyon süreci veya intihar düşünceleri olabilir.

### a. Bilişsel ve davranışsal değerlendirme

Terapistin önemli görevlerinden biri de hastasına, yaşadığı sorunları netleştirmek ve ayrıştırmak için yardım etmektir. Böylelikle hasta için yaşadığı sorunlar başa çıkılabilecek boyutta parçalara bölünür. Bu da, hastanın tedavinin etkin olacağına ve tedaviden faydalanabileceğine dair daha umutlu olmasına ve daha fazla çaba harcamasına neden olur. İyileşme süreci bu durumda belirgin bir şekilde hızlanır.

Madde kullanıcılarının ve bağımlıların değerlendirilmesi bilişsel-davranışsal değerlendirme yöntemi kullanılarak yapılabilir. Bu yöntemin ilkeleri basittir. Bağımlılık davranışları ve sorunları anlık olaylar ve durumlardan, bireylerin bu durum ve olayları algılama şekillerinden kaynaklanır. Bu bakış açısı değerlendirmenin odak noktasıdır. Vurgu hayatın genelinde değil özellikle belirgin durum ve olayların üzerindedir. Bilişsel-davranışsal değerlendirmenin 2 temel hedefi vardır:

- Hedef sorunları belirleyip düzenlemek ve sorunların doğası ve kaynağıyla ilgili hastayla ortak bir anlaşmaya varmak
- Sorunların devam etmesinin nedenleriyle ilgili detaylı bilgi edinmek ve bu bilgiden yola çıkarak bir tedavi planı oluşturmak<sup>4</sup>

Sorunların devam etme nedenlerini ve değişimin önündeki engelleri belirlerken, sorunlu davranışın gerçekleştiği bağlamı, sorunun yoğunluğunu, etkisini ve



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

davranışın sonuçlarını tanımlamak için davranışsal değerlendirmeler yapılır. Sorunun devamlılığına neden olan unsurları ve değişim için neler yapılabileceğini tanımlamak için geliştirilen kavramsal yöntemin aşamaları A-B-C'ler olarak da tanımlanır:

- Sorunlara neden olan geçmiş olaylar (antecedents)
- Davranışlar ve inanışlar (behavior and beliefs)
- Sonuçlar (consequences)

Değerlendirme süresince terapistin görevi bağımlı davranışların oluşmasına ve sürmesine neden olan çevresel, duygusal ve bilişsel geçmiş olayları ve süreçleri anlamak ve tanımlamaktır. Bundan sonraki aşama, tedavide kişisel stratejiler geliştirip işe yarayan yöntemlerle devam etmek ve işe yaramayanları değiştirmektir. Bütün madde kullanım sorunları için, kişiyi madde kullanımına iten geçmiş olaylarda, davranışlarda veya sonuçlarda değişiklik yapabilmek mümkün olmalıdır.

Değerlendirmenin bir parçası olarak, hastaların madde kullanımlarıyla bağlantılı kurdukları belirli olayları detaylı olarak anlatmalarını beklenir. Özellikle hangi durumlar onlarda madde kullanma isteği oluşturuyor? Genellikle ne gibi durumlarda madde kullanıyorlar? Hangi durumlar onlara maddeden uzak kalabilmek ya da kullanımı azaltmak konusunda yardımcı oluyor? Hastalara fizyolojik durumu, düşünceleri, diğer kişilerle iletişimi ve günlük davranışları sorulmalı, bu değişkenlerin özellikle hangilerininin madde kullanım sorunlarıyla birebir bağlantılı olduğu saptanmalıdır.

Hastaların kendilerini madde kullanımına iten çevresel ve kişisel unsurlarla ilgili farkındalığı artırılır. Hastalar madde kullanmalarına neden olan olayları net bir şekilde ayrıştırabilmeyi öğrendikten sonra, ileriki hayatlarında karşılına çıkan benzer olaylarla nasıl başa çıkacaklarını ve madde kullanım davranışlarını kontrol edebilmeyi öğrenirler.

## **b. Sosyal çalışma değerlendirmesi**

Sosyal çalışma değerlendirmesinde sorulması gereken en önemli soru, hastanın ne çeşit bir yardım planına ihtiyacı olacağıdır. Bunun nedeni rehabilitasyon ve bireyin topluma yeniden dahil edilmesi, sosyal hizmetlerin yasal sorumluluğu olmakla beraber sosyal hizmet çalışanının da sorumluluğu hastalar için en yararlı olabilecek uzun süreli tedaviyi ve terapötik ortamı sağlamaktır. Örneğin bazı hastalara madde bulmalarının imkansız olduğu terapötik bir ortam sağlanması onların, hayatlarının geri kalanında madde kullanmadan yaşayacakları ortama hazırlanmalarında yararlı olmaktadır. Bazı diğer hastalar içinse madde bulabilecekleri ortamlardan tamamen uzaklaştırmak tedaviden sonraki hayatları bakımından pratik ve mantıklı olmayacağı için, onları yurtlarda veya hastanede tedavi etmek daha doğrudur.

Evlerinde kalarak tedavi gören hastalar içinse en iyi müdahale hayat tarzlarını ve alışkanlıklarını değiştirmek, işleriyle ilişkilerini düzeltmek, sosyal hayata uyum sağlamayı öğretmek için bireysel ve grup terapileri çok faydalı olmaktadır.

## **c. Hastaların kendi bildirimlerini etkileyen faktörler**

Değerlendirme sürecinde hastanın madde etkisi altında olması, hastanın kendini anlattığı ve kendisi hakkında bilgi verdiği kısımların güvenilir ve geçerli olmamasına

yol açar. Madde etkisi altında olmak, kişinin kendisiyle ilgili bilgi verme yeteneğini ciddi şekilde etkileyecek bilişsel zarara neden olur.

Madde kullanıcıları, diğer bütün insanlar gibi, verdikleri bilgileri kendi çıkarları doğrultusunda şekillendirip değiştirebilmektedir. Gizlilikle ilgili endişeler, özellikle ailesel ve kanunsal sorunlar yaratabilecek bilgilerin paylaşılacağı korkusu, kişilerin kendileri hakkında bilgileri saklamalarına ve verilen bilgilerin geçerliliğinin azalmasına neden olur.

