



BAĞIMLILIK İLE MÜCADELE REHBERİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

*“Bağımlılıkla Mücadele Rehberi”nin hazırlanma sürecine katkılarından dolayı;
Prof. Dr. A. Ender ALTINTOPRAK, Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL, Prof. Dr.
Kültegin ÖGEL, Doç. Dr. C. Onur NOYAN, Dr. Öğrt. Üyesi Fatih Hilmi ÇETİN,
Uzm. Dr. Arzu ÇİFTÇİ, Uzm. Dr. Aslıhan ESLEK hocalarımıza
Teşekkür ederiz...*

İçindekiler

Bağımlılık	1
Bağımlılık nedir?	1
Ödül Yolağı.....	1
Farkındalık Aşamaları	2
Bağımlılık Yapıcı Maddeler	3
Esrar	4
Esrar Maddesinin Etkileri.....	4
Esrar Maddesinin Yoksunluk Belirtileri	4
Esrar Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri	5
Sentetik Kannabinoidler.....	5
Sentetik Kannabinoidlerin Etkileri	5
Sentetik Kannabinoidlerin Yoksunluk Belirtileri	6
Sentetik Kannabinoidlerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri.....	6
Uyarıcılar (Stimülanlar = Psikostimülanlar)	7
Kokain.....	7
Kokain Etkileri	7
Kokain Yoksunluk Belirtileri	7
Kokain Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri	8
Ekstazi (Ecstasy).....	8
Ekstazinin Etkileri	8
Ekstazinin Yoksunluk Belirtileri	8
Ekstazinin Entoksikasyon Belirtileri.....	8
Opiyat.....	9
Opiyatların Etkisi	9
Opiyatların Yoksunluk Belirtileri	9
Opiyat Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri	10
Sedatif ve Hipnotikler (MSS'ni Baskılayan Maddeler).....	10
Sedatif ve Hipnotiklerin Yoksunluk Belirtileri	10
Sedatif ve Hipnotiklerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri	10
Halüsinojenler.....	11
Halüsinojenlerin Etkileri	11
Halüsinojenlerin Yoksunluk Belirtileri	11

Halüsinojen Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri	11
Uçucu ve Çözücü Maddeler	11
Uçucu ve Çözücü Maddelerin Etkileri	12
Uçucu ve Çözücü Maddelerin Yoksunluk Belirtileri	12
Uçucu ve Çözücü Maddelerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri.....	12
Alkol	13
Alkolün Etkileri.....	13
Alkolün Yoksunluk Belirtileri.....	14
Yapılması Gereken Tanısal Testler	14
Alkol kullanımında yapılması uygun olan testler	14
Madde kullanımında yapılması uygun olan testler	15
Alkol Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Sorunlar	15
Alkol-Madde Kullanımının Risk Düzeyinin Saptanması	15
Risk Taraması Ölçekleri	16
Alkol Kullanımı İçin Risk Taraması	16
Madde Kullanımı İçin Risk Taraması.....	17
Maddelere Göre Tedavi ve Müdahale Yöntemleri	19
Bağımlılık Tanı Ölçütleri.....	19
Alkol ve Sedatif - Hipnotikler	20
Alkol/Sedatif Hipnotik Entoksikasyonu Tedavisi.....	20
Alkol Yoksunluğu.....	21
Alkol Yoksunluğu Tedavisi	22
Sedatif Hipnotik Yoksunluğu Tedavisi	22
Opiyatlar	23
Opiyat Entoksikasyonu Bulguları	23
Opiyat Entoksikasyon Tedavisi.....	23
Opiyat Yoksunluğu	24
Opiyat Yoksunluğunu Tedavi Eden Opiyat Ajanlar.....	25
Buprenorfin.....	25
Metadon	25
Uçucu Maddeler	26
Uçucu Madde Entoksikasyonu Bulguları	26
Uçucu Entoksikasyon Tedavisi	26
Esrar (Kannabis)	27
Esrar Entoksikasyonu ve Tedavisi	27
Esrar Yoksunluğu ve Tedavisi.....	27

Sentetik Kannabinoidler	27
Sentetik Kannabinoid Entoksikasyonu ve Tedavisi	28
Sentetik Kannabinoid Entoksikasyon Tedavisinde Dikkat Edilecek Noktalar	28
Sentetik Kannabinoid Yoksunluğu ve Tedavisi.....	28
Sentetik Kannabinoid Yoksunluk Tedavisi	28
Kokain.....	29
Kokain Entoksikasyonu.....	29
Kokain Entoksikasyonu ve Tedavisi.....	29
Kokain Yoksunluğu ve Tedavisi	30
Amfetaminler.....	30
Amfetamin Entoksikasyonu ve Tedavisi.....	31
Amfetamin Yoksunluğu ve Tedavisi	31
Alkol - Madde Kullanımında Aile.....	32
Aile Tutumu Modelleri	33
Yetkili Ebeveynlik-Demokratik Tutum	33
Baskıcı Tutum (Yetkeci Ebeveynlik).....	33
Gevşek Tutum (ÇOCUK MERKEZCİ AİLE).....	34
Dengesiz Ve Kararsız Tutum	34
Ebeveynlerde - Psikopatolojinin önemi.....	34
Ergenlikte Madde Kullanımı	36
Ergenlik Temel Özellikleri	37
Sağlıklı Ergen ve Riskli Ergen.....	38
Ergenlerde Madde Kullanımını Nasıl Anlarız?.....	38
Ergen ile Görüşmeler Nasıl Olmalıdır?	39

Bağımlılık

Bağımlılık nedir?

Çok uzun yıllar bağımlılık sorununun bir ahlak sorunu olduğu, iradesizlik sonucu ortaya çıktığı hatta kişilik zafiyetinin bir sonucu olduğu düşünüle gelmiştir. Madde bağımlıları zayıf karakterli ve kötü insanlar oldukları, ahlaklı yaşam sürdürmekte ve davranışlarını kontrol etmekte isteksiz oldukları düşünüldüğü için sürekli dışlanmışlardır.

Oysa hem sinirbilim hem de davranışsal bilimdeki gelişmeler, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı konusundaki bu anlayışın doğru olmadığını kanıtlayan sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bugün gelinen noktada bağımlılıkların, iyileşme ve nükslerle seyreden kronik bir beyin hastalığı olduğu kabul edilmektedir. Bu gözle bakıldığında, bağımlılıklara tıpkı şeker hastalığı, kalp hastalıkları, astım, şizofreni veya demans gibi ilaç tedavileri ve koruyucu önlemler ile durdurulabilen ancak tamamen iyileşmeyen hastalıklar grubunda yer verilmektedir.

Ödül Yolağı

Bilimsel çalışmalar, bilinen tüm bağımlılık maddelerinin beyin üzerindeki etkilerini sinir hücrelerinin ürettikleri moleküllerin salınımını değiştirerek ortaya çıkardıklarını göstermektedir. Moleküler düzeydeki bu değişiklikler maddelerin etkilerinin ortaya çıkması yanı sıra maddelerin ani olarak azaltılması veya kesilmesi ile ortaya çıkan yoksunluk bulgularından da sorumlu tutulmaktadır ve bağımlılık davranışının ortaya çıkmasının temel nedeni olarak kabul edilmektedir. Ve ne yazık ki söz konusu değişiklikler hangi tedavi uygulanırsa uygulansın tamamen geriye döndürülememektedir. Beyinde yer alan ödül sistemindeki dopamin deşarjlarının haz verici etkisi olduğu ve haz alınan davranışı yineleme konusunda organizmayı yönlendirdiği bilinmektedir. Örneğin, kişinin sevdiği takımın maç kazanması, uzun süreli aç kalan bir kimsenin yemek yemesi veya uzun süre susuzluk çeken birinin su içmesi ya da cinsellik yaşamının ödül sistemindeki dopamin aktivitesini arttırdığı bilinmektedir. Madde kullanan kişilerde de bu ödül bölgesinde çok hızlı ve yüksek miktarda dopamin artışı ortaya çıktığı, bu durumun madde kullanma davranışını pekiştirdiği bilinmektedir. Bu değişikliklerin kalıcı değişiklikler olduğu saptanmıştır. Madde/alkol kullanarak hızlı bir biçimde keyif elde etmeye alışan beyin daha önce zevk alarak yaptığı aktivitelerden artık keyif alamaz hale gelmektedir.

İnsanlar Neden Madde Kullanmayı Denerler... Neden Sürdürürler?

Bağımlılık yapan maddeleri kullanmaya ilişkin ilk denemelerin genellikle merak sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu merak yeni bir yaşantıyı deneyimleme ya da mevcut olan ruhsal sıkıntılarından

kurtulma isteğinden kaynaklanıyor olabilir. Nedeni ne olursa olsun madde kullanımı ile ortaya çıkan iyi hissetme hali ve heyecan, bireyin bu eylemi tekrarlama, kendini diğer insanlardan farklı hissetme halini pekiştirmektedir. Tekrarlayan madde kullanımı ile ortaya çıkan ve yukarıda değinilen kalıcı değişiklikler, madde kullanımı azaltıldığı ya da aniden kesildiğinde yoksunluk bulgularının ortaya çıkmasına neden olmakta ve uzun süren madde kullanımlarında rahatsız edici yoksunluk bulgularının giderilmesi için yeniden madde kullanmak tek çözüm yolu haline gelmektedir. Kısacası madde kullanımının ilk denemelerinde haz alma öncelikli neden iken, uzun süre ve yoğun madde kullanımı sonrası haz almaktan daha çok yoksunluk bulgularının giderilebilmesi asıl neden haline gelmektedir.

Kronik Hastalıktır

Yukarıda anlatılan beyin değişikliklerinden dolayı bağımlılık davranışı kronik bir beyin hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Kronik hastalıkların gidişinde görüldüğü gibi bağımlılıklarda da zaman zaman hastalığın nüks etmesi zaman zaman düzelmesi beklenen bir durumdur. Biyolojik, sosyal ve psikolojik kayıpların yerine konması ve uygun tedaviler daha uzun süreli iyilik halini sağlayabilir.

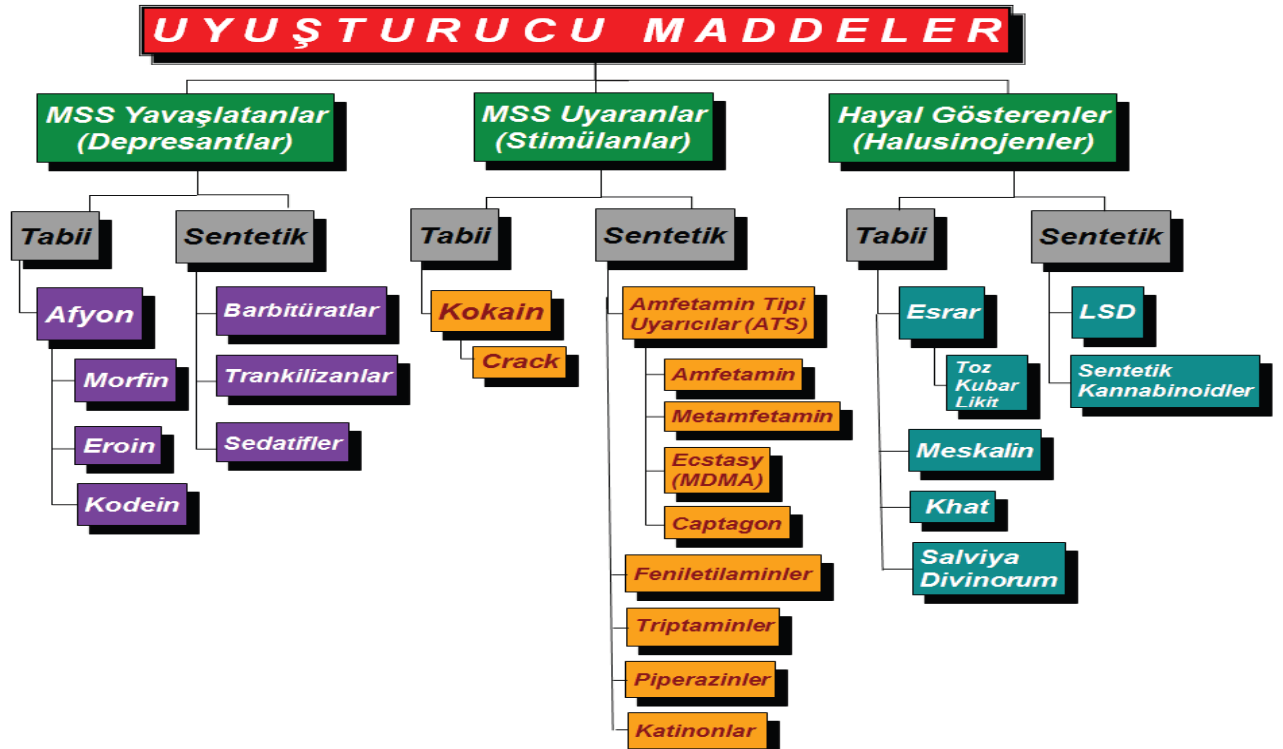
Madde ve ilişkili uyarıların ödül değeri giderek artması buna karşın madde kullanımının neden olabileceği olumsuz sonuçlar (ailenin dağılması, şiddete maruz kalma, hapis) değersizleştirildiği için tehdit, korkutma ve ceza vermek bağımlılık sorununu çözmede işe yaramamaktadır.

Farkındalık Aşamaları

Farkındalık Öncesi Dönem	<ul style="list-style-type: none">✓ Problem yaşadığını kabul etmez✓ Bir sorunu yoktur✓ Çevresi yakındır	<ul style="list-style-type: none">✓ Sağlıklı iletişim kurmaya çalışmak✓ Süreçle ilgili bilgi almak ve değişim için motive etmek
Farkındalık Aşaması	<ul style="list-style-type: none">✓ Bir şeylerin yolunda olmadığını kabul eder✓ Değişim için düşünmeye başlamıştır	<ul style="list-style-type: none">✓ Motivasyonu arttırmak✓ Değişimin faydaları ve süreçle ilgili kaygıları paylaşmak
Hazırlık / Karar Aşaması	<ul style="list-style-type: none">✓ Bırakmak için karar vermiştir	<ul style="list-style-type: none">✓ Seçenekler sunun✓ Özgüveni destekleyin
Eylem Aşaması	<ul style="list-style-type: none">✓ Değişim başlamıştır✓ Davranış değişiklikleri planlar	<ul style="list-style-type: none">✓ Başarısını kutlayın✓ Özgüveni destekleyin
Sürdürüm Aşaması	<ul style="list-style-type: none">✓ Davranış değişiklikleri başlamıştır	<ul style="list-style-type: none">✓ Özgüveni destekleyin✓ Problem çözme ve planlama konusunda destek olun
Hastalığın Tekrarı	<ul style="list-style-type: none">✓ Alkol/madde kullanımı tekrar başlamıştır	<ul style="list-style-type: none">✓ Özgüveni destekleyin✓ Motivasyonu arttırın

Bağımlılık Yapıcı Maddeler

1. Tütün (Sigara)
2. Alkol
3. Opiyatlar (Opioidler)
 - › Morfin, Eroin, Kodein, Metadon, Meperidin
4. Uyarıcılar (Stimülanlar = Psikostimülanlar)
 - › Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein
5. MSS'ni baskılayanlar (Sedatif ve Hipnotikler)
 - › Barbitüratlar, Benzodiazepinler (diazem, xanax, ativan, rivotril, rohypnol (flunitrazepam) vb), Meprobomat, Alkol, Akineton (biperiden)
6. Halusinojenler
 - › LSD (Liserjik Asid Dietilamid), Meskalin, Psilocybin, DMT (dimetil triptamin), DET (dietil triptamin), DOM (dimet oksimetil amfetamin), MDA (metilen dioksi amfetamin)
7. Uçucu maddeler
 - › Tiner, Benzen, Gazolin, Glue (Bali gibi yapıştırıcılar)
8. Esrar ve türevleri
9. Diğer
 - › Fensiklidin (PCP), Boru otu, Maraş otu, Ketamin, GHB, Steroidler, Nitritler, Maradona dopingi



Esrar

Esrar maddesi, cannabis sativa bitkisinden (kenevir bitkisi) elde edilmektedir. Kenevir bitkisi dişi ve erkek olarak ikiye ayrılır ve esrar maddesi dişi kenevirden elde edilir. Etken maddesi Δ^9 -tetrahidrokannabinol (THC) olup en yaygın preparatları marihuana, haşhiş, hoş yağı, sigara (joint), nargile (bong)'dir. THC ve metabolitleri yüksek oranda yağda erir, bu nedenle vücutta yağ dokusunda uzun süre kalırlar. THC vücut yağ dokusunda 28 günden daha uzun süre depolanabilir. Bazı vakalarda kullanımından sonra 11 hafta boyunca idrarda saptanmıştır. Kannabinoidleri saçlar, pubik kıllar, idrar, tükürük, ter ve kanda tespit etmek mümkündür. Şizofreni ve esrar kullanımı arasında ilişki olduğuna ve esrar kullanımının şizofreni semptomlarını presipite ettiği ya da var olan semptomları şiddetlendirdiğine ilişkin klinik ve epidemiyolojik kanıtlar vardır.

Esrar Maddesinin Etkileri

Esrar kullanımı sonucu görülen etkileri şu şekildedir,

- ❖ Taşikardi
- ❖ Kuru öksürük
- ❖ Ağız kuruluğu
- ❖ Bellekte bozulma
- ❖ İştah artışı
- ❖ Psikomotor etkiler ve araç sürme yetilerinde gerileme
- ❖ Algılarda değişiklik
- ❖ KVS: kullanımını takiben ilk 15 dk içinde ortaya çıkan kalp hızında %20-50 artıştır. Genellikle kan basıncı değişikliği de meydana gelir
- ❖ Öfori, relaksasyon
- ❖ Solunum sistemi: kronik bronşit semptomlarına neden olabilir
- ❖ Konsantrasyon azalması
- ❖ Hücresel etkiler ve kanser: solunum ve sindirim sistemi kanserleri
- ❖ Koordinasyon bozukluğu
- ❖ İmmünolojik etkiler: T lenfositlerin mitojenlere ve allogenetik lenfositlere yanıtını bozma
- ❖ Konuşkanlık
- ❖ Üreme işlevine olumsuz etki
- ❖ Neşelilik
- ❖ Muhakeme bozulması
- ❖ Yeni bilgiyi öğrenmekte güçlük
- ❖ Demotivasyon

Esrar Maddesinin Yoksunluk Belirtileri

- ❖ Sinirlilik
- ❖ Uykusuzluk
- ❖ Huzursuzluk
- ❖ İştahsızlık
- ❖ İrritabilite

Esrar Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ Esrar kullanımının etkileri dakikalar içinde başlar ve yaklaşık 30 dakika sonra zirve yapar
- ❖ Kalp hızı artar,
- ❖ Gözbebeklerinde genişleme, gözlerde kırmızılık,
- ❖ İştah artışı, ağız kuruluğu,
- ❖ Uyarılara duyarlılıkta artış,
- ❖ Zamana ve yere karşı yönelim bozukluğu,
- ❖ Zamanın akışı yavaşlamış hissi,
- ❖ Elemden aşırı neşelenmeye kadar değişen ruh hali,
- ❖ Her şeyin komik gelmesi, aşırı gülme,
- ❖ Hareket becerilerinde ve motor performansta azalma,
- ❖ Yüksek dozda kullanılırsa varsanılara, anksiyete, panik atağa neden olur.

Sentetik Kannabinoidler

Sentetik kannabinoidler ilk kez 2004 yılında bildirilmiş ve Avrupa'da 2008 yılından ve ülkemizde ise 2014 yılı itibaren kullanımı artan sentetik bir maddedir. Ülkeler arasında farklı isimlerle anılmakta olup Türkiye'de Bonzai, Jamaika başta olmak üzere gold, supreme, VIP, extreme gibi isimleri vardır. Sentetik kannabinoidlerin yapıları itibarıyla farklı formları bulunmaktadır ve bu durum tedavilerini de güçleştirmektedir. Ayrıca farklı formları olduğu için böbrek yetmezliği gibi çeşitli fizyolojik sorunlar çıkmaktadır. Bağımlılığa geçişi oldukça hızlıdır.

Sentetik Kannabinoidlerin Etkileri

Psikoaktif ve fiziksel olarak ele alınabilir. Psikoaktif belirtilerden bilişsel olarak etkileri şu şekildedir;

- ❖ Konfüzyon
- ❖ Sedasyon ve somnolans
- ❖ Amnezi
- ❖ Odaklanmada artış
- ❖ Konuşmada duraklama, aloji
- ❖ Düşünce akışında zorluk
- ❖ Dezorganizasyon ve düşünce bloğu
- ❖ Paranoid düşünce ve sanrılar

Davranış değişikliği olarak etkileri şu şekildedir;

- ❖ Huzursuzluk
- ❖ Agresyon

- ❖ Ajitasyon
- ❖ Psikomotor retardasyon
- ❖ Uyku değişiklikleri, özellikle gece kabusları
- ❖ İntihar düşünce ve davranışları

Duygudurum değişikliği olarak etkileri şu şekildedir;

- ❖ Öforik duygudurum
- ❖ Negatif duygudurum değişiklikleri (daha sık)
- ❖ Anksiyete
- ❖ İrritabilite
- ❖ Uygunsuz ve kontrol edilemeyen gülme
- ❖ Öfke
- ❖ Düz affekt

Duyusal ve algısal olarak işitsel ve görsel varsanılara neden olmaktadır. Ayrıca sentetik kannabinoid kullanımı ve psikoz arasında stabil psikotik bozuklukların alevlenmesi, akut psikoz gibi ilişki bulunmuştur. Bazı kullanıcılarda akut intoksikasyon sonrası birkaç hafta ısrar eden psikoz dönemi yaşanabilmektedir.

Fiziksel olarak ise Taşikardi Aritmi (öz. Supraventriküler taşikardi), Hipertansiyon, Myokard infarktüs riski gibi KVS etkileri olmaktadır. Bulantı, kusma, kuru ağız mukozası sonrası tükürük bezi iltihabı gibi GİS etkileri görülmektedir. Tremor, uyuşukluk hissi, karıncalanma hissi, kramplar, baş ağrısı, baş dönmesi, denge bozukluğu, epileptik nöbet, akut serebral infarkt.

Yüz kızarması, kırmızı göz, tinnitus, aşırı terleme, midriazis, akut renal yetmezlik, akneler ve geçmeyen sigiller gibi de diğer fiziksel etkileri görülmektedir.

Sentetik Kannabinoidlerin Yoksunluk Belirtileri

- ❖ Craving
- ❖ Bulantı
- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Huzursuzluk
- ❖ Terleme
- ❖ Tremor
- ❖ Taşikardi
- ❖ Kas seğirmesi
- ❖ Ürperme hissi
- ❖ Hipertansiyon
- ❖ Ekstremitelerde kramp
- ❖ Uyku bozukluğu

Sentetik Kannabinoidlerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ Hızlı ve şiddetli bağımlılık gelişmesi
- ❖ Akıl hastalığı
- ❖ Öğrenme ve hafıza üstüne kalıcı olumsuz etkiler.
- ❖ Robotlaşma
- ❖ Esrardan 14-90 kat daha yüksek etki
- ❖ Böbrek ve kalp yetmezliğine bağlı ölüm

Uyarıcılar (Stimülanlar = Psikostimülanlar)

Kullanımı sonrası fiziksel ve zihinsel olarak uyarıcı etkisi olan maddelerdir. Bu grupta yer alan maddeler ise şu şekildedir;

- ❖ Teobromin, Teofilin
- ❖ Kafein
- ❖ Nikotin
- ❖ Kokain
- ❖ Amfetaminler
- ❖ Ecstasy (MDMA, Methylene dioxy meth amphetamine)

Kokain

Erythroxyllum coca bitkisinin yapraklarından elde edilen kokain maddesi çoğu zaman burundan çekilerek kullanılır. Ancak bazı aparatlar ile sigara ya da damar içi kullanımı da görülmektedir. Kullanım yoluna göre değişmekle beraber ortalama 30-60 dakika içerisinde etkisi kaybolur. Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça güçlü olup tek kullanımda bile psikolojik bağımlılığı görülür. Her madde gibi tekrarlayan kullanımlarda tolerans gelişmesine ve bağımlılığa neden olur.

Kokain Etkileri

Kokain kullanımına bağlı etkileri şu şekildedir;

- ❖ Taşikardi
- ❖ Solunum güçlükleri
- ❖ Tansiyon yükselmesi
- ❖ Sosyal muhakeme bozukluğu
- ❖ Öfke artışı

Kokain Yoksunluk Belirtileri

Ortalama olarak son kullanımdan 18 saat sonra meydana gelmektedir.

- ❖ Madde alma isteği
- ❖ Göğüs ağrısı
- ❖ Disfobik duygudurumu
- ❖ Kas zayıflığı
- ❖ Ajitasyon
- ❖ Solunum güçlüğü
- ❖ Kalp atımında bozukluk
- ❖ Koma gelişmesi

Kokain Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ Kalp atım hızında aşırı artış
- ❖ Tansiyonun yükselmesi
- ❖ Sinirlilik
- ❖ Sosyal muhakeme kaybı
- ❖ Yüksek riskli cinsel girişimler
- ❖ Saldırganlık
- ❖ Psikomotor aktivitelerde artış
- ❖ Ajitasyon
- ❖ Kalp atımlarında bozukluk
- ❖ Göğüs ağrıları
- ❖ Kas zayıflıkları
- ❖ Solunum güçlükleri
- ❖ Koma gelişmesi

Ekstazi (Ecstasy)

Ekstazi her zaman aynı içerikte bulunmayabilmektedir. Eğlence mekanlarında kullanımı daha fazladır. Kullanıldıktan sonra etkisi 20 dakika itibarıyla başlar ve 6 saate kadar devam edebilir.

Ekstazinin Etkileri

- ❖ Canlılık hareketlilik
- ❖ Enerji artışı
- ❖ Libido artışı
- ❖ Özgüven
- ❖ Sıcaklık
- ❖ Zaman algısında bozulma
- ❖ Algılarda aşırı artma
- ❖ Göz bebeklerinde büyüme
- ❖ Terleme

Ekstazinin Yoksunluk Belirtileri

- ❖ Boşluk duygusu
- ❖ Baş ağrısı, baş dönmesi
- ❖ Depresyon, anksiyete, panik ataklar
- ❖ Uyku ve yeme bozukluğu
- ❖ Gerçeklikten kopuş
- ❖ Paranoya
- ❖ Vücutta ağrı

Ekstazinin Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ Panik ataklar
- ❖ Depresyon
- ❖ Hayal görme
- ❖ Uyku sorunları
- ❖ Bedenin aşırı ısınması
- ❖ Ani ölüm
- ❖ Aşırı sıvı kaybı oluşabilir

Opiyat

Opiyat Afyon haşhaşı (Papaver somniferum) bitkisinden elde edilmektedir. Opiyatların kullanımı opiyat reseptörlerinin sayısını ve duyarlılığını değiştirmektedir. Bu durum tolerans ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Opiyatlara karşı tolerans çok kısa sürede gelişmektedir. Kullanımında etkisi 4-6 saat sürmektedir. Bu durumda günde en az 3 doz alınması gerekmektedir.