Hastanın kendisi hakkında aşırı bilgi vermesi yüksek dozlarda reçete alma veya tedaviye daha kolay kabul edilme isteği olabilir. Çok az bilgi vermesi de tedavi ayrıcalıklarının devam etmesi isteği olabilir. Hastanın kendi hakkında bilgi vermesinin, kullandığı madde miktarıyla ilgili tahmin yapılmasını sağlayabildiği öne sürmüştür. Gizlilik garantisi verilen araştırma görüşmelerinde maddeler ve madde kullanımıyla ilgili güvenilir ve iyi kalitede bilgiye ulaşıldığı görülmüştür.



## 5.

# SINIFLANDIRMA

### a. DSM sistemi

DSM IV TR'ye göre madde bağımlılığı tanısı koymak için 7 ölçüt gerekmektedir. Bu ölçütler kutu 1'de görülmektedir. Ölçütlerden üçü veya daha fazlasının olması, bağımlılık tanısı koymak için gereklidir (Koroğlu, 2001).

#### Kutu 1

#### **Madde Bağımlılığı**

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya yada sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsünün olması

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:
  - a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi.
  - b. Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
  - a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu (özgül maddelerden yoksunluk için tanı ölçütü setlerinden A ve B tanı ölçütlerine bakınız).
  - b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır.
3. Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
5. Maddeyi sağlamak (örn. Çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn. Birbiri ardısıra sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
7. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür (örn. kokainin yol açtığı depresyonunun olduğunu bilmesine karşın kokain kullanıyor olma ya da alkol tüketimi ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme)



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı varsa Fizyolojik Bağımlılık Gösteren olarak sınıflandırılır. Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı yoksa, Fizyolojik bağımlılık göstermeyen olarak sınıflandırılmaktadır. Bağımlılık kavramı ile ilgili geniş bilgi, bir sonraki bölümde işlenmektedir.

Madde Bağımlılığı için altı gidiş belirleyicisi vardır. Ancak en az bir ay süreyle madde bağımlılığı ya da madde kötüye kullanımı ölçütlerinden hiçbiri olmazsa dört remisyon belirleyicisi uygulanabilir.

*Erken Tam Remisyon.*

En az bir ay süreyle 12 aydan daha kısa süreli olarak Bağımlılık ya da Kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin hiçbiri karşılanmamışsa bu belirleyici kullanılır.

*Erken Kısmi Remisyon.*

En az 1 ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak Bağımlılık ya da Kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden biri ya da birden fazlası karşılanmışsa bu belirleyici kullanılır (ancak bağımlılık için bütün tanı ölçütleri karşılanmamıştır.)

*Kalıcı Tam Remisyon.*

12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde Bağımlılık ya da Kötüyekullanım için tanı ölçütlerinden hiçbiri karşılanmamışsa bu belirleyici kullanılır.

*Kalıcı Kısmi Remisyon.*

12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde Bağımlılık için ya da kötüyekullanım için tanı ölçütlerinden biri ya da birden fazlası karşılanmışsa bu belirleyici kullanılır.

*Agonist Tedavi*

Metadon, buprenorfin, LAAM vb tedavi altında olmak.

*Denetim Altında Bir Çevrede*

Hastane, cezaevi vb olabilir.



Madde kötüye kullanımının DSM'ye göre ölçütleri ise kutu 2'de yer almaktadır.

### *Kutu 2*

#### **Madde Kötüye Kullanımı**

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri ya da birden fazlası ile kendilerini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçların yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örn. Madde kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi).
2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örn. Madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da makinayı işletme).
3. Madde ile ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).
4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal yada kişilerarası sorunlara karşı sürekli madde kullanımı (örn. Entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar).

B. Bu semptomlar bu grup madde için Madde Bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamışlar.

Madde kullanımı sonucu ortaya çıkan etkilere madde entoksikasyonu adı verilmektedir. Entoksikasyon, maddenin aşırı dozu değil, maddenin etkileridir. Madde entoksikasyonu DSM ölçütleri kutu 3'dedir. Madde yoksunluğuna ilişkin ölçütler ise kutu 4'tedir.

### *Kutu 3*

#### **Madde Entoksikasyonu**

A. Yakın bir geçmişte bir madde alımına (ya da bir maddeyle karşılaşmaya) bağlı olarak geriye dönüşlü bir maddeye özgül sendromun gelişmesi. Not: Değişik maddeler benzer ya da özdeş sendromlar ortaya çıkartabilir.

1. Madde kullanımı sırasında ya da hemen sonra gelişen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkan, klinik açıdan belirgin bir biçimde uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (örn. kavgacılık eğilimi, duygudurum değişikliği, bilişsel bozukluk, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma).

2. Bu semptomlar genel bir tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

*Kutu 4*

**Madde Yoksunluğu**

A. Çok fazla ve uzun süreli madde kullanımının sonlandırılmasına ya da azaltılmasına bağlı olarak maddeye özgül bir sendromun gelişmesi.

B. Bu maddeye özgü sendrom klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Madde kullanıma bağlı ortaya çıkan Madde Entoksikasyonu Deliriumu tanısı koymak için aşağıdaki ölçütler gerekmektedir.

- Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklanma, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetkisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (yani, çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması).
- Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanmayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması
- Bu bozukluk kısa bir süre içinde gelişir (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşır.

Madde Yoksunluğu Deliriumu tanısı koymak için de yukarıdaki ölçütler geçerlidir. Ancak kognitif semptomlar genelde yoksunluk sendromuna eşlik eden semptomlara göre çok daha fazla ve bu semptomlar ayrı olarak klinik yaklaşımda bulunmayı gerektirecek derecede ise, bu durumda Madde Yoksunluğu tanısı yerine bu tanı konmalıdır. Madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans tanısı için gerekli ölçütler kutu 5'de verilmiştir.

**Kutu 5****Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans**

Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmesi

A. Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)

B. Aşağıda kognitif bozukluklardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. afazi (dil bozukluğu)
2. apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma)
3. agnozi (duygu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)
4. yönetsel işlevlerde bozukluk (yan tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)

▪ Bu bozukluklar sadece deliriumun gidişi sırasında ortaya çıkmak ve Madde Entoksikasyonu ya da yoksunluğunun olağan süresinin dışına taşar.

▪ Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilere göre bu bozukluklar madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) süregiden etkilerinin bellek bozukluğuyla etyolojik açıdan ilişkili olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

Madde kullanımına bağlı çeşitli psikiyatrik bozukluklar tanımlanmıştır. Tüm bu bozuklukların tanısını koyarken DSM'de dikkat edilmesi gereken temel bazı ölçütler vardır. Temel ölçütler şunlardır:

- Semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ve madde kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir
- Bu bozukluk sadece Deliriumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluk tanısı koymak için, bozukluğun madde kullanımının yol açmadığı bir başka bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekir. Örneğin madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu diyebilmek için, mevcut durumun madde kullanımıyla ilişkisi daha belirgin olmalıdır. Eğer;

- Semptomlar madde kullanımı ya da ilaç kullanımı başlamadan önce ortaya çıktıysa,
- Akut yoksunluk ya da ağır entoksikasyonun sonlandırılmasından sonra belirli bir süre daha sürdüyse,
- Kullanılan maddenin miktarına göre ya da kullanım süresine göre beklenenden çok daha fazlaysa,
- Madde kullanımının yol açmadığı ilişkisiz bir bozukluğunun varlığını düşündüren başka kanıtlar varsa (rekürren epizodlar), bu durumda madde kullanımına bağlı bozukluk denemez.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozuklukta yukarıda sayılan temel ölçütler yanında belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanların bulunması gerekir. Bu

bozukluğun “Entoksikasyon Sırasında Başlayan” ve “Yoksunluk Sırasında Başlayan” olmak üzere iki tipi vardır.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu diyebilmek için aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile belirli belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğunun klinik görünümüne egemen olması gerekmektedir.

- Depresif duygudurum ya da tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma
- Kabarmış, taşkın ya da irritabil duygudurum

Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğunun alt tipleri ise “Depresif Özellikler”, “Manik özellikler”, “Mikst Özellikler” gösteren şeklindedir. Öte yandan “Entoksikasyon sırasında başlayan” ve “Yoksunluk sırasında başlayan” olmak üzere iki alt tip daha belirlenmiştir.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğunda ise klinik görünümüne belirgin anksiyete, panik atakları ya da obsesyonlar ya da kompulsiyonlar egemendir. Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğunda ise belirgin bir sıkıntı ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklar doğuran, klinik açıdan önemli bir cinsel işlev bozukluğu klinik görünümün önde gelen bozukluğudur. Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğunun “İstek Bozukluğu ile Giden”, “Uyarılma Bozukluğu ile Giden”, “Orgazm Bozukluğu ile giden” ve “Cinsel Ağrı ile Giden” olmak üzere dört alt tipi vardır.

Madde kullanımının yol açtığı uyku bozukluğunda ise, ayrıca ilgilenilmeyi gerektirecek derecede ağır bir uyku bozukluğu vardır. İnsomnia, Hipersomnia, Parasomnia ve Karışık tipi vardır. Ayrıca, “Entoksikasyon Sırasında Başlayan” ve “Yoksunluk Sırasında Başlayan” diye iki alt tipi de belirlenmiştir (Köroğlu, 2001).

## **b. Alkol bağımlılığının alt tipleri**

Alkol bağımlılığının alt tipleri çeşitli şekillerde sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Bunlardan birisi aşağıdaki şekildedir.

Alfa alkolizm: Emosyonel veya fiziksel bir sıkıntının (anksiyetenin) bastırılması amacıyla, alkol almaya karşı aşırı bir düşkünlüğün görülmesidir.

Beta alkolizm: Alkole bağlı gastrit, polinöropati, hepatit ve vasküler hastalıklar gibi fiziki komplikasyonlara rağmen aşırı miktarlarda alkolün alındığı durumdur.

Gamma alkolizm: Alkole karşı toleransın gelişmiş olduğu, yoksunluk belirtilerinin görülebildiği ve içme isteğinin kontrol edilemez bir hale geldiği alkol bağımlılığıdır.

Delta alkolizm: Çok kısa bir süre için bile alkolün bırakılmadığı veya alışılmış miktarın altına düşüldüğünde bile yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı, alkole bağlı psikolojik ve fizik bozukluklarının ilerlemiş olduğu ağır alkol bağımlılığıdır.

Epsilon alkolizm (Dipsomani): Ataklar halinde ve kompulsif olarak aşırı miktarlarda alkol alma halidir. Günlerce, aylarca bazen yıllarca bir damla bile alkol alınmadan durabildiği halde, kompulsif bir şekilde başlayan ve kontrol edilmesi mümkün olmayan alkol alma dürtüsü ile içme nöbeti başlar ve günlerce bazen aylarca çok yüksek miktarlarda alkol alınır. İçme nöbeti, bazen komaya giren hastanın bir hastaneye yatırılması ile bazen de kendiliğinden biter ve kişi yeni bir nöbet gelinceye kadar alkolden uzak durur (Tosun, 2000).

“Epsilon alkolizm”, “Methilepsie” veya “Methomanie” adı da verilir. Dipsomani'nin, epileptik bir hastalık olduğu da ileri sürülmüştür. Ancak genelde duygulanım değişikliklerinin ön planda olduğu belirtilmektedir. Atak öncesinde bir sıkıntı veya depresyon dönemi vardır. Daha sonra başlayan içme isteği kompulsif özelliktedir ve hasta bir süre bu dürtüsünü kontrol etmeye çalışır ve direnir. Atak sırasında alkol alımı genelde gün boyudur. Kişi alkol almaya hiç ara vermeyebilir. Atakların önlenmesi genelde güçtür. Hastaneye yatırmak yararlı olabilir. Antiepileptikler (özellikle carbamazepine, Tegretol) ve lityum tuzlarının (Lithuril) dipsomani ataklarının önlenmesinde faydalı olduğu bildirilmiştir (Tosun, 2000).

Diğer bir sınıflandırma ise alkol bağımlılığının Tip-A ve Tip B diye iki alt tipe ayrılmasıdır.

Tip-A Alkol Bağımlılığı: Bu tipte bağımlılığın başlangıcı geç yaşlardadır, çocukluk çağına ait risk faktörü sayısı azdır. Alkolle ilişkili bozukluklar azdır ve daha az psikopatoloji görülür.

Tip- B Alkol Bağımlılığı: Bu tip bağımlılıkta ise, çocukluk çağı risk faktörleri daha çoktur, bağımlılık daha şiddetlidir, alkolle ilişkili bozukluklar daha erken başlar, daha fazla psikopatoloji vardır, aile hikayesinde alkol kötüye kullanımı daha siktir, birden çok madde kullanımına sık rastlanır, sık alkol tedavisi öyküsü ve çok sayıda stres faktörü söz konusudur.