Doğal opiyatlar	Narkotik etkili olanlar	Morfin, Kodein
	Narkotik etkisi olmayanlar	Tebain, Papaverin, Noskapin
Yarı sentetik olanlar	Eroin (Diasetil morfin), Hidromorfon, Oksikodon, Hidrokodon, Oksimorfon	
Sentetik Olanlar	Fentanil (<i>Durogesic</i>), Petidin (meperidin türevi) (<i>Aldolan, Dolantin</i>), Tramadol (<i>Tramadolor</i>), Buprenorfin (Suboxon, Subutex), Metadon, LAAM	

Kullanım yolları: IM, SC, IV, PO, Transmukozal, Rektal

Opiyatların Etkisi

- ❖ Kullanımından sonra yüzde kızarmalar, kol ve bacaklarda ağırlık hissi
- ❖ Öfori hissiyatının ardından sedasyon dönemi
- ❖ Hareket ve konuşmalarda yavaşlama
- ❖ Dikkat ve bellekte bozukluk
- ❖ Solunumda yavaşlama
- ❖ Göz bebeklerinde küçülme
- ❖ Ağrı hissinin kaybı
- ❖ Düz kasların kasılması
- ❖ Kan basıncı ve kalp hızında azalma
- ❖ Beden ısısında değişiklikler

Opiyatların Yoksunluk Belirtileri

Yoksunluk bulgularının ortaya çıkışı kullanılan opiyatın yarı ömrüne bağlıdır. Örneğin eroin maddesinin yoksunluk belirtileri 6-8 saat sonra başlar ve 2-3 gün en şiddetli bulgular ortaya çıkmaktadır. 7-10 gün içerisinde ise sönmesi beklenir. Opiyat yoksunluk belirtileri oldukça gürültülü bir tablodur ancak direkt olarak yaşamı tehdit etmez.

- ❖ Bulantı
- ❖ Kusma
- ❖ İshal
- ❖ Esneme
- ❖ Halsizlik
- ❖ Depresyon
- ❖ Uykusuzluk
- ❖ Kas spazmları
- ❖ Şiddetli kas kemik ağrıları
- ❖ Piloereksiyon (kaz derisi görünümü)

Opiyat Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

Opiyat türevi maddeler yüksek doz alımlarda özellikle solunum baskılanmasına bağlı olarak ölümlerle sonuçlanabilir.

Solunum depresyonu

- ❖ Relaksasyon
- ❖ Sadesyon
- ❖ Bulantı/Kusma
- ❖ Periferik vazodilatasyon
- ❖ Hipotansiyon
- ❖ Hipotermi
- ❖ Vücut salgılarında azalma
- ❖ Miyozis
- ❖ Düz kaslarda gevşeme
- ❖ Kabızlık
- ❖ Kaşıntı

Sedatif ve Hipnotikler (MSS'ni Baskılayan Maddeler)

Bazı hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ve yeşil ya da kırmızı reçeteye yazılması zorunlu olan ilaçlardır. Kişilerin anksiyetelerini azaltmak, uyku problemlerini çözmeye yardımcı olmak, epileptik nöbetlerin engellenmesinde kullanılan ilaçlardır. Ancak bu ilaçların hekim bilgisi ve yönlendirmesi dışında kontrolsüz kullanımlarının sonucu bağımlılık gelişir.

Benzodiyazepinler	Barbitüratlar
Alprozolam, Flunitrazepam (Roş), Lorazepam, Triazolam, Klordiazopoksid, Flurazepam, Diazepam, Klonazepam, Oksazepam, Temazepam	Tiyopental, Metoheksital, Pentobarbital, Sekobarbital, Amobarbital, Butalbital, Fenobarbital

Sedatif ve Hipnotiklerin Yoksunluk Belirtileri

- ❖ Anksiyete
- ❖ Ağrılar
- ❖ Sanrı ve varsanılar
- ❖ Otonom hiperaktivite
- ❖ Uyarılara duyarlılık
- ❖ Bellek bozukluğu
- ❖ Epileptik nöbetler

Sedatif ve Hipnotiklerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

Temel farmakolojik etkileri alkol ile benzerlik gösterir. Bu nedenle zehirlenme ve yoksunluk bulguları da alkolünkine benzer. Alınan miktar arttıkça bilinç, solunum ve dolaşım işlevlerinde bozulmalar belirginleşir. Bilinç değişiklikleri (uykuya eğilimden stupor, komaya kadar değişir)

- ❖ Göz bebeklerinde küçülme
- ❖ Işığa yanıtta tembellik
- ❖ Reflekslerde bozulma
- ❖ Solunum depresyonu, aritmiler

Halüsinojenler

Halüsinojenler yapısal benzerliklerine göre; İndolalkilaminler(LSD), Feniletilaminler(MDMA/EKSTAZİ), Arilsikloalkilamin (Fensiklidin, ketamin), Atropin olmak üzere dörde ayrılır.

Halüsinojenlerin Etkileri

Etkileri 30-60 dakika içerisinde görülmeye başlar yaklaşık 12 saat sürebilir.

- ❖ Sempatomimetik etkiler
- ❖ Kalp atımında artış
- ❖ Kan basıncında artış
- ❖ Vücut ısısında artış
- ❖ İştah azalması
- ❖ Ataksi
- ❖ Midriazis

Halüsinojenlerin Yoksunluk Belirtileri

Halüsinojen maddenin sık kullanılması, bu maddeden elde edilmek istenen etkiyi azaltmaktadır. Bu nedenle yoksunluk bulgularına neden olabilecek kadar yoğun kullanılmamaktadır. Ancak temel olarak kişiler maddeyi kullandıklarındaki hissiyatları aramaktadırlar.

Halüsinojen Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ İşitme ve görme varsanıları
- ❖ Yanılsamalar
- ❖ Zaman algısında bozukluklar
- ❖ Yargılama, bellek bozuklukları
- ❖ Oryantasyon bozuklukları
- ❖ Bilinç ve duygulanımda bozukluklar
- ❖ Panik atak

Uçucu ve Çözücü Maddeler

1-Tıbbi anestetik gazlar: Nitröz oksit, helyum, oksijen

2-Tıbbi olmayan amaçlarla kullanılan gazlar: Benzin, çakmak gazı, propan, parafin, bütan, antifiriz, akü asidi, freon, tutuşturucu sıvılar

3-Endüstriyel/Evle ilgili uçucular: Çamaşır suyu, yapıştırıcılar, saç boyası, boya inceltici(tiner), ayakkabı boyası, kauçuktan yapılan yapıştırıcılar, aseton, tırnak cilası

4-Sanat/ofis teçhizatı: Daksil, tipp-ex, işaretleyici kalem ve boyalar

5-Evle ilgili aerosoller: Çeşitli aerosoller, saç spreyi, sprey boya, deodorant, oda spreyi

Uçucu maddeler kullanımı en sık 14-15 yaşlarında görülen, ağız ve burun yoluyla çekilen maddelerdir. Uçucu madde kullanımına bağlı ani ölümler yaşanabilmektedir. Uçucu maddeleri uzun süre kullanan kişilerde beyin frontal lobunda gelişim gerilikleri ve bozuklukları tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra kas zayıflıkları, rabdomyoliz, böbrek yetmezliği, kardiyomyopati, karaciğer hasarı, pulmoner hipertansiyon, hematopoetik bozukluklar, hemetemez, kusma gibi GİS sorunları yaşanmaktadır.

Uçucu ve Çözücü Maddelerin Etkileri

Uçucu ve çözücü maddeler özellikle nöropsikiyatrik komplikasyonlar ortaya çıkarmaktadır. Bu kapsamda;

- ❖ Periferik nöropati
- ❖ Serebellar işlev bozukluğu
- ❖ Kortikal atrofi
- ❖ Ensefalopati ve demans
- ❖ Kraniyal nöropati (genellikle 5. ve 7. Sinir)

Uçucu ve Çözücü Maddelerin Yoksunluk Belirtileri

- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Bulantı
- ❖ Sinirlilik
- ❖ Titreme
- ❖ Uykusuzluk

Uçucu ve Çözücü Maddelerin Kullanımına Bağlı Entoksikasyon Belirtileri

- ❖ Baş dönmesi
- ❖ Göz kararması
- ❖ Nistagmus
- ❖ Koordinasyon bozukluğu
- ❖ Konuşma güçlüğü
- ❖ Psikomotor yavaşlama
- ❖ Tremor
- ❖ Çift görme

Alkol

Kan alkol düzeyine göre (%mg) alkolün etkileri şunlardır:

50-80	Öfori, minimal motor kusurlar
80-100	Nistagmus, ince motor etkinlikte bozulma
100-200	Ataksi, emosyonel bozukluklar, EEG'de yavaş dalga paterni
200-300	Konfüzyon, dizartri, amnezi
300-400	Stupor-koma
400-500	Koma, solunum depresyonu
>500	Ölüm

Alkolün Etkileri

Alkol kullanımına bağlı sık görülen medikal komplikasyonlar aşağıda verilmiştir. Bu hastalıklara ilişkin belirtiler taranmalı ve gerekli tedavi girişimleri yapılmalıdır.

Gastrointestinal sistem

- ❖ Özeofagus hastalıkları
- ❖ Mide barsak rahatsızlıkları
- ❖ Gastrit
- ❖ Peptik ülser
- ❖ Akut ve kronik pankreatit

Nörolojik

- ❖ Polinöropati
- ❖ Demans
- ❖ Ambliyopi
- ❖ Serebellar dejenerasyon
- ❖ Santral pontin myelinoliz

Beslenme bozuklukları

- ❖ Malnütrisyon
- ❖ Anemi
- ❖ Beriberi
- ❖ Pellagra
- ❖ Wernicke-Korsakoff sendromu

Karaciğer

- ❖ Yağlanma
- ❖ Hepatit
- ❖ Siroz
- ❖ Hepatik koma

İmmün sistem baskılanması

- ❖ Tüberküloz
- ❖ Pnömoni
- ❖ Kanser riski artar

Diğer

- ❖ Alkolik kardiyomiyopati
- ❖ Hipertansiyon
- ❖ İskemik kalp hastalığı
- ❖ Beyin kanaması
- ❖ Miyopati

Alkolün Yoksunluk Belirtileri

Alkol yoksunluk belirtileri kan alkol düzeyinin azalmaya başlamasından 6-8 saat sonra, genellikle ilk 24 saat içinde ortaya çıkar ve iki hafta sürebilir.

Alkol yoksunluğu belirtileri şunlardır:

- ❖ Terleme
- ❖ Anksiyete
- ❖ Tremor
- ❖ Ajitasyon
- ❖ Bulantı
- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Uykusuzluk
- ❖ Epileptik nöbetler
- ❖ Hipertermi
- ❖ Taşikardi
- ❖ Aritmi
- ❖ Hipertansiyon

Alkol yoksunluğuna bağlı deliryumda (deliryum tremens) alkol yoksunluğunun diğer belirtilerine ek olarak başka belirtiler gözlenir (Tablo 2). Deliryum tremens yoksunluğun 2.-10. günlerinde (genellikle 3.-5. günlerde) ortaya çıkar ve bu durumda hastanın sevki uygundur.

Deliryum tremens belirtileri şunlardır:

- ❖ Konfüzyon (yer, zaman ve kişiye yönelimde bozukluk)
- ❖ Ajitasyon
- ❖ Halüsinasyonlar (böcek, yılan görme, olmayan sesleri duyma) ve hezeyanlar (genellikle alınma ve paranoid hezeyanlar)
- ❖ Uyku-uyanıklık çevrimi bozukluğu
- ❖ Bellek bozuklukları
- ❖ Dikkat ve yoğunlaşma bozukluğu
- ❖ Duygudurumda aşırı değişkenlik

Yapılması Gereken Tanısal Testler

Alkol kullanımında yapılması uygun olan testler

- ❖ Tam kan biyokimyası (üre, kan şekeri, kreatinin, serum proteinleri, elektrolitler, serum bilirubinleri, CPK, GGT, transaminazlar, protrombin zamanı vb)
- ❖ Tam kan sayımı
- ❖ Tam idrar tahlili
- ❖ Akciğer grafisi
- ❖ Dışkıda gizli kan
- ❖ Ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene

Madde kullanımında yapılması uygun olan testler

- ❖ Genel sağlık taraması
- ❖ Kalp ve böbrek fonksiyonları
- ❖ Tam kan sayımı
- ❖ Akciğer grafisi
- ❖ Hepatitis-C
- ❖ HIV/AIDS

Alkol Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Sorunlar

Alkol-madde kullanımına sıklıkla psikiyatrik sorunlar eşlik edebilir. Bunlar arasında sık görülenler şunlardır:

- ❖ Depresyon, Anksiyete bozuklukları- panik atak
- ❖ Psikotik bozukluklar (zellikle paranoid tablolar)
- ❖ Halüsinasyonlar
- ❖ İntihar (alkol-madde kullanıcılarında sıktır)
- ❖ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Depresyon ve anksiyete hafif düzeydeyse gerekli tedaviler düzenlenmelidir. Daha şiddetli durumlarda ve diğer ruhsal sorunlarda hastanın psikiyatriye sevki uygundur.

Eşlik eden ruhsal sorun ile alkol-madde kullanımına eř zamanlı müdahale gerekir.

Alkol-Madde Kullanımının Risk Düzeyinin Saptanması

Alkol kullanan bir kişide;

- ❖ Eğer kişinin psikososyal işlevleri bozulduysa yüksek riskli kullanım olarak ele alınmalıdır.
Örneğin: Aile ilişkilerinde, iş veya eğitim hayatında, yasal sorunlar vb
- ❖ Ergenlerde; deneme dışındaki her türlü düzenli kullanım yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir.
- ❖ Daha ayrıntılı değerlendirme için Risk Taraması leği kullanılmalıdır.

Madde kullanan bir kişide;

- ❖ Her türlü madde kullanımı yüksek risklidir.
- ❖ Daha ayrıntılı değerlendirme için risk taraması leği kullanılmalıdır.

Risk Taraması Ölçekleri

Aşağıdaki iki ölçek Bağımlılık Profil İndeksi Risk Taraması Ölçeğinden (BAPİRT) alınmıştır.