Bir başka sınıflandırma biçimi ise şöyledir:

Erken evre sorunlu içiciler (early-stage problem drinkers): Henüz tam anlamıyla alkol bağımlılığı gelişmemiş kişilerdir.

Duruma bağlı içiciler (affiliative drinkers): Günlük olarak, sosyal durumlarda orta miktarlarda alkol almaya eğilimli kişilerdir.

Şizoid-izole içiciler (schizoid-isolated drinkers): Ciddi bağımlılığı olan ve iştret (ağır sarhoşluk) derecesinde ve genellikle tek başına içmeye eğilimli kişilerdir.

Morey ve arkadaşları oluşturduğu modelde alkol bağımlılığı ile ilgili 3 alt tip ortaya atmıştır (Coşkunol, 1996).

Erken dönem sorunlu içiciler. Alkol bağımlılık sendromu ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır.

Akşamcılar: Her gün ılımlı miktarda, sosyal açıdan kabul edilebilecek düzeyde içki içerler.

İzole şizoid içiciler. Ciddi alkol bağımlılığı olan sıklıkla tek başına, aşırı miktarda içerler.

Zucker'in, gelişimsel modelinde alkol bağımlılığı 4 alt tipe ayrılmıştır.

1. Antisosyal alkolizm, erkeklerde daha fazla olması, alkolle ilişkili sorunların erken yaşta başlaması, kötü prognoz ve antisosyal kişilik bozukluğu ile yakın ilişki içinde olmasıyla karakterizedir.

2. Gelişimsel-ilerleyici alkol bağımlılığı kültürel beklentiler içki içmek için zemin hazırladıkça, zaman içinde daha da belirginleşen bir kötüye kullanım biçimi vardır.

3. Olumsuz duygulanımla birlikte olan alkol bağımlılığı ise kadınlarda daha sıktır ve bu hipoteze göre kadınlar alkolü mizaçlarını ve sosyal ilişkilerini kolaylaştırmak için kullanırlar.

4. Gelişim-sınırlı alkol bağımlılığı ise sık olarak aşırı miktarda içme atakları vardır. Kişi yaşlandıkça, işe ve ailesine yönelik sosyal beklentileri arttıkça atakların sıklığı azalır.

#### İdiosinkratik Alkol Zehirlenmesi ( Idiosyncratic Alcohol Intoxication):

Çoğu insanda çok hafif etkisi olabilecek kadar, az miktarda alkolün alınmasından hemen sonra, çok ciddi davranış bozukluklarının geliştiği patolojik bir sarhoşluğun ortaya çıkmasıdır. Bu tanının ayrı bir kategori olup, olmadığı tartışmalıdır. Bu nedenle DSM sınıflamasına alınmamıştır. Özellikle "adli psikiyatri" açısından önemli olan bir durumdur. "Patolojik sarhoşluk (Pathological Drunkenness)" veya aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak da adlandırılmaktadır.

İdiosinkratik intoksikasyonda kişilerde, konfüzyon, yönelim bozukluğu, illüzyonlar, görsel halüsinasyonlar ve geçici hezeyanlar görülebilir. Kişilerde çok fazla artmış psikomotor aktivite vardır bazen impulsif ve agresif davranışlarla çevrelerine karşı tehlikeli olabilirler. Kişinin alkolsüz olduğu zamanki kişilik ve davranışı ile bu tür intoksikasyon sırasındaki halleri birbirine hiç benzemeyebilir. Örneğin, alkol almadığı zaman utangaç ve çekingen olan bir kişi hafif bir içkiden sonra kavgacı ve saldırgan bir hale gelir. Bu tür intoksikasyonlarda intihar düşünceleri ve teşebbüsleri sıktır. Bu bozuklukta, kan alkol düzeyinin düşmesi ile birlikte, genellikle birkaç saat içersinde, patolojik davranışlar biter, hastalar derin ve uzun bir uykuya dalarlar ve uyandıklarında intoksikasyon epizodu süresince olup bitenleri hatırlamazlar.

Nedeni kesin olarak bilinmemekte ve anksiyete düzeyi yüksek olan şahıslarda görüldüğü; alkolün bir dezorganizasyona ve kontrol kaybına sebep olarak agresif impulslerin serbestleşmesini sağladığı, özellikle ensefalit ve kafa travmalarına bağlı beyin hasarlarının, kişilerin alkole karşı direncini düşürerek bir yatkınlık sağladığı, ilerlemiş yaş, sedatif ve hipnotiklerin birlikte alınmış olmasının ve aşırı yorgunluğun yol açan faktörler olabileceği üzerinde durulmaktadır. Alkole karşı bir aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğu da düşünülmektedir.

Tedavinin esası, idiosinkratik alkol intoksikasyonlu şahsın kendisine ve çevresine zarar vermemesi için tedbir alınmasıdır. Başlangıç önceden kestirilmediği ve ani olduğu için erken tanı zordur. Haloperidol (Norodol) gibi antipsikotiklerin enjeksiyonu saldırganlığın kontrolünde yararlı olabilir (Tosun, 2000).





## 6.

# BAĞIMLILIK KAVRAMI

“Maddenin kötüye kullanımı” Oxford İngilizce Sözlüğü’nde “yanlış veya uygunsuz kullanım” olarak açıklanmaktadır. Ancak söz konusu madde kullanımı olunca bu tanım daha karmaşık ve kapsamlı hale gelmektedir. Bu kavram, maddeyle ilgili olduğu için sosyal dışlanma, yasa dışılık ve zararlılık gibi birçok kavramı da beraberinde getirmektedir. Bazı zamanlarda bu kavram maddenin tıbbi amaçlar dışında kullanıldığını anlatmak için kullanılırken bazı durumlarda da maddenin aşırı kullanılmış olduğunu vurgular. Bu kavram aynı zamanda insanların madde kullanan kişiyle ilgili değer yargılarını da içerebilir.

“Madde kullanımı” tabiri genellikle yasadışı madde kullanımı, yasaklanmış kullanım (toplum tarafından müsaade edilmemesi durumunda), tehlikeli kullanım (kullanıcının sağlığını tehlikeye atan kullanım), işlevsiz kullanım (sosyal ve psikolojik işlevselliği bozan kullanım), ve tıbbi olmayan madde kullanımı (muayene sonrasında reçeteye verilmemiş olan) gibi farklı tanımlarla da kullanılmaktadır. Bu tanımlar madde kullanımının nedenini belirlemek için yeterli değildir fakat maddelerin nasıl kullanıldığına dair ipuçları vermektedir.