Alkol Kullanımı İçin Risk Taraması

Bir kişi alkole ilişkin bir sorunla başvuruyorsa bile, her başvuran kişiye alkol kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Alkol kullandığını söyleyen veya alkol kullanımına bağlı bir sorunla gelen herkese aşağıdaki risk taraması yapılmalıdır. Madde kullanımı için bu form değil, madde için risk taraması formu kullanılmalıdır.

A1	Son altı ay içinde ne sıklıkta alkol kullandınız?	Hiç kullanmadım veya ayda 1-3 kereden fazla değil	<input type="radio"/>	0
		Haftada 1-5 kez	<input type="radio"/>	1
		Hemen hemen her gün	<input type="radio"/>	2
A2	Son altı ay içinde, alkol içtiğinizde bir günde ne kadar içerdiğiniz? Ortalama olarak söyleyebilir misiniz?	Hiç veya 1-2 standart içkiye kadar	<input type="radio"/>	0
	<i>Aşağıdakine göre günlük standart içki miktarını hesaplayıp, yanıtı öyle yazınız</i>	3-4 standart içki	<input type="radio"/>	1
	Bir kadeh şarap = Bir standart içki	5 standart içkiden fazla	<input type="radio"/>	2
	Yarım duble rakı veya votka veya cin veya viski vb= Bir standart içki			
	Bir büyük kutu bira= 1,5 standart içki			
A3	Son altı ay içinde, bir seferde (6 kadeh şarap veya 3 duble rakı veya dört kutu büyük bira) veya daha fazla içme sıklığınız ne kadardır?	Hiç veya ayda birden az	<input type="radio"/>	0
	<i>Parantez içindeki standart içki cinsini daha önceki soruda verdiği yanıtı göre belirleyiniz.</i>	Ayda 1-3 kez	<input type="radio"/>	1
		Haftada bir veya daha fazla	<input type="radio"/>	2

A4	Gündüz saatlerinde de alkol kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
		Bazen	<input type="radio"/>	1
		Çok sık	<input type="radio"/>	2

A5	Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
		Bazen	<input type="radio"/>	1
		Çok sık	<input type="radio"/>	2

A6	Alkol kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
		Bazen	<input type="radio"/>	1
		Çok sık	<input type="radio"/>	2

Yukarıdaki soruların toplam puanı **3 veya üstü ise ORTA RİSK** kapsamında, **6 veya üstü ise YÜKSEK RİSK** kapsamında değerlendirilmelidir.

Madde Kullanımı İçin Risk Taraması

Madde kullandığını söyleyen herkese risk taraması yapılmalıdır. Hangi maddeyi/maddeleri kullandığını sorun. En çok kullandığı ve tercih ettiği maddeyi öğrenin.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz. Örneğin: “[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” yerine esrar içiyorsa “Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” biçiminde okuyun. Alkol kullanımını değerlendirmek için alkol için risk taraması kullanılmalıdır.

Aşağıdaki sorulara verilen yanıtların toplam puanı **4 veya üstü ise kişinin madde kullanım düzeyi YÜKSEK RİSK** olarak değerlendirilmelidir.

! Eğer kişi daha önce damar yoluyla madde kullandıysa, doğrudan yüksek risk olarak kabul edilmelidir.

M1 Son bir yıl içinde ne sıklıkta [madde] kullandınız?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	En az bir kez	<input type="radio"/>	1
	Üçten fazla kez	<input type="radio"/>	2

M2 [Maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M3 [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M4 [Madde] kullanmak beden veya ruh sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M5 [Madde] kullanmanız, az sonra sayacağım yaşam alanlarından birisi üstünde olumsuz etkileri oldu mu? Aile ilişkilerinizde? Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde? Eğitim hayatınızda? İş hayatınızda?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M6 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M7 Hayatınız boyunca hiç damar yoluyla bir madde kullandığınız oldu mu?	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	0
	Bazen	<input type="radio"/>	1
	Çok sık	<input type="radio"/>	2

M1 ve M6 arasındaki sorulara verilen yanıtları toplayın. M7 sorusunu toplama katmayın.

Maddelere Göre Tedavi ve Müdahale Yöntemleri

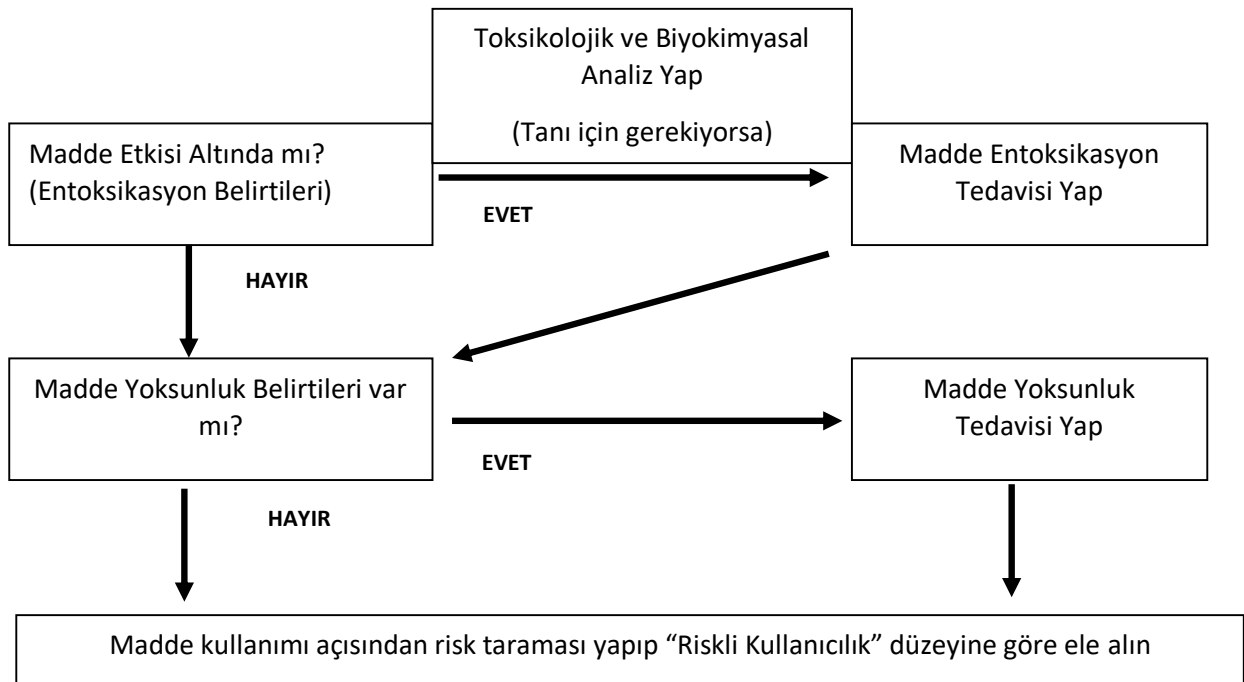
Kişiye müdahale etmeden önce hastalığını tanımak ve bağımlılığını fark etmek müdahale açısından önemlidir. Kullandığı maddeyi tanımak ve zehirlenme ya da yoksunluk belirtileri gösterdiğini anlamak müdahalenin seyrini değiştirebilir.

Bağımlılık Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre bağımlılık tanı ölçütleri aşağıdadır

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememeye (işte, okulda, evde)
6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
10. Maddeye tolerans gelişmiş olması
11. Yoksunluk belirtileri

❗ Buna göre 1 yıl içinde bulguların;2 veya 3'ü varsa hafif, 4 veya 5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli bağımlılık olarak kabul edilir.



Alkol ve Sedatif - Hipnotikler

Beyin üzerinde benzer mekanizmalarla etki oluşturdıkları için alkol ve sedatif-hipnotikler birlikte ele alınacaktır. Alkol, benzodiyazepinler ve barbitüratlar beyin üzerinde inhibitör etki gösterirler. Düşük dozda vücuda alınmalarından kısa süre sonra davranışlar üzerinde disinhibisyon ve kaygıda azalma; orta düzeyde alındıklarında sedasyon ve ataksi, yüksek dozda kullanıldıklarında ise anestezi ve koma durumu ortaya çıkar. Alkol tedavi edici ajan olarak kullanılmamakla birlikte sahip olduğu bu özelliklerden dolayı yaygın kullanım bulmaktadır. Sedatif ve anksiyolitik etkileri nedeniyle birçok hastalıkta yaygın olarak kullanılmış olan barbitüratların hızla bağımlılık yaptığı ve güvenlik aralığının dar olduğu kanıtlanınca yerlerini benzodiyazepinler almıştır.

Alkol/Sedatif Hipnotik Entoksikasyonu Tedavisi

Başvuran kişi bilinci ve bedensel hastalığı açısından değerlendirilir

- ❖ Doğrudan hastadan bilgi alınmaya çalışılır. Bu sırada bilinci değerlendirilir.
- ❖ Mental durum muayenesi, dizatrik konuşma, alkol kokusu, davranışlarındaki kontrolsüzlük alkol/sedatif hipnotik entoksikasyonunu düşündürür.
- ❖ Alkolle beraber başka maddeler kullanmış olabileceği akılda tutulmalıdır.
- ❖ Denge, koordinasyon, nistagmusu değerlendiren nörolojik testler ve toksikolojik analizler kullanılarak durum saptanmaya çalışılır.

Bilinç Açık ise

Herhangi bir kronik hastalık öyküsü yoksa müdahaleye gerek yok. Aşağıdaki durumlarda bilinç açık olsa da dikkatli olunmalıdır

- ❖ Ergenler
- ❖ Geçmişte konvülsiyon hikayesi bulunması
- ❖ Daha önce geçirilmiş delirium tremens öyküsü
- ❖ Alkol ile birlikte başka bir maddenin de alınmış olması
- ❖ Ülser, kalp hastalığı, diabet veya başka bir ciddi hastalık hikayesi
- ❖ Yakın zamanda geçirilmiş gastro-intestinal bir kanama öyküsü
- ❖ Kafa travması veya yakında geçirilmiş bir kaza öyküsü
- ❖ İzlem yapılarak bilinçte değişiklik ortaya çıkarsa biyokimyasal ve radyolojik inceleme

Bilinç Kapalı ise

- ❖ Alkol kullandığı bilirse bile bilinci kapalı olan hastada öncelikle kafa travması, hipoksi, hipoglisemi, hipotermi, hepatikensefalopati, metabolik ve fizyolojik anormallikler gibi nedenleri dışlamak gerekir.
- ❖ Etil alkol dışındaki alkollerin (metil alkol, etilen glikol, isopropylalcoholvb.) ya da başka maddelerin de birlikte kullanılmış olabileceği akla getirilmelidir. Bu durumda tedavide farklılıklar gerekecektir.
- ❖ Aktif kömür veya gastrik lavaj uygulaması etkin değildir.
- ❖ Damar ve solunum yolu açılmalı; hastanın kusma ve aspirasyon riskine karşı önlem alınmalıdır.
- ❖ Gerekirse airway takılması hatta trakeal tüp uygulaması akla getirilmelidir.
- ❖ Kan alkol seviyesinin yanı sıra elektrolitler ve kan şekeri başta olmak üzere biyokimyasal analiz istenmelidir. Kan şekeri 8 saat aralıkla izlenmelidir.
- ❖ Hipoglisemi saptanan hastalara Wernicke Ensefalopatisi'nden kaçınmak için öncelikle 100 mg thiamin verildikten sonra IV dextrozlu sıvı verilmelidir.
- ❖ Ajite, saldırgan ve tedaviye uyum göstermeyen hastalara benzodiyazepin veya klasik antipsikotikler verilebilir. Ancak her iki ilaç grubunun da solunumu deprese edebileceği akılda tutulmalıdır.
- ❖ Metadoxin, pyridoksin'in pirrolidonkarboksilat formu kan alkol seviyesi hızla azaltmak konusunda üzerinde çalışılan ancak henüz kullanılması için onay almamış ilaçlardır.

Alkol Yoksunluğu

Alkol santral sinir sistemi üzerinde depresan bir etkiye sahiptir. Düzenli kullanılması inhibitör doğadaki GABA aktivitesini arttırmakta buna karşılık eksitator doğadaki sistemler harekete geçerek homeostazi sağlamaya çalışmaktadırlar. Alkolün aniden kesilmesi/azaltılması inhibitör etkinin zayıflamasına buna karşın eksitator etkinin görece daha güçlü hale gelmesine neden olmaktadır. Yoksunluk bulguları beyindeki bu aktivite değişikliği sonucu ortaya çıkar.

İlk yoksunluk bulguları genellikle son alkol alımından 6 saat sonra ortaya çıkar, alkol bağımlılığının ağırlığına göre ya 24-48 saat içinde azalarak düzelir ya da ilerleyerek daha ağır bulgular ortaya çıkarır.

Delirium Tremens (DT), alkol yoksunluğunun komplike olmuş ağır bir formudur. Yoksunluktaki hastaların %5'inde ortaya çıkar. Ağır alkol kullanımı olan, daha önce DT öyküsü olan, 30 yaşın üstünde olan, kronik hastalığa sahip kişilerde, metabolik sorunu olan, elektrolit dengesizliğine sahip, kan alkol seviyeleri görece yüksek iken yoksunluk bulguları yaşayan kişilerde ortaya çıkma riski daha yüksektir. DT bulgularına sahip hastaların %5'inde mortalite riski vardır. Bu nedenle ılımlı yoksunluk bulguları yaşayan hastaların DT gelişme riski öngörülerek zamanında yoksunluk tedavisine alınmaları gerekir.

Alkol Yoksunluğu Tedavisi

Yoksunluk bulgularının yatıştırılmasında en çok tercih edilen ilaç grubu benzodiyazepinlerdir. Sedasyon oluşturacak ve yoksunluk bulgularını kontrol altına alacak dozda kullanılırlar. Bağımlılık riskleri nedeniyle, ortalama 10 gün içinde azaltılarak kesilmeleri gerekir.

- ❖ Diazepam gibi uzun etkili benzodiyazepinler tercih edilir. Dikkat: Solunum yetmezliği olan, ileri düzeyde karaciğer yetmezliği olan, kafa travması geğirmiş olma olasılığı olan, serebrovasküler hastalığı olan kişilerde kullanılması durumu ağırlaştırabilir, bu hastaların ilgili birimlerle konsülte edilerek ilaç tedavisine alınmaları gerekir. Başlangıç dozu hastanın kullandığı alkol miktarına göre belirlenir. 20-80 mg dozda kullanılır.
- ❖ Lorazepam, alprozolam, midazolam gibi kısa etki süreli benzodiyazepinler yaşlılarda ve yukarıda sayılan medikal durumlarda tercih edilir.
- ❖ Wernicke Ensefalopatisinden korumak için dextrozlu sıvı vermeden önce Thiamin 200-300 mg/G IV verilmelidir.
- ❖ Dehidratasyon acil olarak düzeltilmelidir.
- ❖ DT gelişimini önlemek için elektrolitler özellikle magnezyum seviyesi takip edilmeli, gerekirse replasmanı yapılmalıdır.
- ❖ Ajitasyon ve hallüsinasyonların varlığında haloperidol (2.5-10 mg/G, PO/IM) veya olanzapin (30 mg/G, PO/buccal) ya da risperidon (2-10 mg/G, PO/IM) uygulanabilir

Sedatif Hipnotik Yoksunluğu Tedavisi

- ❖ Sedatif-Hipnotik yoksunluğu sırasında epileptik nöbetlerin ortaya çıkma olasılığı nedeniyle dikkatli olunmalıdır.
- ❖ Kan biyokimyası, hemogram ve başta magnezyum olmak üzere elektrolitler incelenir.

Komplikasyon çıkmadan ilaçları kesmek için iki yol tercih edilebilir:

- Halen kullanılmakta olan ilacı azaltarak kesmek.
- Uzun etki süreli bir benzodiyazepine geçerek azaltıp kesmek.
- ❖ Tedavide olası epileptik nöbetleri önlemek üzere antiepileptik tedavi başlanabilir.
- ❖ Ajitasyon ve hallüsinasyonların varlığında haloperidol (2.5- 10 mg/G, PO/IM) veya olanzapin (30 mg/G, PO/buccal) veya risperidon (2-10 mg/G, PO/IM) uygulanabilir.

Detoksifikasyon sonrası, sedatif-hipnotik kullanılmasına neden olan herhangi bir ruhsal hastalık olup olmadığı değerlendirilir. Gerekliyse ruhsal hastalığa yönelik tedavi başlanır.

Opiyatlar

Opiyatlar çok geniş bir gruptur. Temel olarak afyon bitkisinin reçinesinden elde edilen doğal opiyatlar (Kodein, Morfin, Afyon) yanı sıra yine afyon bitkisinden elde edilen ancak opiyat özelliği göstermeyen moleküllere laboratuvar koşullarında opiyat özelliği kazandırılarak elde edilen yarı-sentetik (Asetildihidrokodein, Benzilmorfin, Diasetilmorfin, Oksikodon, Oksimorfon, Dihidromorfin vb.) ve tamamen sentetik (Buprenorfin, Dekstropropoksipfen, Fentanil, Metadon, Propoxyphene, Pethidine vb.) opiyatlar bulunmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa en sık eşlik eden opiyat eroindir. Opiyatlar ağız, inhalasyon ya da damar içi yolla alınırlar. Benzer şekilde metabolize olurlar. Ancak farklı emilim gösterirler. Karaciğerde detoksifiye olurlar, metabolitleri ise idrar ve safra yolu ile atılır.

Bu maddelerin hepsi ağrı kesicidir. Uykulamaya ve duygusal dalgalanmalara neden olurlar. Yüksek dozda alındıklarında ise hem kardiyak hem de mental aktiviteyi bozarlar. Özellikle intravenöz alındıklarında etkileri 1-2 dakika içinde gelişir. Opiyatlar hızlı bağımlılık ve tolerans geliştirdikleri için fiziksel bağımlılık kısa sürede ortaya çıkar.

Opiyat Entoksikasyonu Bulguları

- A. Yakın bir geçmişte opiyat kullanmış olma
- B. Opiyat kullanımı sırasında/sonrasında gelişen, işlevselliği bozan davranışsal/ruhsal belirtiler (apati ve sedasyon, disinhibisyon, psikomotor retardasyon, dikkat bozukluğu, yargılama bozukluğu)
- C. Opiyat kullanımı sırasında/sonrasında gelişen, göz bebeğinde daralma (ya da aşırı doza bağlı anoksiye bağlı göz bebeklerinde büyüme) ile aşağıdaki bulgulardan en az biri:
 1. Uyuşukluk/koma
 2. Sözü ağızda geveleyerek konuşma
 3. Dikkat/bellek bozukluğu
- D. Belirti/bulgular başka bir sağlık durumu/ruhsal bozuklukla açıklanamaz

Opiyat Entoksikasyon Tedavisi

- ❖ En kısa sürede hava yolunu açık tutmak gereklidir. Bir opiyat antagonisti verilene dek hasta mekanik olarak havalandırılmalıdır.
- ❖ Kardiyak işlevler yakından izlenmeli, intrakardiyak adrenalin, defibrilatör, sodyum bikarbonat hazır bulundurulmalı ve gerekirse uygulanmalıdır.
- ❖ Aldığı ve çıkardığı izlenerek sıvı -elektrolit dengesi ayarlanmalıdır.

- ❖ Akciğer ödemi varsa, solunumu baskılamayacak şekilde pozitif basınçlı oksijen uygulanmalıdır.
- ❖ Hipotansiyona karşı duruma göre plazma genişleticisi verilebilir.

Opiyat antagonistleri verilmesi

Opiyat aşırı dozun etkilerini geri çevirmek için damar yolu ile uygulanabilen iki kullanımı onaylanmış opiyat antagonistleri [naloksan, nalmeferin] mevcuttur. Naloksanın yarılanma ömrü oldukça kısadır (60-90 dk) ve hastada yarılanma ömrü uzun bir opiyat aşırı dozu söz konusu ise (örn. metadon) tekrarlanarak uygulanmalıdır. Başlangıç naloksan dozu yaklaşık olarak 70 kilograma 0,8 mg'dır. Solunum hızında artma, pupillerde genişleme gibi düzelme bulguları hızla oluşmalıdır. Başlangıç dozuna cevap alınamazsa naloksan uygulaması birkaç dakika aralarla tekrar edilebilir. Nalmeferinin etki süresi uzundur (yarılanma ömrü yaklaşık 10 saat) ve tek bir nalmeferin dozu opiyat agonist aşırı dozunun etkilerini kalıcı olarak geri çevirmeye yeterli olabilir. Nalmeferinin başlangıç etkileri tipik olarak damar içi (IV) uygulamadan sonra dakikalar içinde başlar ve genellikle başlangıç dozu 0.5-1.0 mg'dır.

Opiyat bağımlısı hastalarda çok fazla naloksan veya nalmeferinin kullanılmasının aşırı dozun etkisini geri çevirdiği gibi yoksunluk bulgularına da yol açabileceği (hızlandırılmış opiyat yoksunluğu) akılda tutulmalıdır.

Opiyat Yoksunluğu

A. Aşağıdakilerden biri vardır:

(1) Çok fazla ve uzun süreli (birkaç hafta ya da daha uzun süre) opiyat kullanımının sonlandırılması (ya da azaltılması)

(2) Bir opiyat kullanım döneminden sonra bir opiyat antagonistinin uygulanması

B. A tanı ölçütünden sonra, birkaç dakikadan birkaç güne dek değişen bir zaman aralığında aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması:

- | | |
|---|--|
| ❖ Disforik duygudurum | ❖ Pupiller dilatasyon, piloereksiyon ya da terleme |
| ❖ Bulantı ya da kusma | ❖ Diyare |
| ❖ Kas ağrıları, ateş | ❖ Esneme |
| ❖ Lakrimasyon (göz yaşı akması) ya da rinore (burun akıntısı) | ❖ Uykusuzluk |

C. B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağılı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Opiyat Yoksunluğunu Tedavi Eden Opiyat Ajanlar

Dünyada metadon ve buprenorfin en yaygın kullanılan ilaçlardır. Ülkemizde buprenorfin opioid bağımlılığı tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır.

Buprenorfin

Buprenorfin, opioid yoksunluğu ve opioid bağımlılığı idame döneminde kullanılabilen kısmi mü agonisti opioiddir. Düşük dozlarda morfin benzeri etki gösterir, dilaltı verildiğinde 8-12 mg/g dozunda morfin benzeri etkileri en üst düzeye ulaşır, 12 mg üstü dozlarda bu etki çok hafif düzeyde artar. Yüksek dozlarda solunum depresyonu yapma riski tam agonistlere göre daha düşüktür. Ancak damar yoluyla kötüye kullanımı söz konusudur. Bu nedenle 2:1 ve 4:1 oranında nalokson (opioid antagonist) eklenmesiyle buprenorfin-nalokson kombinasyonu ilaç (Suboxone 2 mg/0.5 mg ve 8 mg/2 mg dilaltı tablet, kırmızı reçeteye tabidir) geliştirilmiştir. Türkiye’de de kullanımda olan bu ilacı kişi kendine enjekte ederse ya azalmış buprenorfin etkisi ya da opioid yoksunluğu yaşamaktadır. Bu durum, yasadışı kullanımını engellemektedir. Yarılanma ömrü uzun olduğu için günde tek doz kullanım yeterlidir.

Yoksunluk döneminde uygulanabilmesi için son opioid kullanımından sonraki sürenin 12-24 saat olması gerekmektedir. Yoksunluğun şiddetine göre günlük stabilizasyon dozu 8-32 mg’dır. İki gün boyunca sabit doz uygulaması yapıldıktan sonra 3-6 günlük süre içinde doz azaltımı ile ilaç kesilir. Bir diğer arındırma yöntemi ise 2-3 hafta kullanımı sonrasında kademeli kesilmesidir. Doz azaltılması 2 mg’lık azaltmalarla yapılmalıdır. İdame döneminde kullanılacak ise hastanın da kabul ettiği başlangıç dozundan daha düşük bir dozla tedaviye devam edilir. Buprenorfin ile ayaktan tedavi edilen hastalarda sedasyon yapıcı ilaçlarla-özellikle benzodiyazepinlerle-aynı anda kullanmanın kontraendike olduğunu bilmek özellikle önemlidir.

Metadon

Uzun etki süreli sentetik opioiddir. Ülkemizde bulunmayan metadon, opioid bağımlılığının hem yoksunluk aşamasında hem de idame döneminde kullanılabilir. Opioid yoksunluğunda tedaviye 15-30 mg/gün dozu ile başlanır. Doz yoksunluk belirtilerini azaltmaya yetmiyorsa artırılır. Uygun doza ulaşıldığında yoksunluğun planlanan süresine göre doz azaltılması yapılır (haftada %5-10 oranında azaltma). Kısa süreli arındırmanın yanında altı ay kadar sürebilecek uzun süreli arındırmalar da yapılabilir. İdame döneminde kullanımında ise metadonun 80-100 mg/g dozunda, opioid kullanma arzusunu baskılamaya ve yasadışı opioidlerin etkilerini bir çapraz toleransla bloke etmeye yettiği vurgulanmaktadır. Bağımlılık yapıyor olması en önemli dezavantajdır.

Uçucu Maddeler

Uçucu maddeler (inhalanlar) toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloreten, diklorometan, benzin ve bütan gibi uçucu hidrokarbonlardır. Bu kimyasal maddeler ticari olarak farklı formlarda satılmaktadır: Yapıştırıcı ve zamlarda, sprey boyalar, saç spreyleri, kızartma tavası spreyleri ve tıraş kremi aerosollerinde itici olarak, incelticilerde (tinerler) (örn; boyalarda ve daktilo düzeltme sıvılarında, sıvı yakıtlarda kullanılır. Oda sıcaklığında, bu bileşikler gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak kan dolaşımına transpulmoner yoldan girerler.

Uçucu Madde Entoksikasyonu Bulguları

A. Yakın bir geçmişte uçucu maddelerle isteyerek/istemedi, kısa bir süre içinde, yüksek miktarda karşılaşma

B.Uçucu madde alımı sırasında/sonrasında gelişen, işlevselliği bozan davranışsal/ruhsal belirtiler (tartışmacılık, saldırganlık, apati, yargılama bozukluğu)

C.Uçucu madde alımı sırasında/sonrasında gelişen aşağıdaki belirti/bulgulardan en az ikisi:

- ❖ Baş dönmesi
- ❖ Nistagmus
- ❖ Eşgüdüm bozukluğu
- ❖ Sözü ağızda geveleyerek konuşma
- ❖ Düzgün ayakta duramama
- ❖ Letarji (uyuşukluk)
- ❖ Reflekslerde azalma
- ❖ Psikomotor yavaşlama
- ❖ Titreme
- ❖ Yaygın kas gücü azalması
- ❖ Görme bulanıklığı veya diplopi
- ❖ Stupor veya koma
- ❖ Öfori

D. Belirti/bulgular başka bir sağlık durumu/ruhsal bozuklukla açıklanamaz

Uçucu Entoksikasyon Tedavisi

Genellikle tıbbi bakım gerektirmez ve kendiliğinden geriler. Ancak koma, bronkospasm, laringeospasm, kardiyak aritmiler, travma veya yanıklar gibi zehirlenme etkileri tedavi gerektirir.

Uçucu zehirlenmesi sırasında fiziksel ajitasyonun kardiyak aritmileri veya kalp durmasını presipite ettiğini gösteren bazı kanıtlar olduğundan ortam sessiz, sakinleştirici ve güven tazeleyici olmalıdır.

Benzodiazepinleri içeren sedatif ilaçlar kontrendikedir ve uçucu madde etkilerini artırabilir.