Eğlence için madde kullanımı ve ara sıra kullanım (occasional) kavramları henüz yeni kullanım paternlerini ve maddelere karşı tutumları da belirleyen yeni tanımlardır. İkisi de çok sık olmayan ve nispeten daha az riskli madde kullanımını çağrıştırmaktadır. Haz alma ve eğlenme amacıyla ve ara sıra olan madde kullanımı kişilerin düzenli bir kullanım alışkanlığı olmadığı için bağımlı olmadıkları fikrini destekleyen tanımlardır. Ancak maddelerin yan etkileri düşük dozlarda da etkili olabilmektedir, dolayısıyla ara sıra madde kullanan kişilerin hissettikleri güvende olma duygusunun bir yanılsama olduğu söylenebilir. “Zararlı kullanım” terimi son zamanlarda Dünya Sağlık Örgütü ile gündeme gelmiş, fiziksel ve ruhsal sağlığa zarar veren psikoaktif maddeleri kullanma paternini anlatmaktadır.

Önceleri madde bağımlılığı ve madde alışkanlığı ayrı iki kavram olarak kabul edilirdi. Madde bağımlılığı madde kullanmak için duyulan yoğun istek, kullanılan dozu yükseltme eğilimi ve maddenin birey ve toplum üzerindeki zararlı etkileri bakımından madde alışkanlığından daha ciddi olarak değerlendirilirdi. Dolayısıyla bazı maddeler bağımlılık yapma potansiyeli olan maddeler bazıları ise alışkanlık yapan maddeler olarak ayrılırdı.

Aynı şekilde bazı maddeleri kullanan kişiler bağımlı, bazıları madde kullanım alışkanlığı olan olarak görülürdü. Bu kavramların farklı olması pratik kullanım açısından ve evrensel ortak bir kavram olamaması bakımından işlevsel olmadığı için madde bağımlılığı başlığında yeni bir tanım oluşturulmuştur. Bağımlılık, madde kullanımı sorunu içinde önemli bir kavramdır. “Uyuşturucu” madde tanımında bile



Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

bağımlılık kavramı kullanılır. Uyuşturucu maddeler “bağımlılık” yapıcı maddelerdir. Bu nedenle bağımlılığın çok iyi bilinmesi ve anlaşılması gerekir.

### a. Bağımlılığın tanımı

Bağımlılık bir sendromdur. DSM'ye göre bağımlılığın çeşitli ölçütleri vardır. Buna göre aşağıda yer alanlardan sadece üçü bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

1. Tolerans gelişmesi
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
3. Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar
4. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama
5. Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalır ya da tamamen bırakılır
6. Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması
7. Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek

Bağımlılığı tehlikeli kullanımdan ayırmak gerekir. Tehlikeli kullanım, madde kullanımının kişinin kendine, hayatına ve çevresine zarar vermesidir. Bunlar içinde çeşitli zararlar sayılabilir. Madde kullanımına bağlı olarak kişi işine gitmez, okula devam etmez, işinde başarısızlıkların ortaya çıkar, ailesini ve çocuklarını ihmal eder ya da bedeninde fiziksel bozulmalar olur. Madde kullanımı nedeni ile tartışma, kavga gibi yineleyen kişilerarası ve toplumsal sorunlar, madde taşımak ve bulundurmaya ya da madde etkisi ile gelişen davranış bozuklukları dolayısıyla yasal sorunlar ortaya çıkabilir.

### b. Bağımlılığın bileşenleri

Bağımlılığın birçok bileşeni vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz.

**Tolerans:** Bütün bağımlılar uyuşturucuya düşük dozlarda başlarlar. Ancak bu dozu kısa zamanda arttırmak zorunda kalırlar. Çünkü uyuşturucuyla istedikleri etkiye ulaşabilmeleri için dozu devamlı artırmaktan başka çareleri yoktur. Artık kullandıkları ilk doz ile bekledikleri etkiye ulaşamamaktadırlar. Sürekli olarak aynı miktarda kullanılan maddenin kişi üstünde yarattığı etkinin azalmasına “tolerans” denir. Aynı miktarda kullanılan madde aynı etkiyi göstermemeye başlar. Beklenen etki ortaya çıkmayınca rahatlama sağlanamaz.

Kimi zaman yeterli maddenin alınmayışına bağlı olarak bazı belirtiler görülebilir. Beklenen etkinin azalmasına bağlı olarak, kişi çoğunlukla kullandığı maddenin dozunu artırmak gereksinimi duyar. Giderek doz yükselir. Öyle bir noktaya gelinir ki, kişinin bedenini kaldıramayacağı miktarlarda kullanılmaya başlanır. Dozun artışı ağır zehirlenme ve ölüm ile sonuçlanabilir. “entoksikasyon” Bir maddeye karşı tolerans geliştikten sonra, benzer farmakolojik sınıftan bir maddeye de tolerans gelişmesine verilen addır.

Yoksunluk: Uyuşturucu maddelerin bir kısmı bir süre kullanıldıktan sonra bırakıldıkları zaman, yoksunluk belirtileri denilen birtakım rahatsızlıklara yolaçar. Bunlar arasında bulantı, kusma, karın ve kas ağrısı, halsizlik, bitkinlik, şiddetli uykusuzluk, iştahsızlık sayılabilir. Çok fazla ve uzun süreli madde kullanımından sonra azaltılmasına ya da sonlandırılmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Ruhsal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bağımlıda belirgin bir sıkıntıya yolaçar. Yoksunluk belirtileri, şiddeti ve süresi kullanılan maddenin cinsine göre değişir. Kişi yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için tekrar madde alma gereksinimi duyar.

Ancak bu belirtiler sadece bedensel değildir. Bazı uyuşturucu maddeler kesildikleri veya azaltıldıkları zaman sadece ruhsal belirtilere neden olabilir. Bunlar arasında ise sıkıntı, huzursuzluk, mutsuzluk, depresyon, hiçbir şeyden zevk almama olabilir. Ruhsal bağımlılık tedavisi güç olan bir durumdur. Bağımlılık yapıcı maddeler yoksunluk belirtileri nedeniyle tekrar tekrar kullanılırlar ve kolay kolay bırakılamazlar.