Kısa yarı ömrü nedeniyle genellikle 30 dakika zarfında belirtiler belirgin bir şekilde düzelir. Tablonun gerilemesini takiben uçucu madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı, diğer madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Esrar (Kannabis)

Esrar, hint kenevirinden elde edilen bir madde olup çok fazla kimyasal içermektedir. Entoksikasyondan sorumlu temel etken madde tetrahidrokannabioldür (THC). Esrar bağımlılığı genellikle günlük veya buna yakın sıklıkta kullanım sonucu gelişmektedir. Kronik kullanımda etkilerinin çoğuna tolerans gelişir. Ağır içicilik sonrası kesilme belirtileri klinik açıdan belirgin olmamakla birlikte esrar bağımlılığının fizyolojik boyutu hayvan deneyleriyle kanıtlanmıştır.

Esrar Entoksikasyonu ve Tedavisi

- A. Yakın bir geçmişte esrar kullanmış olma
- B. Esrar kullanımı sırasında/sonrasında gelişen, işlevselliği bozan davranışsal/ruhsal belirtiler (motor koordinasyon bozukluğu, öfori, kaygı, zamanın yavaşladığı duyumu, yargılama bozukluğu, toplumdaki uzaklaşma)
- C. Esrar kullanımı sırasında/sonrasında gelişen aşağıdaki belirti/bulgulardan en az biri:
 - ❖ Konjunktivaya kan oturması
 - ❖ Yeme isteğinin artması
 - ❖ Ağız kuruluğu
 - ❖ Taşikardi

D. Belirti/bulgular başka bir sağlık durumu/ruhsal bozuklukla açıklanamaz

Entoksikasyonda anksiyete belirtileri çok belirginse uzun etkili bir benzodiyazepin (örn. 10 mg diazepam P.O.) tercih edilebilir. Varsa psikotik belirtiler 5-10 mg haloperidol (i.m.) tedavisine veya benzodiyazepine yanıt verebilir.

Esrar Yoksunluğu ve Tedavisi

Esrar kesilme belirtilerinin büyük çoğunluğu ruhsal ve davranışsal düzeydedir. Ancak iştah değişikliği, kilo kaybı, titreme tabloya sıklıkla eşlik eder. Belirtiler kullanım bırakıldıktan sonra 3-12 saatte başlar, 1-2 günde zirve yapar ve 4-5 gün devam eder. Bu dönemde kullanılacak kanıt düzeyi yeterli olan farmakoterapötik ajan henüz yoktur. Düşük dozlarda benzodiazepinler ve 2 kuşak antipsikotikler anksiyete bulguları yoğun ise kullanılabilir.

Sentetik Kannabinoidler

Sentetik kannabinoidler, THC ile benzer reseptörler üzerinden etki gösteren ancak hint kenevirinden üretilmeyen, laboratuvar ortamında sentezlenen kimyasal maddelerdir. Toz halinde olan madde çözücülerde çözündürülerek bitki karışımlarına sıklıkla ve paketlenerek satılır. Etkileri esrardan daha güçlüdür. 2011 yılından bu yana Uyuşturucu Maddelerin Denetlenmesi Hakkında Kanun'a tabi hale getirilmişlerdir.

Sentetik Kannabinoid Entoksikasyonu ve Tedavisi

Klinik görünüm değişkendir. Anksiyete, psikoz, ajitasyon, epileptik nöbetler, taşikardi, miyokard enfarktüsü, akut böbrek yetmezliği, solunum sıkıntısı ve ölüm görülebilir. Belirtiler kullanılan maddenin dozuna, içeriğine, kişisel özelliklere ve kullanılan ek maddelere göre değişkenlik gösterir. Esrara göre en yüksek etkinin daha kısa sürede oluştuğu ve yan etkilerinin esrardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Entoksikasyonda ortaya çıkabilen halüsinasyonlar nedeniyle tehlikeli durumlar görülebilmekte, suicidal ve homisidal davranışlar belirebilmektedir. Bu nedenle, bu vakaların hızlıca tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Entoksikasyonuna dair bir tedavi algoritması henüz mevcut değildir ve bir antidotu yoktur.

Sentetik Kannabinoid Entoksikasyon Tedavisinde Dikkat Edilecek Noktalar

- ❖ Vital bulgular monitorize edilmelidir.
- ❖ Dehidratasyona karşı i.v. sıvı replasmanı yapılmalıdır.
- ❖ Mevcut ise hipokalemi tedavi edilmelidir.
- ❖ Ajitasyon ve agresyon için benzodiyazepinler kullanılabilir.
- ❖ Psikotik semptomların varlığında antipsikotikler kullanılabilir.
- ❖ Epileptik nöbetler için i.v. benzodiyazepin, distonik reaksiyonlar ve kas rijiditesi için difenhidramin uygundur.

Sentetik Kannabinoid Yoksunluğu ve Tedavisi

Sentetik kannabinoidlere tolerans hızlıca gelişir ve bu durum, yüksek bağımlılık potansiyeli ile ilişkili görünmektedir. Klinik görünüm değişkendir. Sık görülen yoksunluk belirti ve bulguları arasında aşırme, anksiyete, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk, kabuslar, bulantı ve kusma, ishal, gastrointestinal kramp ve spazmlar, iştahsızlık, baş ağrısı, titreme, terleme ve taşikardi yer almaktadır. Sentetik kannabinoid yoksunluk tedavisine özün bir farmakolojik ajan yoktur.

Sentetik Kannabinoid Yoksunluk Tedavisi

- ❖ Ajitasyon ve irritabilite için 25-50 mg/gün ketiyapin (max. doz 200 mg/gün)
- ❖ Bulantı ve kusma için 10 mg/gün metaklopramid (max. doz 30 mg/gün)
- ❖ İshal için 2-4 mg/gün loperamid
- ❖ Baş ağrısı ve kas krampları için 500-1000 mg/gün parasetamol (max. doz. 4 gr/gün)
- ❖ Gastrointestinal kramp ve spazmlar için 4-6 saatte bir 10-20 mg butilbromür
- ❖ Sedasyon için 50 mg ketiyapin

Kokain

Kokain, koka bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça yüksektir. Psikolojik bağımlılık bir kez kullanıldıktan sonra bile gelişebilir. Tekrarlanan kullanımlardan sonra tolerans gelişir ve fizyolojik bağımlılık oluşur. Kokain kesildiğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkar, ancak bu etkiler eroin, morfin gibi opiyatlar ile karşılaştırıldığında daha düşüktür. En sık kullanım yolu iyice ezilmiş tozunun buruna çekilmesidir. Deri altına ya da damara enjeksiyon yolu ile ya da sigara gibi içmek tarzında da kullanılabilir.

Kokain Entoksikasyonu

A. Yakın zamanda kokain kullanılmış olması

B. Kokain kullanımı sırasında/sonrasında gelişen klinik açıdan belirgin olarak uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (örn. öfori ya da duygudurumda küntleşme; toplumsallıkta değişme olmas; hipervijilans; kişilerarası ilişkilerde duyarlılık; anksiyete, gerginlik ya da öfke; kalıplaşmış yineleyici davranışlar; yargılama bozukluğu; toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma).

C. Kokain kullanımı sırasında ya da hemen sonrasında aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması:

- ❖ Taşikardi ya da bradikardi
- ❖ Pupiller dilatasyon
- ❖ Kan basıncında yükselme ya da düşme
- ❖ Terleme ya da titreme
- ❖ Bulantı ya da kusma
- ❖ Kilo kaybına ilişkin belirtiler
- ❖ Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- ❖ Kas zayıflığı, respiratuar depresyon, göğüs ağrısı ya da kardiyak aritmiler
- ❖ Konfüzyon, konvülsiyonlar, diskineziler, distoniler ya da koma

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

Kokain Entoksikasyonu ve Tedavisi

Kişi maddeyi kullanmaya başladıktan sonra, kullanım şekline göre birkaç dakika ile gün arasında değişen zamanlarda entoksikasyon gelişebilir. Çoğu zaman kullanılan doz ile yakından ilişkilidir.

Kokain Entoksikasyon Tedavisinde

- ❖ Solunum ve dolaşım desteklenmelidir.

- ❖ Varsa yüksek ateş kontrol altına alınmalıdır (soğuk su, buz, soğutucu battaniye).
- ❖ Varsa epileptik nöbetler i.v. diazepam 5-20 mg tedavisiyle kontrol altına alınmalıdır.
- ❖ Madde atılımını hızlandırmak için idrar asidik hale getirilmelidir (her üç saatte bir 500 mg amonyum klorür p.o.).
- ❖ Ajitasyon mevcut ise haloperidol 5-10 mg/gün p.o. veya i.m. uygulanabilir.
- ❖ Varsa hipertansiyon beta-blokörlerle kontrol altına alınmalıdır.
- ❖ Gerekirse hemodiyaliz uygulanabilir.

Kokain Yoksunluğu ve Tedavisi

Belirtiler genellikle 18 saat içinde ortaya çıkar ve 2-4. günde pik yapar. Başlangıç sinsi ya da şiddetli olabilir. İlk iki hafta içinde yoğun madde kullanım isteği olur. Kokain yoksunluğu döneminde, intihar düşünceleri ve girişimleri açısından dikkatli olunmalı ve varsa önlem alınmalıdır. Bunun dışında yoksunluk döneminde genellikle ilaç kullanılmaz ancak dopamin agonistleri amantadin ya da bromokriptinin 2.5-5 mg/gün dozda verildiğinde depresyon, uyku bozukluğu, halsizlik gibi belirtileri ve aşermeyi azalttığı yönünde çalışmalar mevcuttur.

Kokain Yoksunluğu

A. Çok fazla ve uzun süreli kokain kullanımının sonlandırılması/azaltılması.

B. A tanı ölçütünden sonra, birkaç saatten birkaç güne dek değişen bir zaman içinde gelişen disforik duygudurum ve aşağıdaki fizyolojik değişikliklerden en az ikisinin bulunması:

- ❖ Yorgunluk
- ❖ Canlı, hoş olmayan rüyalar
- ❖ Uykusuzluk ya da aşırı uyku
- ❖ İştah artması
- ❖ Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon

C. B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

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

Amfetaminler

Amfetaminler; beyaz, kokusuz, tadı acı, kristalize toz halinde bulunan maddelerdir. Ağızdan alınarak veya i.v. yolla kullanılırlar. Metamfetaminler ise bir çok formda kullanılmaktadır; içilebilir, buruna çekilebilir, ağızdan ya da enjeksiyon yöntemiyle damardan alınabilir. Hangi yolla alındığına bağlı olarak

da, duygu durumunda değişik uyarılara neden olurlar. Bağımlılık yapıcı etkileri kokaine göre daha düşüktür. Bazı kullanıcılar bu maddeleri aralıklı ve düşük dozda kullanırken bazıları dozajı arttırlar. Bir süre sonra kendilerini durdurmakta güçlük çekerek çok yüksek dozlara ulaşırlar. Günümüzde bazı amfetamin türevleri, narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi edici ajan olarak kullanılmaktadır.

Metilen dioksiamfetamin (**ekstazi**), amfetamin benzeri ve orta derecede halüsinojenik sentetik bir maddedir. Kapsül ya da tablet formları mevcuttur, ağızdan alınarak kullanılır. Kullanıcılar arasında şeker, ex, ix, kanat, uçuş, mitsubishi, ferrari gibi isimlerle de anılmaktadır. Giderek artan bir kullanım grafiği izlenmektedir.

Amfetamin Entoksikasyonu ve Tedavisi

Dopamin geri alımını bloke eden kokainin ve dopamin salınımına neden olan amfetaminlerin entoksikasyon bulguları benzerdir. Amfetamin entoksikasyon bulgularının çoğu 24 saat içinde ortadan kalkar ve 48 saat içinde tamamen sonlanır. Tedavi, hastanın başvurduğu andaki klinik durumuna göre yönlendirilir.

Amfetamin Entoksikasyonu Tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar

- ❖ Hava yolu açıklığı sağlanmalı, kardiyovasküler işlevler değerlendirilmeli, sıvı kaybı yerine konmalı, idrar çıkışı izlenmelidir.
- ❖ Madde ağız yoluyla alındıysa gastrik lavaj yapılmalıdır.
- ❖ Varsa yüksek ateş kontrol altına alınmalıdır (soğuk su, buz, soğutucu battaniye).
- ❖ Tekrarlayan konvülsiyonlarda i.v. diazepam 5-20 mg yavaşça verilmelidir.
- ❖ Varsa hipertansiyon beta-blokörlerle (örn. propranolol) kontrol altına alınmalıdır.
- ❖ Madde atılımını hızlandırmak için idrar asidik hale getirilmelidir (her üç saatte bir 500 mg amonyum klorür p.o.).
- ❖ Ajitasyon için haloperidol 5-10 mg/gün verilebilir, yeterli gelmezse doz artırılabilir.
- ❖ Nadiren de olsa diyaliz gerekebilir.

Amfetamin Yoksunluğu ve Tedavisi

Yoksunluğun şiddeti, maddenin kullanılma yoğunluğu ve kullanılma süresi ile yakından ilişkilidir. Uzun süredir kullanılan maddenin azaltılması ya da kesilmesi sonucunda ortaya çıkar. Belirtiler 2-4 günde pik yapar, genellikle bir hafta içinde iyileşir. Bu süreçte özellikle depresyon, özkıyım düşünce ve girişimleri açısından dikkatli olunmalıdır. Yoksunluk belirtileri kokain yoksunluk belirtileriyle benzerdir

Özgün bir tedavi yoktur. Depresif belirtiler, uykunun düzene girmesiyle genellikle düzelmeye başlar. Normale dönüş birkaç haftayı bulabilir.