Başarısız bırakma girişimleri: Bağımlı olan kişi kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen o maddeyi tam olarak bırakamaz, tekrar kullanmaya başlar. Bırakır, tekrar başlar. Ondan tam olarak uzaklaşamaz. Bu kısır döngü sürüp gider. Bırakma girişimlerinin süresi genelde kısadır.

Bırakma, kişinin hiçbir bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmamasıdır. Kişi kullandığı maddeyi bıraktıktan sonra eğer bir yıldan az süre geçmiş ise, o zaman buna “erken bırakma” dönemi olarak adı verilir. Eğer bırakma dönemi bir yılı geçtiyse, o zaman kişi tam olarak bırakmış sayılır. Çünkü, bıraktıktan sonraki ilk bir yıl içinde, tekrar madde kullanmaya başlama oranı çok yüksektir.

Abstinens ise madde kullanan kişinin maddeyi bırakıp, hayat boyu bir daha kullanmamasına denir. Ancak bu durumun çok zor ulaşılan bir hedef olduğu bilinmektedir. Birçok bağımlı uzun süreler madde kullanmamakta ancak daha sonra kısa süreli olarak kullanıp tekrar bırakmaktadır. Tam iyileşme çok düşük orandadır. Başka bir birçok hastalıkta da tam iyileşmenin çok güç olduğu düşünülürse, tamamen maddesiz bir hayat sürdürmenin bir bağımlı için ne kadar güç olduğu görülebilir. Abstinens hedef olmalıdır. Ancak bu hedefin çok güç olduğu, bu hedefe ne kadar yaklaşılabiliirse o kadar yarar sağlanabileceği düşünülmelidir.

Zarar görmesine rağmen kullanmaya devam etme: Kişi, arkadaşlarıyla, ailesiyle ilişkilerinde zararlarını görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürür. Toplum giderek onu dışlar, okul ve iş başarısı düşer, hastalıklara yakalanır. Örneğin akşamları alkol alımından dolayı sabahları zamanında işe gidemez ve idari sorunla karşılaşır. Ancak tüm bunlara rağmen, bazı mazeretlere sığınır ve kullanmaya devam eder. Sosyal zararlarının yanında ekonomik zararlara uğramasına, başının yasalarla derde girmesine rağmen madde kullanımını bırakamaz ve devam eder.

Zamanın büyük bölümünü ayırmak: Bağımlı kişinin zamanı büyük oranda madde aramakla geçer. Öyle bir noktaya gelmiştir ki, hayatındaki tek amaç madde bulmaktır. Başka herşey onun için değerini yitirir. Arkadaşlık, doğa, aşk, hayaller... İşte bu dönemde maddeyi alabilmek için hırsızlık, fahişelik yapılmaya başlanır. Suç işleme oranı işte bu dönemde artar. Tedavimizde olan bir bağımlı, “kriz anında, eroin annemin karnında olsun keser alırım” diye ona olan tutkusunu belirtmişti.

Tasarlandığından fazla kullanmak, kontrol edememek: Örneğin kişi “bu akşam iki kadeh içeceğim” diye masaya oturur. Ancak o gece yine bir küçük şişe içmiştir. Kişinin madde kullanımı üstündeki kontrolü kalkmıştır. Bir anlamda kullandığı madde kontrolü ele geçirmiştir.

### **c. Bağımlılığın dereceleri**

Bağımlılığın da dereceleri vardır.

Hafif: Bağımlılık için gerekli ölçütler en düşük düzeyde olmak üzere vardır. Sosyal etkinlikler, uğraşlar ve kişiler arası ilişkilerde bozulma minimal derecededir.

Orta: Hafif ile şiddetli arasında yer alır.

Şiddetli: Tanı için gerekli ölçütler fazlasıyla sağlanmaktadır. Psikososyal işlevlerde önemli oranda bozulma vardır.

### **d. Fiziksel ve ruhsal bağımlılık**

Bağımlılık uzun zaman ruhsal ve fiziksel bağımlılık olarak ikiye ayrılmıştır.

Fiziksel bağımlılık, maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Beden uyuşturucu maddeye karşı bir adaptasyon geliştirir. Madde alınmadığı zaman, ortaya bazı belirtiler çıkar. Çünkü, bedenin bulduğu fizyolojik adaptasyon bozulmuştur. Kendini yeni duruma göre ayarlamak zorundadır. İşte bu dönemde belirtiler gözlenir.

Ruhsal bağımlılık, alışkanlık, itiyat gibi diğer bazı terimler ile de açıklanır. Kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme, gidermek amacı ile o maddeye düşkünlüğü biçiminde tanımlanabilir, ruhsal bağımlılık. Ruhsal bağımlılıkta madde alındığında doyum, rahatlama ve haz meydana gelir.

Ancak günümüzde bu iki tanım birbirinden ayrılamamaktır, çünkü kişide hem ruhsal, hem de fiziksel bağımlılık aynı anda görülebilir. Pratikte de bunun bir yararı yoktur. Fiziksel bağımlılık kısa bir süre içinde sonlanabilir. Ancak asıl sorun ruhsal bağımlılığın sonlandırılmasıdır. Bu daha uzun bir süreç ve çaba gerektiren bir durumdur.

### **e. Bağımlılığın evreleri**

Aşağıda yeralan evreler bütün madde kullananlar için geçerli değildir. Farklı seyir izleyen durumlar da olabilir. Bu evreler bağımlılığın daha iyi anlaşılması için anlatılmıştır.

1. Hazırlık evresi: Bu dönem kişinin herhangi bir uyuşturucu madde kullanabileceğine ilişkin bir yargısının ve öndüşüncesinin geliştiği dönemdir. Bunu bilinçli olarak reddetse bile, kişi bu davranışı kendi içinde tamamen yasaklamamıştır.

2. İlk madde kullanımı: Bir sorun çözme yöntemi, madde kullanılan bir ortamda bulunmak, ya da sunulan maddeyi reddedememek gibi çeşitli nedenlerden dolayı,

kişi ilk kez maddeyi kullanır. Bu evrede genellikle bir korku ve merak duygusu hakimdir.