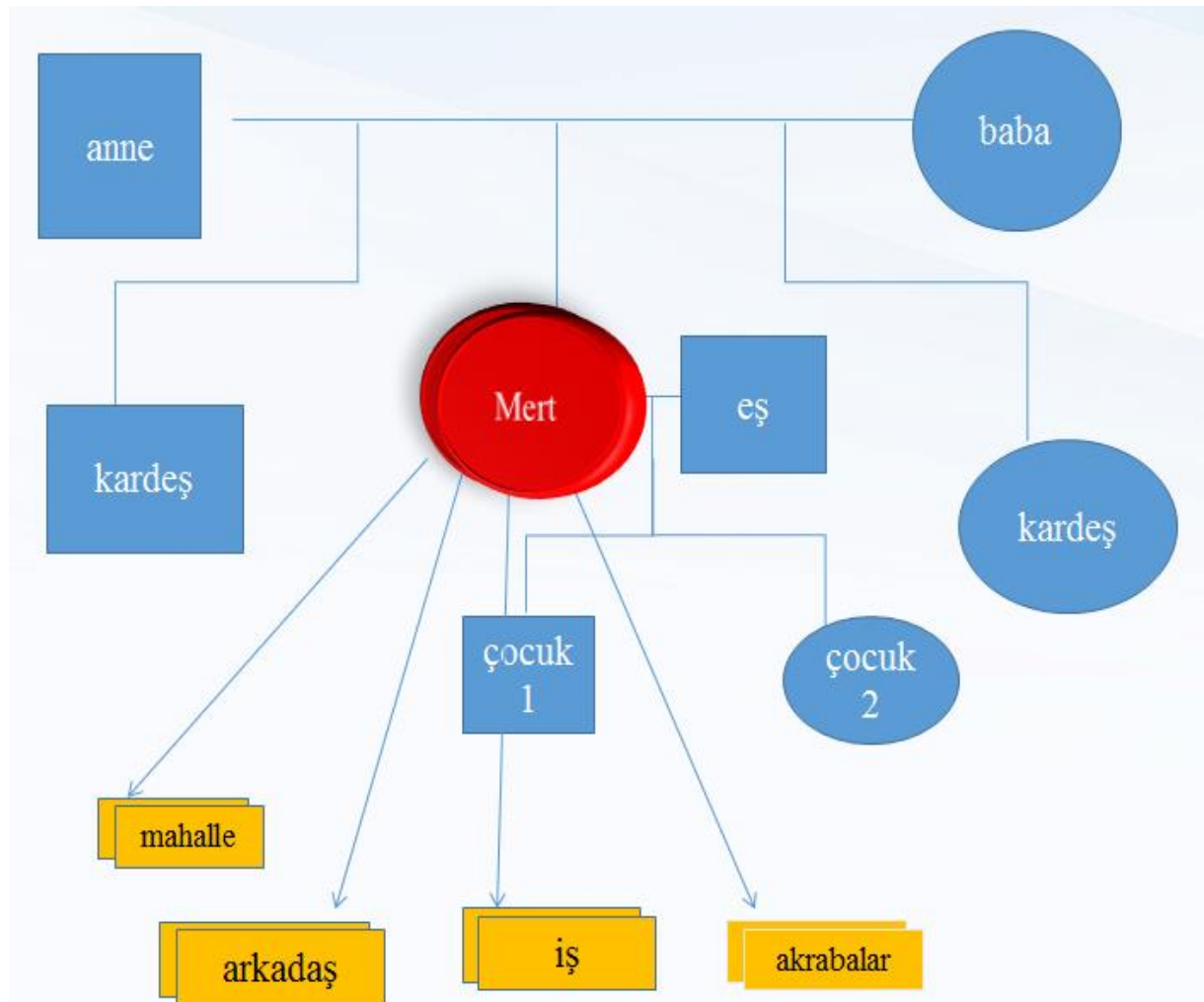
Alkol - Madde Kullanımında Aile

Bağımlılık, bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin etkisi altına girme durumu olarak tanımlanır. Birey maddelere, davranışlara ve ilişkilere bağımlılık geliştirebilmektedir.

Bağımlılık biyopsikososyal sonuçlar yaratan bir beyin hastalığıdır ve bazı faktörler (kişisel, çevresel, dönemsel vb.) bu hastalığa yakalanma durumunu artırabilmektedir. Ayrıca bağımlılık hastalığının sadece sosyo ekonomik düzeye sahip kişiler ve topluluklarda görülmemektedir. Herkes bağımlı olabilir.

Madde kullanımı sadece bireyi etkileyen bir durum değildir. Aynı zamanda ailesini, sosyal çevresini etkilemektedir. Bağımlılık bir aile hastalığıdır ve yaşına ve sosyal durumuna göre etkilenen kişi sayısı artmaktadır. Çocuk/Ergen ya da genç erişkinde anne baba kardeşler birinci düzeyde etkilenirken daha ileri yaşlarda eşler ve çocuklar da çok olumsuz şekilde etkilenmektedirler.

Aşağıda da bireyin ilişki şeması görülmektedir.



Aile Tutumu Modelleri

Aile ile çocuğun ilişkisi güvenli bağlardan oluşmalıdır. Kurallar her zaman için yer almalıdır ancak tüm aile bireyleri kuralları oluşturmalıdır. Ebeveynlerin farkına varmadan ve çoğu zaman öğrenilmiş sağlıklı bir ilişkiyi zorlayıcı ebeveynlik modeli çocuklar ve aile için risk oluşturmaktadır. Ebeveyn ve çocuk arasında beklenen yaklaşım, yetkili ebeveynlik-demokratik tutumdur.

Yetkili Ebeveynlik-Demokratik Tutum

- ❖ Anne ve babanın çocuğa yaklaşımı yakın ve sıcaktır.
- ❖ Sınırlar vardır
- ❖ Çocuğun yaşına, gelişim düzeyine uygundur
- ❖ Ebeveyn iletişime özen gösterilir.
- ❖ Kuralların çocuk tarafından net olarak anlaşıldığına emin olunur,
- ❖ Gerektiğinde çocuğun gelişim ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak kurallar yeniden düzenlenir.
- ❖ Tutarlı ve sürekli dir.
- ❖ Özgüveni desteklemek
- ❖ Sınır koymak ve çocuğun kendi sınırlarına saygı
- ❖ Çocuğun güçlü ve zayıf olduğu alanları bilmek
- ❖ İyi yaptığı alanda teşvik ve coşkulu yaklaşım
- ❖ Zayıf olduğu bir alanda yüksek beklenti ve eleştirel bir tutumdan kaçınmak.
- ❖ Kademeli olarak yaşına uygun sorumluluklar vermek-uygun ödül ve ceza sistemi kullanmak

Baskıcı Tutum (Yetkeci Ebeveynlik)

- ❖ Çocuğun anne babaya itaati istenir.
- ❖ Çocukla karşılıklı iletişim kurmaksızın tek taraflı olarak kuralların konulması
- ❖ Hata yaptığı anda aşırı tepki
- ❖ Ödül ve olumlu pekiştirme olmaksızın ceza.
- ❖ Çocuğun özerkliği ve özgüveni yeterince desteklenmez.
- ❖ Çocuk duygusal ve fiziksel olarak örselenir.
- ❖ AŞIRI KORUYUCU TUTUM
- ❖ Çocuğun her istediği olur
- ❖ Anne, baba, çocuk rolleri karışmıştır,
- ❖ Tek otorite figürü çocuktur.
- ❖ Çocuk doyumsuz olur, sınırları ve sorumluluk sahibi olmayı öğrenemez.

- ❖ Okulda da her istediğinin olmasını ister, okul kurallarına uymakta zorluk çeker.
- ❖ Çocuk isteği olmadığına ortaya çıkan sıkıntı duygusu ile baş etmeyi öğrenemez.
- ❖ Yaş büyüdükçe istekler büyür. Sıkıntı büyür.

Gevşek Tutum

(Çocuk Merkezci Aile)

- ❖ Çocuğun her istediği olur
- ❖ Anne, baba, çocuk rolleri karışmıştır,
- ❖ Tek otorite figürü çocuktur.
- ❖ Çocuk doyumsuz olur, sınırları ve sorumluluk sahibi olmayı öğrenemez.
- ❖ Okulda da her istediğinin olmasını ister, okul kurallarına uymakta zorluk çeker.
- ❖ Çocuk isteği olmadığına ortaya çıkan sıkıntı duygusu ile baş etmeyi öğrenemez.
- ❖ Yaş büyüdükçe istekler büyür. Sıkıntı büyür.

Dengesiz Ve Kararsız Tutum

- ❖ Anne ve babanın çocuğa karşı farklı tutumlar sergilemeleri
- ❖ Çocuğun yanında birbirlerini sürekli eleştirmeleri
- ❖ Çocuğa net bir mesaj verilememesine yol açar.
- ❖ Çocuk isteklerini yerine getirmek için kimle konuşacağını bilir-sınır sorunu
- ❖ Sınırlar ve yaptırımlar açısından kararsızlık çocukta da davranışlarda tutarsızlık ve suçluluk duygusu yaratır. Sorunlarla karşılaştığında çözüm bulamaz.
- ❖ MKB ile net ilişkilendirilmiş 2 temel tutum olduğu
 - Monitorizasyon-yakın gözlem
 - Sıcak ilişki
- ❖ Yakın takip; ebeveynlerin çocuklarının gün içinde yaptıklarından, arkadaşları ve davranışları hakkında bilgi sahibi olması, davranışların yeterli takip. Gencin kendi ifadeleri, arkadaşları, ilgi alanlarının takibi, okul takibi gibi.
- ❖ Yakın takip gencin davranışlarını daha fazla denetim altına almasını sağlar
- ❖ Sıcak ilişki: ailenin çocuk ya da ergenle düzenli kaliteli vakit geçirmesi. Sohbet edebilme

Ebeveynlerde - Psikopatolojinin önemi

Ruhsal sağlık problemleri yaşayan ebeveynlerin yakın takip ve sıcak ilişki kurma ve diğer ebeveynlik görevleri bozulur. Madde kullanım bozukluğu ve davranış bozukluğunu riski artar.

- ❖ Özellikle annenin ruhsal sorunlarının çocukta MKB nu arttırdığını ifade etmekte.
- ❖ En yaygın görülen bozukluk depresyon

- ❖ Ebeveyn ruhsal sağlığının iyileştirilmesi ebeveynlik davranışlarının düzelmesini sağlamakta çocuğuna daha fazla sıcaklık ve sevgi göstermekte ve MKB'yi ciddi oranda azaltmaktadır.
- ❖ Madde kullanan kişinin ailesi;
- ❖ şüphelenme, panik, öfke, inkar
- ❖ Umutsuz hissediyorlar. Kendilerini kaybeden olarak algılıyorlar.
- ❖ çocuklarını kaybettikleri duygusunu yaşıyorlar.
- ❖ Anneler asıl bakım veren olarak başarılı olamamıştır. Toplum baskısı.
- ❖ Utanç ve suçluluk duyguları vardır.

Temel yaklaşım stratejileri

- ❖ Ergenlik döneminin özelliklerini bilmek çok önemli
- ❖ Maddeler ve bağımlılıkla ilgili bilgi edin
- ❖ Sakinleşmeyi bekleyin
- ❖ Samimiyet ve güven çok önemlidir, açık ve dürüst olun
- ❖ Tutarlı olmak ve İstikrarlı olmak. Sınırların net izilmesi
- ❖ İletişimi arttırmak-
- ❖ İyi davranışların ifade edilmesine ihtiyaçları var.
- ❖ Romantik olmamak-uyanık olmak-''Benim ocuğum yapmaz''
- ❖ Aileler Ne Yapmalı?
- ❖ Yakından ilgilenin; en kolay ve en önemli gösterge OKUL
- ❖ Takip edin, arkadaşlarını eve çağırın, arkadaşlarının aileleri ile görüşün.
- ❖ Arkadaşları aşırı eleştiri yanlış.
- ❖ çocuğunuzu dinleyin, Davranışın nedenini sorgulayın
- ❖ Davranışın nedenini düşünün.
- ❖ Madde kullanımı değil var olan problemler ve davranış bozukluklarına odaklanın.
- ❖ Duygu ve düşüncelerinizi suçlamadan yargılamadan 'BEN DİLİ' ile ifade edin.

Hayatın temeli motivasyon

- ❖ Olumlu yanların vurgulanması –dllendirme çok önemli
- ❖ Sürekli yanlış davranışların altını çizmek kişinin aklının da bununla meşgul olmasını sağlar.
- ❖ Kötü sözleri ve eleştirileri unutmazlar.

Yapılacaklar

- ❖ Madde kullandığından şüpheleniyorsanız, açık ve samimiyetle iletişim kurarak sorun ve yardım teklif edin.
- ❖ Daha yakından takip edin.

- ❖ Daha uzun süre birlikte vakit geçirin.
- ❖ Sakin ve sabırlı olun.
- ❖ Yardım teklifini yineleyin.
- ❖ Teklifi kabul ettiğinde size en yakın ÇEMATEM ya da AMATEM' e başvurun.
- ❖ Kendinizi kötü hissediyor ve veya öfke kontrolünde sorun yaşıyorsanız sizde yardım alın.
Yapılmayacaklar;
- ❖ Şiddet,
- ❖ Özgürlüğün kısıtlanması,
- ❖ Aşırı ceza,
- ❖ Hakaret,
- ❖ Eleştiri, suçlama işe yaramaz.
- ❖ İletişimi iyice bozar ve işbirliği olasılığını azaltır.
- ❖ Evden ve sizden uzaklaştırır.

Ergenlikte Madde Kullanımı

Ergenlik ortalama 11 yaşlarında başlayan ve 8-10 yıl devam eden bir süreci kapsar. Ön ergenlik, ergenlik ve son ergenlik olmak üzere 3 aşamada incelenir. Ergenlik, çocukluk ve yetişkinlik arasında geçiş dönemi olarak yorumlanır ve kendine ait özellikleri bulunur. Ortak özellikleri de olsa her çocuk gibi her ergen de farklıdır ve buna göre ihtiyaçları da farklılaşır. Bedensel olarak hızla büyüme yaşanan dönemdir bunun yanı sıra ruhsal değişiklikler de eşlik eder. Kimlik arayışlarının yoğunlaştığı bu dönemde, ilgi alanları ve zihinsel olarak yoğunlaştıkları olaylar sürekli değişebilir ve takip etmesi zor duruma gelebilir. Fiziksel değişimle beraber bedene duyulan ilgi artar ve duygusal olarak da aşırı iniş çıkışlar gözlemlenir.