3. Madde kullanmayı sürdürme: İlk kez alınan maddeyi ikinci ve üçüncü kez kullanım takip eder. Bu evrede kişi genellikle “ben bağımlı olmam”, “kontrol edebilirim”, “bu son olacak” gibi yanlış inançlar taşımaktadır. İlk seferinde eğer madde bir sorun ile başa çıkmak için alındıysa, tekrar bir sorun ile karşılaşıldığında farklı çözüm arayışlarına yönelmeden, öğrenilmiş bir davranış olarak ikinci madde kullanımı gerçekleşir. Bu aşamada “merak” ortadan kalkmıştır. Kimi zaman ilk kez madde alımından sonra ortaya çıkan yan etkileri gidermek için kişi madde kullanmaya devam eder.

4. İlerleme evresi: Bu evrede kişi artık sık ve yoğun tarzda madde kullanmaya başlamıştır. Çoğunlukla artık bağımlı hale gelmiştir. Madde arayışları, doz artırımları, madde yüzünden yaşanan psikososyal sorunlar hep bu dönemde yaşanır. Genellikle kişi kendinin bağımlı olduğunun farkında değildir. Madde kullanımının çeşitli zararlarını görmesine rağmen, bunları değerlendirememektedir. Yaşamının değiştiğinin farkındadır. Ancak bu konuda tümüyle maddeyi suçlamamaktadır. Maddeyi bırakacak istek, güç ve inanç yoktur.

5. Bırakma evresi: Kullanılan maddenin kişi üstündeki zararları üst düzeye varmıştır. Kişi artık kurtulma isteğine kavuşmuştur. Maddenin kendisine verdiği zararın farkına varmıştır. Halen ikili duygular içindedir (ambivalans). Ancak artık, maddeden kurtulma isteği, maddeye karşı duyduğu istekten daha fazladır. Bu evrede kişinin cesaretlendirilmesi gerekir. Bağımlılıktan kurtulma ümidi verilmelidir.

Bırakmaya karar verdikten hemen sonra herhangi bir neden öne sürerek kişi bırakma girişiminden vazgeçebilir. Çünkü, bırakmak onu korkutmaktadır. Daha da önemlisi savaşılmaya henüz hazır değildir. Bu evrede kişiyi bırakmaya zorlamak, bırakma girişiminin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olacaktır.

Maddenin etkisinden arınma, tam anlamı ile bırakmak değildir. Bu dönemde kişi kendini tümüyle maddesiz, “bağımsız” bir yaşama hazırlamalıdır. Madde kullanımı sırasında edindiği davranış biçimlerini, alışkanlıklarını ve madde kullanan çevresini değiştirmelidir.

6. Tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse): Bu evrede kişi, kurtulduğu madde kullanımı ile ilgili olumlu düşünceler taşımaya başlamıştır. Maddeye karşı eski katı tutumu kalkmıştır. Madde kullandığı günlere ilişkin olumlu anları hatırlamaktadır. Olumsuz yaşantılarını unutmıştır. Eski arkadaş ortamlarına girmektedir. Bu evrede yakalanırsa, tekrar başlamanın önlenmesi mümkündür.

7. Tekrar madde kullanımı (lapse): İlk madde kullanmaya başlama gibi, tekrar kullanmaya başlamakta da “bir kez kullanmaktan birşey çıkmaz” düşüncesi temeldir. Maddeye karşı duyduğu istek, ısrarlar, sıkıntı giderme gibi nedenlerden dolayı madde tekrar kullanılmaya başlanmıştır. Bu evrede kişi büyük pişmanlık duymaktadır. Suçluluk hislerinden dolayı tekrar başladığını saklamakta, kimseden yardım isteyememektedir. Bu dönemde bırakmak daha kolay olacağı için, bağımlının bu dönemde farkedilmesi büyük önem taşımaktadır.

8. Tekrar başlama (relapse): Madde yoğun biçimde tekrar kullanmaya başlanmıştır. Bağımlılığın tüm belirtileri ortaya çıkmıştır. Herşey sil baştan olmuştur.

### **f. Bağımlılığın seyri**

Bağımlıların büyük çoğunluğu kontrol edebileceği inancı ile madde kullanmaya başlamıştır. Hiçbir zaman bağımlı olabileceğini düşünmemiştir. Amaç ara sıra kullanmaktır. Ancak sonuçta kişi bağımlı hale gelir. Çünkü, bağımlılık madde kullanımının kaçınılmaz sonucudur. Kişi bağımlı olduğunun farkına varamaz. Farkına vardığı zaman ise çok geçtir.

Kişi madde kullanmaya başladıktan ne kadar sonra bağımlılık gelişeceğine ilişkin yeterli veri elimizde yoktur. Bağımlılık gelişme riski kullanılan madde cinsine, maddenin saflığına, kullanılan kişinin fiziksel ve ruhsal yapısına göre değişir.

Bağımlılık yapan maddelerin psikolojik etkileri çok yoğundur. Bu nedenle bir kez kullanım bile sorun yaratabilir. Örneğin kokain bir kez kullanıldıktan ve etkisi geçtikten sonra 15-16 saat süre ile istenmeyen ruhsal etkilere neden olur. Katkı maddeleri ile fazla karıştırılmamış eroin, ilk kullanımdan sonra bile bağımlılık yapabilir. Bu nedenle bu maddelerin bir kez kullanılması bile sakıncalı yaratır ve bağımlılık riski vardır.

İnsan bir kez bağımlı oldu mu artık bir daha tam olarak bu bağımlılıktan kurtulamaz. Ancak bu demek değildir ki, bağımlılık düzelmez. Bağımlılık düzelir ancak iyileşmez. Kişi madde kullanmadığı sürece iyidir. Bir sorunu yoktur. Ancak madde kullandığı andan itibaren bağımlılık sorunu derhal canlanır ve herşey yeniden başlar. Örneğin alkol bağımlıları düzeldikten sonra her zaman arada sırada bir içmenin hayali ile yaşarlar. Ancak bu hayalin gerçekleşmesi mümkün değildir. Çünkü, bir kez alkol aldıktan sonra kısa bir süre içinde gene bütün gün içmeye başlarlar. Günde bir büyük rakı içen bir hastamız, yaklaşık 14 ay ağzına içki sürmedi. Ancak bir gün bir bardak bira içmiş. Ertesi gün üç bardak bira, dört gün sonra bir kadeh rakı, sonraki gün... Bir hafta içinde tekrar eski haline dönen hasta bu sefer günde bir buçuk büyük şişe rakı içmeye başlamıştı. Aynı şekilde bir eroin kullanan bir genç bağımlı ise, tedavide büyük başarı gösterdi. Ancak tedaviden 3 ay sonra sadece bir kez hatırlamak amacı ile eroin kullanmış. İkinci gün, tedaviye geldiği gün kullandığı miktarda eroin kullanıyordu.