Bu dönemde ergenler ebeveynlerini değersiz algımlarken, arkadaşlarına anlam yüklerler. Cinsel kimlik arayışları ve ikili ilişkiler kurma başlar. Bu dönemde kurulan güçlü arkadaşlıklar uzun yıllar devam eder.

Ergenlik döneminin iyi bilmek ergenlere olan yaklaşımları ve iletişimi oldukça kolaylaştırır.

Ergenlik dönemi her bireye göre farklılık gösterir. Bazı ergenler riskli davranışlar sergilerken bazı ergenler daha sakın bir ergenlik dönemi yaşayabilir. Özellikle ergenlik döneminde, ergen kendini yanında rahat hissettiği kişiler ile ilişki kurar. Ailesi ile ilişkilerini geliştirememiş ergen ailesine karşı yalan söyleme eğiliminde olabilir. Önemli olan nokta ailenin ergeni dinlemesidir.

Ön Ergenlik 12-15 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Beden çok hızlı gelişir
Ergenlik 15-18 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Arkadaşlar • Gruba ait olma isteği
Son Ergenlik 18-21 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Kimlik oluşur • Bireysel, sosyal ve mesleki kimlik

Ergenlik Temel Özellikleri

Ergenler, anlaşılmak isterler. En çok da duygusal yoğunluk ve dalgalanmalar yaşarken. İdealleri ve hayalleri uç noktalarda olabilir. Herhangi bir konuda fanatik düşünceler geliştirebilir. Çoğu konuda dürtüsel tepkiler gösterirler ve tehlikeli durumlarda riskli davranışlarda bulunabilirler. Ön lüp hala gelişmeye devam ettiği için riskli davranışlarının kontrolünü sağlayamazlar. Bu yaşanan dengesizlik şu şekilde açıklanabilir;

Prefrontal Korteks	Amigdala
Soğuk Biliş	Sıcak Biliş
Yargılama	Duygusal
Düşünme	Tepkisel
Hesaplama	Dürtüsel
Sonuçlarını Kestirme	Sadece Yap
Biyolojik maturite 24 yaşına kadar devam eder	Biyolojik maturite 18 yaşına kadar devam eder

Düşünceler ve duygular iç içe, birbirine dolaşmış gibidir – ergenlerde beynin bilişsel ve duygusal sistemleri arasındaki dengenin gelişmesi gerekir. “SOĞUK” biliş düşük emosyonellik ve/veya uyarılmışlık altında düşünmeyi tanımlamak için kullanılır. “SICAK” biliş güçlü duygular veya uyarılmışlık altında düşünmeyi yansıtır. Güçlü duygular altında kara verme, soğukkanlı gerçekçi düşünceyi olumsuz etkiler. Amigdala ve Prefrontal Korteks dengesinin bozulması planlı düşünmede zayıflık, dürtüsellikte artışı, otokontrolde zayıflık ve risk artmada artış gözlemlenir.

Sonuç olarak ergenler karar verirken daha az gelişmiş beyin bölgelerini kullanmaktadırlar.

Sağlıklı Ergen ve Riskli Ergen

Sağlıklı ergen davranışı olarak ebeveynleri ile iyi ilişkileri olması beklenir. Akademik olarak stabil bir başarı ve uygun akran grubu olması demektir. Ayrıca antisosyal davranış göstermemesi istenir.

Buna karşın sigara, alkol ve diğer maddeleri denemiş, yetersiz, dengesiz beslenme, obezite gibi beslenme bozukluğu olan, güvensiz cinsel davranışlar sergileyen, yaralanma ve ölümlere neden olabilecek güvensiz ve şiddet içeren davranışlarda bulunan, psikopatoloji tespit edilmiş, intihar ve kendine zarar verme davranışı sergileyen, okuldan/evden kaçma davranışlarını gösteren ergenler riskli ergen olarak değerlendirilir.

Ergeni koruyan faktörler ise şu şekilde sıralanabilir;

- ❖ Zeka seviyesinin düşük olmaması
- ❖ Tam sağlıklılık halini sağlaması
- ❖ Mizaç olarak sevecen ve uyumlu olması
- ❖ Alenin ve ergenin beklentilerinin birbiri ile örtüşüyor ve sağlıklı olması
- ❖ Hayır diyebilme becerilerinin gelişmiş olması
- ❖ Sorun çözme yetilerine sahip olması
- ❖ Uygun çevrede ve arkadaş ortamında yaşıyor olması
- ❖ Ailede tütün, alkol ve madde kullanımının olmaması
- ❖ Sağlıklı iletişim kuran ve tutarlı ebeveynlere sahip olması
- ❖ Ebeveynlerin ergenle etkin vakit geçirmesi
- ❖ Aile içi kuralların herkes tarafından belirlenip yine herkes tarafından uygulanması

Ergenlerde Madde Kullanımını Nasıl Anlarız?

Ergenlerde madde kullanımının en belirgin özelliği nerede, kiminle olduklarına dair yalan söylenmesidir. Bunun yanı sıra akademik olarak genel başarısının altına düşme takip etmektedir. Okula ilişkin devamsızlıklar artar. Harçlıkların yetmemesi, para harcamasında artış gözlemlenir. Arkadaş grubunda değişiklikler yaşanır ve hayata karşı genel umursamazlık hali gözlemlenir. Yemek ve uyku düzeninde bozukluklar yaşanır. Duygusal olarak dalgalanmalar özellikle sinirlilik ve öfke gözlemlenir. Ayrıca maddeye ilişkin odasında, kıyafetlerinde malzemeler bulunabilir. Kendine fiziksel olarak da zarar vermeye başlayabilir.

Madde kullanımının anlaşılması durumunda ergen ile uygun bir ortamda konuşmak gerekmektedir. Ebeveynlerin sakin kalarak doğru iletişim ile anlatmaları beklenir. Aile uygun görüşmeyi sağlayamayacak durumdaysa ergen ile iletişim kurabilen ve ergenin saygı duyduğu bir kişi ile görüşme yapılabilir. Ergen en kısa sürede uzman bir kişi ile görüştürülmeye çalışılmalıdır.

Ergen ile Görüşmeler Nasıl Olmalıdır?

Ergenler görüşmeleri manipüle etmeye yatkın olurlar. Onlara yetişkin gibi davranarak nasıl hitap edilmek istendiklerini öncelikle sormak gerekir. Görüşmelerde dinlemek önemlidir. Aktif dinleyici olunmalı ve konu ile ilgili sorular sorulmalıdır. Görüşmelerde göz kontağı önemlidir. Ergenler görüşmelerde göz kontağı kurmaktan çekinebilirler. Söyleyeceğiniz şeyleri planlamayın önemli olan görüşmelere düzenli olarak devam etmesidir. İlk görüşmenin maçı ikinci görüşme için güven bağının oluşturulmasıdır.

Görüşmeleri aktif kılmak için açık uçlu sorular sorulmalıdır. Bahsettiği bir konu hakkında daha fazla şey anlatması istenilebilir. İlk etapta anlatmak istemediği şeyler olabilir o konuyu bir sonraki görüşmelerde konuşabilirsiniz.

Ergeni yargılamak için değil yardım etmek için orada olduğunuzu hissettirebilirsiniz. Baş sallayarak onaylamak ve ara sıra gülümsemek iletişimi güçlendirir. Görüşmelerde samimi olmak için aşırı dokunsal temasa girmenize gerek yoktur. Çoğu zaman ilk geldiğinde ve giderken tokalaşmak yeterlidir. Bunun yanı sıra uzak ve soğuk durmak da iletişimi zayıflatır. Mümkün oldukça direkt olarak karşılıklı oturmaya özen gösterin.

Görüşmeleri tamamen konu odaklı yürütmeye gerek yoktur. Ergeni tanımaya yönelik veyahut gündemdeki diğer konulardan da sohbet edilebilir. Her görüşmede akıcı sohbet ortamı olmayabilir zaman zaman susmak danışan ve görüşmeci için iyi olabilir. Görüşmelerde uyarılması gereken konuları ergene "Fakat bu doğru değil mi?", "Ama bazı insanlar şunu söyleyeceklerdir ki ..." Gerçekten/dürüst bir şekilde buna inanıyor musun?" gibi cümleler ile hatırlatabilirsiniz.

Görüşmelerde, görüşmecinin her şeyi kendi fikri gibi söylemesi uygun olmayabilir bu sebeple vermek istediğiniz mesajları kısa ve net bir şekilde vermek uygun olabilir. Kişisel fikrinizin sorulduğunda ise sınırlı düzeyde bir yönlendirme yapılmalıdır. Önemli olan ergenin düşünceleri ve hissettikleridir. Bahsedilen konulara karşı "Bu durum karşısında ne hissettin?" gibi soru cümleleri ile ergenin hissiyatlarını alabilirsiniz.

Ergenler için yapabildiklerinin fark edilmesi oldukça önemlidir. Bu sebeple olumsuz davranışlarının yerine olumlu davranışlarına konsantre olunmalıdır. İyi davranışlarının fark edilmesine ihtiyacı vardır. "Bugün hiç küfürlü konuşmadın", "Arkadaşlarına 2 gündür hiç vurmamışsın" gibi.

Ergen görüşmelerinde bireysellikten ziyade davranışları yorumlamak önemlidir. Örneğin agresifsin demek yerinde "Sinirlendiğinde kontrolsüz bir şekilde eşyaları tekmelemeyi seçiyorsun.", hırsızlık yapmamalısın demek yerine "Arkadaşlarının eşyalarını izinsiz ve onaysız alman doğru değil, sana ait

olmayan eşyaları alamazsın.” gibi. Kazanmasını istediğimiz yeni davranışları öğrenmek için zaman ihtiyaçları vardır. Kazanması gereken davranışları kendilerine söyletmek etkili olacaktır.

Olumsuzlukların yanı sıra olumlu davranışlara yönlendirilmeye ihtiyaçları olur. “İnsanlara yalan söyleme” demek yerine “Gerçeği saptırırsan hem güvenilirliğini kaybeder hem de istediğini elde edemezsin ama direkt olarak ihtiyacın olan şeyi söylersen imkanlar doğrultusunda sana yardımcı olabiliriz”. Bu öneriler ilişkiyi güçlendirir. “Duyduğuma göre derslerde resim yapıyormuşsun, karikatür mü yoksa doğa resmi mi? Ne zaman öğrendin? Geliştirmek için neler yapabilirsin?” gibi. Hayatlarında bir şeylerin değişebileceğine inanmaları süreci olumlu yönde hızlandırır. Hayatlarına dair seçenek sunmak kontrolünüzü artırır.

Hedefi neler ama ne yapıyor? gösterilmeli. “Madde kullanımının hiçbir zararı olmadığını söyledin ancak... Yanılmıyorsam geçen görüşmemizde de madde etkisi altındayken suç işlediğini ve tutuklandığını söylemiştin”, “Kendini başka türlü nasıl rahatlatacağını bilmediğin için kesmenin sana iyi geldiğini söylüyorsun, hiçbir zararı olmadığını söylediğinde benim kafam karıştı, geçen ay kolunun iltihaplanması yüzünden bir süre sağ elini kullanamamıştın, değil mi?” gibi.

Ergeni cesaretlendirmek yeterliliklerini desteklemek, güvenlerini ve inançlarını artırmada önemlidir. Ancak görüşmelerin karar kısımlarında mutlaka sorumluluğu kendisine verin, “Tabi, bu senin hayatın...”.

Her görüşme sonunda özetlemek görüşmenin güvenilirliği açısından önemlidir. Kişinin ne söylediğini gerçekten anlayıp anlamadığınızı görmek için onun fikirlerini özetlemeye çalışın. “Konuştuklarımızdan şunları anladım...”, “Yanılıyorsam ...”. Özetlerken kendisinin karar verdiği hedefleri netleştirin. Yeni, gerçekçi ve somut hedefler koymasına yardımcı olun. “Buradan çıktığında seni bazı zorluklar bekliyor olacak...”, “Hiç öfke yaşamamak mümkün değil...”. Geçmişle uğraşmayın ve uğraşmasına engel olun. Şimdi ve geleceğe konsantre olun. “Evet, baban geçmişinde sana hoş olmayan şeyler yapmış ve bu olanları hiç olmamış gibi geri alma şansımız maalesef yok. Ancak öfke patlamalarını kontrol etmeyi öğrenebilir ve hem kendine hem başkalarına zarar vermeyebilirsiniz.”.

Görüşmelerde ergenin isteklerine ve belirlediği hedeflerine uygun, yaşadığı bölgede bulabileceği, gerçekçi ve ulaşılabilir önerilerde bulunun, yönlendirmekten çekinmeyin. Ergenin önüne çıktığını düşündüğü sorunların çözümlerine odaklanarak üstesinden gelmek için görüşmeyi sürdürün. Engellerin değişimin önündeki engelleri kaldırmasına yardımcı olun.

Tüm görüşmeler boyunca, asla tartışmayın. Tartışmak üretkenliği azaltır ve güven ilişkisini zedeler. Ergen sizi tartışma ortamına sürüklüyor ise konuyu değiştirin, erteleyin, tartışmak istemediğinizi net bir şekilde söyleyin.

Eleştirmek, nasihat etmek, tartışmak, suçlamak, acımak, taraf tutmak, bilgiçlik taslamak, yargılamak, etiketlemek, cezalandırmak, kurtarıcı rolü üstlenmek görüşmelerde yapılmaması gereken durumlardır, lütfen dikkat ediniz.