Bağımlılığı şeker hastalığı gibi düşünebiliriz. Şeker hastalığında da kişi eğer şeker kullanmaz ve diyetine dikkat ederse, rahat yaşar ve hastalık onun için bir sorun olmaz. Ancak ne zaman şeker yer ise hastalık canlanır ve o kişi için ciddi bir sorun yaşanmaya başlar.

### **d. Neler bağımlılık yapar?**

Hayatta her nesne bağımlılığa yol açabilir. İnsan herhangi bir maddeye bağımlı hale gelebilir. Her şeyin bağımlılık riski vardır. Ancak bazı maddelerin bağımlılık potansiyeli daha yüksektir. İşte bu bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelere insanlar daha kolay ve sık olarak bağımlı olmaktadır. Uyuşturucu maddeler bağımlılık potansiyeli çok yüksek maddelerdir.

Kimi zaman bu bir insan da olabilir. İnsanlara da bağımlı olunabilir. Sonuçta yaşanan tüm bağımlılıklar istenmeyen sonuçlara neden olur. Önemli olan insanın özgür kalabilmesidir. Her insan bir oranda ek bir desteğe, egosunu destekleyecek başka bir nesneye gereksinim duyabilir. Bu destek bir araç olarak kullanıldığı zaman insana zarar vermeyebilir. Ancak bu insanın kendi benliğinden daha önemli bir hale geldiği takdirde sonuçlar kaçınılmaz olarak hoş şeyler olmayacaktır. Bağımlılık insanın kendi varlığını bir bütün olarak sürdürmemesine yol açar. Kendi varlığı yitmiş, o madde ile bütünleşmiş yeni bir varlık oluşmuştur.

Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi madde bağımlılıklarının dışında kalan internet, kumar, aşk gibi bağımlılık çeşitlerine davranışsal bağımlılıklar adı verilmektedir.

### e. Madde tiplerine göre bağımlılık gelişimi

Bağımlılığın gelişimi de maddenin cinsine göre değişir. Eroin kullanımının bir iki hafta içinde bağımlılığa neden olduğu bilinmektedir. Kokain kullanımını takip eden birkaç saat sonra ortaya çıkan şiddetli ruhsal çöküntü tekrar madde alımını gerektirecek düzeydedir. Kısa sürede bağımlılık gelişebilir. Aşağıdaki tabloda madde tiplerine göre bağımlılık ve sağlığa zarar oranları verilmiştir.

*Madde tiplerine göre bağımlılık ve sağlığa zarar oranları*

	Bağımlılık			Sağlığa zarar	
	Ruhsal bağımlılık	Yoksunluk sendromu	Tolerans	Akut	Artan
Opiyatlar	+++	+++	+++	+/-	-
Kokain	+++	+++	++	+	+
Esrar	+++	++	+	-	+
Amfetamin	+++	?+	++	+	++
Hallüsinojen	++	?	+	+	?
Uçucular	+	?	+	++	++
Barbitürat	++	++	++	+/-	?
Alkol	++	+++	++	+	++
Benzodiazepin	+	++	+/-	-	?
Tütün	++	++	+	+/-	+++
Kafein	+	+	+	?	?

### f. Bağımlılık bir hastalık mıdır?

Bağımlılık uzun süre bir kişilik bozukluğu olarak görülmeyle birlikte son yıllarda bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılık davranış biçimini içeren bir hastalıktır. Çünkü, bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptanmıştır. Bağımlılığa özgün kalıtsal (genetik) özellikler bulunmuştur. Bağımlılığın kendine özel seyri ve tedavisi vardır. Tüm bu nedenlerden dolayı bağımlılığa hastalık demek doğru olacaktır.

Öte yandan bağımlı kişiler için de bunu bir hastalık olarak görmek daha yararlı olacaktır. Çünkü nasıl şeker hastalığında uyulması gereken kurallar varsa, ilaç içilmesi gerekiyorsa bağımlılığında bu tür özelliklerinin olduğunun bilinmesi tedaviye uyumu artırmaktadır.

## Kaynaklar

Arıkan Z (1998) Saha ve hastanelerde alkol kullanım bozukluğu tedavisi. Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı kitabından. Ed: Dilbaz N.

Bayraktar E, Bağdiken İ (1996) alkol kullanımının yol açtığı mental bozukluklar. Ege psikiyatri sürekli yayınları kitabından. Ed: Ahmet Çelikkol.

Ceylan E, Türkcan A (2003). Biyolojik Psikiyatri 2: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İstanbul

Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. (1995). Michigan Alkolizm Tarama Testi'nin geçerliği. Ege Tıp Dergisi, 1-2: 15-18

Coşkunol H (1996). Alkol kullanım bozuklukları. Ege psikiyatri sürekli yayınları: alkol madde kulanı bozuklukları kitabından. Ed: Ahmet Çelikkol.

Çakmak D, Evren C (2006). Alkol ve madde kullanım bozuklukları. Özgül matbaacılık. İstanbul

Demirbaş H, İlhan İ, Doğan Y. B ve ark. (2003).Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinin Geçerlilik-Güvenilirlik çalışması, Ankara Ün.Tıp.F. Psikiyatri Kliniği Doktora Tezi.

Ghodse H (2005). Drugs and addictive behaviour. A guide to treatment. Cambridge University Press. Cambridge

Gossop M (2003). Drug addiction and its treatment. Oxford University Press. New York

Köroğlu E (2001). DSM-IV Tanı Ölçütleri. Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara

Ögel K (1997). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, İstanbul

Ögel K (2000). Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi. IQ yayınları, İstanbul

Ögel K (2000). Madde bağımlılığında tartışmalar ve gerçekler. IQ yayınları, İstanbul

Ögel K, Tamar D, Çakmak D (1998). Hekimler için Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı, İstanbul

Ögel K, Tamar D, Çakmak D (1998). Hekimler için Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Acil Yaklaşım Kılavuzu, İstanbul

Özden SY (2004). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,

Özden SY (2005). Alkolizm sebep ve sonuçları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D (2002). Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma testinin geçerliği ve güvenilirliği. Türkiye'de Psikiyatri, 2-3: 107-112.

Tosun M (2000).Alkol ve Diğer Maddeler ile İlişkili Bozukluklarİstanbul İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi