Her ne tür bağımlılık olursa olsun basit alışkanlıktan, tutsaklık seviyesine kadar dereceleri vardır. Çoğu bağımlılık negatif duygulardan kaçınmak veya daha fazla zevk yaşamak için bir tercih olarak başlamıştır.

NP YAYINLARI
İstanbul 2008

ISBN: 978-605-0049-02-2
Yayın Sertifika No: 0108 - 34 - 009887

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

DR. ADNAN ÇOBAN

PSK. ORHAN GÜMÜŞEL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

DR. ADNAN ÇOBAN
PSK. ORHAN GÜMÜŞEL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA

Bu kitap **Uğur İlyas CANBOLAT**' ın yayın yönetmenliğinde yayına hazırlandı.

Kapak tasarımı ve iç sayfa dizaynı **Afife DEMİR** tarafından yapıldı.

Basım Yeri : İmak Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti.
www.imakofset.com

2008 Haziran ayında yayımlandı.
ISBN: 978-605-0049-02-2
Yayın Sertifika No: 0108 - 34 - 009887

NP KİTAPLIĞI 3

HASTANE
Alemdağ Cd. Site Yolu No: 29 34768 Ümraniye - İST.
(TEM Yolu Ümraniye Kavşağı)
Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
www.npistanbul.com • e-mail: bilgi@npistanbul.com

FENERYOLU KLİNİK
Bağdat Cd. No: 109 / A 34724 Feneryolu - İST.
Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Fax: 0216 418 15 30
www.mcaturk.com • e-mail: e-mail: bilgi@mcaturk.com

ETİLER KLİNİK
Nispetiye Aytar Cd. Dilek Apt. No: 28 K:3 D: 9 Beşiktaş - İST.
(Beşiktaş Belediyesi Yanı)
Tel: 0212 270 12 92 Faks: 0212 270 13 35
E-posta: bilgi@noropsikiytri.com

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

DR. ADNAN ÇOBAN
PSK. ORHAN GÜMÜŞEL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA

NP YAYINLARI
İstanbul 2008

01.08.1968 yılında İstanbul'da doğdu. 1995 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mezuniyet sonrası bir müddet SSK İstanbul Hastanesinde anestezi asistanlığı, Haseki Devlet Hastanesinde Genel Cerrahi asistanlığı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Ortopedi asistanlığı yaptı. Psikiyatri ihtisasını Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladı. Özellikle psikiyatri dışı hastalıklardaki ruhsal sorunlar, alkol ve madde bağımlılığı, şizofreni ilgi alanları içindedir. Birçok bilimsel projede yer aldı. Müzik ve beyin ilişkisini ortaya koyan birçok elektrofizyolojik araştırmaya imza attı. Hekimlik icraatının yanında Türk Musikisine olan sevgisi ve kabiliyeti doğrultusunda çalışmalar yapmakta, TRT'de ses sanatkarı olarak programlara katılmaktadır. Türk Tedavi Musikisi Uygulama ve Araştırma Grubu'nu (TÜTEM) kurdu. Müzikle tedavinin Türkiye'de bilimsel normlara uygun bir şekilde uygulanması için projeler hazırladı. Evli ve bir çocuk babasıdır.

acoban@mcaturk.com

DR. ADNAN ÇOBAN

ogumusel@mcaturk.com

PSK. ORHAN GÜMÜŞEL

1973 yılında Ankara'da dünyaya gelen Orhan Gümüşel, ilköğretimini Şehit Teğmen Kalmaz İlkokulu'nda, orta öğretimini de Gazi Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır.Yüksek öğrenime 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde başlamış ve 1996 yılında tamamlamıştır.
Bir dönem Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde Rehber Öğretmen olarak çalışmış, sonrasında insan kaynakları ve endüstri psikolojisi ile ilgili alanlarda çalışma hayatına devam etmiştir.
1997-1999 yılları arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisinde Psikolog olarak askerlik görevini ifa etmiştir.
Tüketici tercihleri ve alışkanlıkları, personel eğitimi ve verimlilik alanlarında araştırmalar yapmış,Üniversite yıllarında da uluslararası kültürel kıyas nitelikli "Sosyal İlişkilenmede Üçüncü Şahsın Etkisi" başlıklı araştırmada ise araştırma asistanlığı yapmıştır. Halen "Memory Center Nöropsikiyatri Merkezi"nin Ergen Ruh Sağlığı Birimi'nde görev yapmaktadır.
Evli ve bir kız çocuk babasıdır.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ — 7 — 8

BAĞIMLILIK NEDİR? — 9
- Bu hangi kişilik yapılarında olur?

ALKOL, MADDE KULLANIMI, BAĞIMLILIĞIN GELİŞİMİ VE BİYOPSİKOSOSYAL SÜREÇLERE ETKİSİ — 9 — 14

- Bağımlılık süreçlerinin nasıl bir gelişim gösterdiğini anlatır mısınız?

Alkol ve madde bağımlılığı için genel nedenler
Bireyi bağımlılığa iten faktörler
- Türkiye'de alkol ve madde bağımlılığı konusundaki son durum nedir?
- Dünyada durum nedir?

ALKOL BAĞIMLILIĞININ TİPLERİ — 14 — 16
- Alkol Bağımlılığının Tipleri nelerdir?
- Alkol bağımlılarında kişilik faktöeleri nelerdir?
- Alkolizmin tetiklediği psikiyatrik rahatsızlıklar hangileridir?

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU — 16 — 17

- Alkole bağlı fiziksel hastalıklardan bahseder misiniz biraz?

Alkole bağlı gelişen hastalıklar

ALKOLLÜ ARAÇ KULLANMA — 17 — 18

ÜLKEMİZDE YASAL ALKOL SINIRI — 18 — 19

Alkol düzeyinin hesaplanması ve alkol-kan oranları
Alkolün vücut ve davranışlar üzerindeki etkisi

ALKOL İÇEREN İÇECEKLER — 20

ALKOLÜN VÜCUTTAN ATILMASI — 20

ALKOL DENETİMLERİ — 20 — 21

ALKOLDEN UZAKLAŞTIRICI YA DA ALKOLÜ BIRAKMAYA YARDIMCI YÖNTEMLER — 21 — 26

- Madde Kullanımı ve Bağımlılığı oranları ne durumdadır?
- Bir kişinin madde aldığından şüphelendiren şeyler nelerdir?

Madde bağımlılığının nedenleri
- Kimler madde kullanır?

Cinsiyet ve uyuşturucu
Sosyo ekonomik durum
Kişilik ve uyuşturucu
Okul çağı sorunları ve eğlence mezesi
Aile ve uyuşturucu

İÇİNDEKİLER

BAĞIMLILIK YAPAN MADDELERİN SINIFLANDIRILMASI — 26 — 31

Bağımlılık yapan maddelerin başlıca etkileri
TÜTÜN
ESRAR
EROİN
KOKAİN
UÇUCU MADDELER
AMFETAMİN VE BENZERLERİ
BENZODİAZEPİNLER
ECSTASY
ANTİKOLİNERJİK MADDELER
HALÜSİNOJENLER
• Biriminizde bu bilgilerin ışığında nasıl bir yaklaşım sergilenmektedir?
• Mücadelede ekibin öneminden söz eder misiniz?

DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ AŞAMALARI — 32 — 40
TEDAVİ AŞAMASI

A. Biyolojik destek programı;
B. Psikolojik destek programları;
C. Sosyal Destek Programları

BAĞIMLILARIN ORTAK NOKTALARI — 40

KİMYASAL OLMAYAN BAĞIMLILIKLAR — 40

SOSYAL BAĞIMLILIKLAR — 40

KUMAR BAĞIMLILIĞI — 41 — 42

TEKNOLOJİ BAĞIMLILIĞI — 42 — 44

ALKOL VE MADDE BAĞIMLISI VAKALAR — 44 — 46

Alkolik baba
Alkolik kadın
Tutkulu aşık
Bir eroin bağımlısının hikayesi

ÖNERİLER — 47

KAYNAKLAR — 48

ÖNSÖZ

Bağımlılık ile ilgili bilgilerimiz çok değişti. Bağımlılık denildiğinde eski anlayış dışarıdan alınan bir maddeye bağımlı olma, onsuz yapamama ve kendine zarar veren maddeyi kriz gelmesin diye ısrarla arama olarak bilinirdi. Ancak günümüzde internet, bilgisayar bağımlılığı, cinsel bağımlılık, kumar bağımlılığı gibi bağımlılık türleri tanımlardı. Bu bağımlılıklarda da madde bağımlılığı gibi benzer beyin mekanizmalarında bozulma oluyor.

Bir maddeyi tehlikeli ve zararlı kullanmakla teknolojiyi tehlikeli ve zararlı kullanmak birbirine çok benzer. Kişi adı geçen alışkanlığı olmadığı zaman tolere edemeyeceği bir fenalık ve kriz hissediyorsa veya yoğun bir şekilde meşgul oluyor hayatında birinci öncelikle alışkanlığı olmuşsa tehlike vardır demektir. Alkol veya madde insanda bilinç değişikliği yaparak sonuç verir. Uyuşturucu maddenin etkisi altında kişinin algılaması bozulmuştur, hayallerini, rüyalarını, fantezilerini gerçek gibi yaşar. Geçici olarak manik ve şizofrenik bir dünyaya girer. Ama bilgisayar, internet bağımlılığında kişide bilinç değil kimlik değişimi oluşur o kendisini farklı kimlikte sunar, çoğul kişilikli kimlik sınırlarını karıştırmış, yalan söylemeyi doğal kabul eden kişiler artık teknoloji bağımlısıdırlar. Aslında bağımlılık yapan teknoloji değil bilgisayardaki mesajlardır. Sanal ilişkiler gerçek ilişkilerin yerine geçer aile üyelerini birbirinden koparır. Adamı öldürme, iştiha, ani ölümle sonuçlanan belgelenmiş vakalar çoktur.

Her ne tür bağımlılık olursa olsun basit alışkanlıktan, tutsaklık seviyesine kadar dereceleri vardır. Çoğu bağımlılık negatif duygulardan kaçınmak veya daha fazla zevk yaşamak için bir tercih olarak başlamıştır. Fakat herkesin beyin kimyası aynı duyarlılıkta değildir. Maddeye başladıktan sonra 1-6 ay içerisinde doz artımı ihtiyacı başlamışsa ilk tehlikeli sinyal alındı demektir. Sürükleyici, yapay ama hoş bir gerçeklik kendi kimliğinden ve sorunlarından kaçışın bir sembolü olarak madde paylaşılması güç her türlü zevk ve ilgiyi meşrulaştırır. Artık kişi maddeyi değil madde kişiyi esir almıştır.

Hollanda da özgürlük gerekçesi ile esrar serbest satılıyor, fakat şizofren vakalarındaki artış hükümeti çaresiz bırakıyor.
Madde ile aşırı zaman geçirme olmadığı zaman kendini mutsuz, depresif hissetme, kullanım nedeniyle önemli iş ilişki, meslek fırsatlarını kaçırma bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

Bağımlılık hastalarının sağlıklı düşünmeleri bozulmuştur ve çağı defada eşlik eden ikinci psikiyatrik hastalık vardır. Bu konudaki anlayışlar artık çok değişti, hastanın kendini ölümcül riske sokma özgürlüğü yoktur, bu nedenle hasta yakınları artık zorunlu tedavi için imza vermekten kaçınmamalılar.

Bu konuda yeni bilgi ve tedavi yöntemlerinden söz eden Psikiyatri Uzmanı Dr. Adnan Çoban ve Uzman Ergen Psikologu Orhan Gümüşel'i başarılı çalışmaları nedeniyle tebrik ediyorum.

Prof. Dr. Nevzat TARHAN

Bağımlılık nedir?

Bağımlılık insanın dürtülerini kontrol edememesi sonrasında bir nesneye veya olguya aşırı muhtaç hale gelmesidir. Kişi bu nesneler olmaksızın hayatını sürdüremeyeceğini, verimli olamayacağını ve işe yaramayacağını düşünür.

- *Bu hangi kişilik yapılarında olur?*

Bu konuda değişik yorumlar var. Bazı çevrelerde madde bağımlılarının anti sosyal kişilik yapısında oldukları gibi bir inanç vardır. Halbuki yapılan araştırmalar, mesela alkol bağımlılarında %30 oranında antisosyal kişilk olduğunu ortaya koymaktadır. Yani alkol ve madde bağımlılarının hepsi psikopat kişilik değildir. Piskopatik kişiler yakan, yıkan, kurallara uymayan, sorumluluk almayan, sürekli suç işleyen ve ceza alıp hapishanelerde yatan kişilerdir. Ancak klinik tecrübelerimiz ışığında söyleyebilirim ki bağımlı kişilerde takıntılı kişilik yapısı çok daha fazla görülmektedir. Mükemmelliyetçi, her şeyi 'ya hep ya hiç' modunda yaşayan, aşırı kontrolcü kişiler bunlar. Yaşamış oldukları üzücü ve örseleyici bir olay sonrasında alkolle tanışmaktalar, ve sıkıntıları alkolle veya maddeyle gidermeye çalışmakta ve sonunda bağımlılık noktasına gelmektedirler. Hatta bir zaman sonra alkolün yararlı olduğunu bile savunabilecek hale gelmektedirler. Bu kişiler orta karar içme veya sosyal içicilik modunda kalamamaktadırlar. Ya hiç içmezler ya da şişenin dibini getirirler. Bu kişilik özelliğinde olanların bir avantajı vardır, o da bıraktıkları zaman tam bırakırlar. Bu kişilik özelliği içtikleri sürece dezavantaj, bıraktıkları zaman da avantaj olarak karşımıza çıkar. Ayrıca, bağımlı kişilikler, çekingen kişilikler, sosyal fobikler cesaret bulabilmek için alkole başvurabilmektedirler. Sosyal fobi hastalarında en sık görülen ikinci psikiyatrik bozukluk alkol bağımlılığıdır. Şizofreni hastaları, depresyonlular, kaygı bozukluğu olanlar da sıkıntıyı azaltmak için alkol alabilmekte ve potansiyel bağımlı durumuna gelebilmektedirler.

ALKOL, MADDE KULLANIMI, BAĞIMLILIĞIN GELİŞİMİ VE BİYOPSİKOSOSYAL SÜREÇLERE ETKİSİ

- *Bağımlılık süreçlerinin nasıl bir gelişim gösterdiğini anlatır mısınız?*

Genelden özele gelişen bu tarif; alkol, madde kullanımı ve bağımlılık sorununun süreç içinde daha bir anlaşılır ve somutlanabilir hale geldiğinin de göstergesidir. Aynı zamanda ters açıdan bakıldığında ise birbirine entegre olabilecek şekilde gelişen ve birey sağlığından hareketle topum sağlığını etkileyebilecek padoksal bir takip yapılanması şeklinde de yorumlanabilir. Günümüz dünyasında alkol, madde kullanımı ve bağımlılık insanlık üzerinde din, dil, ırk, güçlü, güçsüz ayrımı yapmaksızın yayılmaktadır. Bu, hem toplumların hem de kişiliklerin yaralandığı, zarar gördüğü çok geniş açıdan incelenmesi gereken bir insanlık sorunudur. Bireysel açıdan ele alındığında karşımıza çıkan durum belli bir noktadan sonra kişilik kaynakları ile dayanmayı aşan ve insanı kölesi haline getiren bir karmaşalar yumağıdır. Bir çeşit tutku ve esaret ilişkisidir.

Bağımlılık kavramı, insan-madde etkileşimini içeren kimyasal bağımlılıklar ve insan-insan ya da (özellikle çağımızdaki hızlı ve yoğun teknolojik gelişmelere bağlı olarak)

Sosyal fobi hastalığında en sık görülen ikinci bozukluk alkol bağımlılığıdır

insan-makine etkileşimini içeren davranışsal bağımlılıklar şeklinde yorumlanabilir. Sonuç itibariyle hangi tür bağımlılık söz konusu olursa olsun birey bir dış unsura aşırı derecede gereksinim duyar. Bağımlılığın esası bu noktaya dayanır. Bu yolla birey hem kendisine ait bir yetersizliğin, sıkıntının ya da kaygının üstünü örter hem de hoşnutsuz olduğu durumdan kısa süreli de olsa kaçma imkânına kavuşur. Buradan hareketle diyebiliriz ki insanın davranışsal veya kimyasal bir dış unsurla sürekli ve aşırı etkileşimi bağımlılık olarak adlandırılabilir. Tıbbi anlamda ele alındığında ise bağımlılık; biyolojik, sosyal ve davranışsal boyutları olan bir hastalıktır. Bağımlılık tedavisi olan yani düzelebilen, ancak bağımlı olunan madde tekrar kullanıldığında hızlı ve şiddetli bir seyirde nükseden bir hastalıktır. Bir başka deyişle; kişi bağımlı olduğu maddeyi bıraktığı yere kısa zamanda geri döner. Bağımlılığın gelişimi; maddenin kullanım süresine, kullananın kişilik özelliklerine, maddenin cinsine göre değişir ve her maddenin bağımlılık potansiyeli farklıdır.

Alkol ve madde bağımlılığı için genel nedenler

1. ***Kişilik sorunları***; özellikle aşırı güvensiz, bağımlı, engellenmeye dayanma tahammülü olmayanlar, depresif ve içe dönük kişilerde madde kullanımı daha sık görülmektedir.

2. ***Çevresel etkenler***; ailesinde madde kullanımı olan bireylerde risk daha çoktur. Mesela birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olanlarda alkol bağımlılığı riski 7 kat daha fazladır.

3. Çevrede madde kullanımının yaygın olması da riski artırmaktadır (arkadaş, komşu v.s.). Genellikle özenti şeklinde başlayan madde kullanımı bağımlılığa kadar gitmektedir.

4. Stres etkenlerinin olması riski artırır. Eğer kişide bir psikiyatrik rahatsızlık varsa, madde kullanım riski artmaktadır. Mesela toplum önünde etkinliklerde bulunmaktan korkma şeklinde giden sosyal fobide alkol bağımlılığı %19, uyuşturucu madde bağımlılığı %13 oranında görülmektedir.

5. Aile içi iletişim ve paylaşım sorunlarının olması kişileri maddeye iten önemli bir etken olmaktadır.

Bireyi bağımlılığa iten faktörler

Bağımlılığı besleyen en önemli etken keyif verici bir dış unsurun varlığıdır. Yani bir durumu, kişiyi ya da kimyasalı çekici kılan neden, onun bireyi kaygıdan ve gerginlikten uzaklaştırabilme gücü ve keyif verici olmasıdır. Bu durum, bağımlılık geliştirme açısından en yüksek risk grubu olan gençlerin doğal davranış dinamiklerinde daha kolay gözlenebilir. Şöyle ki, genç bir insan doğal gelişim çatışmaları ve bu çatışmalarının neden-sonuç ilişkileriyle uğraşırken genellikle en kestirme ve en zahmetsiz yolu seçer. Çatışmadan doğan gerginlik sırasında gencin keyif aldığı en küçük anlar bile çok kıymetlidir. Psikofizyolojik gelişimde sorun yaşayan gençler ise bu bağlamda savaşmak yerine rahatlıkla hoşnut olmayan durumdan kaçışı seçebilmektedirler. Zaten asıl risk de kaçışın başlamasıyla yargılama gücü zayıflayan gencin ne yöne gideceğinin belirsizleşmesidir.

Bir ilginin bağımlılığa dönüşmesi daha çok davranışsal bağımlılıklar ile alkol ya da sigara bağımlılığı için söz konusudur. Madde kullanımında süreç ilginin süreklilik kazanmasından çok kaçış sonucu bağımlılığa itilmek şeklinde gerçekleşir. Soruyu özellikle teknolojik bağımlılık çerçevesinde ele alacak olursak süreç içinde yaşanabilecek durumlar şöyle özetlenebilir:

- Bağımlılık yaratan unsurun bireyin dikkatini çekmesi
- Etkileşimin giderek artması ve yaşama yayılması (Yaşamın rutini haline gelmesi). Dolayısı ile yaşam kalitesinde düşme olması.
- Tolerans geliştirme
- Geri çekilme belirtileri (Faaliyetten ve iletişimden uzaklaşma)
- Çatışma ve nüksetme

Bu genel bileşenler bir ring hattı gibi işler. Birinin başlangıcı diğerinin bitişi olabileceği gibi birinin bitişi diğerinin başlangıcı olabilir. Madde bağımlılığında ise durum biraz daha farklı gelişir. Madde bağımlılığı o maddeye duyulan ihtiyaç sonucu ortaya çıkar ve kullanıcının kişiliği ile yakından ilgilidir. Bilinçli kullanıcılar kullandıkları maddenin yarattığı psikolojik ve fizyolojik etkiyi bildikleri için kullanırlar. Bilinçsiz kullanıcılar ya da madde hakkında daha az bilgiye sahip olanlar ise sorundan kaçmak ve yapay olarak sorunsuz bir yaşam alanı yaratmak amacıyla maddeye yönelirler. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki madde kullanan insanlar birbirlerinden direkt etkilenmekte, bunun temelinde de ortak sosyal problemler yatmaktadır. Bir insanı madde kullanmaya iten başka nedenler de vardır elbette. Üstelik bunlar ergenlik dinamikleri içinde çekicilik unsuru da taşımaktadır. Örneğin maddenin eğlencenin eğlenebilmenin ayrılmaz bir enstrümanı olması, başlı başına bir eğlence paylaşımı olması, grup dinamiğine uyumluluğu göstermenin bir kriteri gibi algılanması, özenti, yasağa karşı gelebilmiş olmanın tatmini ve büyüme göstergesi olarak atıflanması... Yukarıda bahsi geçen bilgiler doğrultusunda yapılabilecek yorumların başında ergenlik döneminin alkol, madde kullanımı ve bağımlılık sorunu bağlamında kritik yaşam dönemi olduğudur. Ergenler üzerinde 1970'lerden bu yana madde ile ilgili genel ya da yerel birçok araştırma yapılmıştır ve bunların sonuçları göstermektedir ki 20. yüzyılın ikinci yarısı ile beraber alkol ve madde kullanımı hem dünya üzerinde geniş bir coğrafyaya yayılmış

Madde kullanan kişilerde Antisosyal Kişilik Bozukluğu görülme sıklığı yüzde 30' dur

hem de yaşam kültürünü doğrudan etkilemesi nedeniyle geniş bir popülasyona ulaşmıştır. 1992 yılında Amerika Birleşik Devletleri Hukuk Departmanı bir rapor yayınlamıştır. Araştırmanın sonucuna göre dünya ülkelerinde uyuşturucuya başlama yaşının 13-14 civarında olduğu bildirilmiştir. (10) Ülkemizde ve dünya'da son dönemde yapılan çalışmalarda ise bu tespitin değiştiği ve başlama yaşının daha gerilere gittiği madde kullanımının geniş bir ürün yelpazesine dağıldığı bildirilmiştir.

Örneğin; Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği'nce Türkiye'nin uyuşturucu konusundaki ilk karşılaştırmalı araştırması niteliğini de taşıyan, Doç. Dr. Kültegin Ögel koordinatörlüğünde, İstanbul'un 15 ilçesindeki 43 okulda, 104 sınıfta eğitim gören 3 bin 168 lise 2 öğrencisi ile yapılan araştırma sonuçlarında:
Tütün kullanımının 2004 yılında 2001'e göre yüzde 72. 7, alkol kullanımının da yüzde 17. 6 oranında düştüğü, esrar kullanımının ise 2001 yılına göre yüzde 75 artış gösterdiği,

Uçucu madde kullanımının yüzde 40. 5, yeşil reçete ile satılan yatıştırıcı hap kullanımının yüzde 15. 8, uyuşturucu hap kullanımının yüzde 184. 6, sentetik hap kullanımının yüzde 287. 5, eroin kullanımının yüzde 100 artış gösterdiği,

Madde kullanımının erkeklerde kızlara göre daha yaygın olduğunu ancak son yıllarda kızlarda da artış kaydedildiği,

En kolay bulunabilen zararlı maddenin 2001'de uçucu maddeler iken, 2004'te esrar olduğunu, bulunabilirliği en fazla olan maddenin de sentetik hap olan ecstasy olduğu kaydedilmiştir. Küçük açılımlar şeklinde incelenecek olursa özellikle genç insanların bağımlılık kavramı ile nasıl ve nerede karşılaştıkları, nasıl bağımlı oldukları ve kurtulma yolları basit biçimde şöyle ortaya konmalıdır.

- ***Bize biraz alkolün özelliklerinden bahseder misiniz?***

Alkol bedende ve kişilikte yıkıma yol açan güçlü bir zehirdir. Kana karışma hızı diğer bütün oral yolla alınan maddelere oranla hızlıdır. En basit etkileri; motor koordinasyonda bozulma, muhakeme yeteneğinde yavaşlama, dikkat ve konsantrasyon problemleri, reflekslerin zayıflaması gibi işlevsel, sonrasında ise alkole bağlı bunaltı, uyku ve yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, Wernicke-Korsakoff sendromu (Alkole bağlı kalıcı bunama), sıklıkla alkol kullanımına eşlik eden depresyon ve yine alkole bağlı

psikotik bozukluklar gibi nöropsikiyatrik tablolar ile sinir iltihabı, beyincik harabiyeti, bir çırpıda sıralayabileceğimiz pankreas, karaciğer, ağız boşluğu, kalın bağırsak, yemek borusu gibi kanser türleri, bağışıklık sisteminin de zayıflaması ise zatürre ve tüberküloz gibi çeşitli enfeksiyon hastalıkları, ereksiyon güçlüğü, orgazm güçlüğü ve ejekülasyon bozuklukları gibi cinsel rahatsızlıklar sıklıkla görülen tablolardır. Alkol bağımlılığı var demek için bir insanın nasıl bir tabloda karşınıza gelmesi lazım? (bu sorunun cevabı aşağıdaki gibi olacak)

Bazı insanlar bir damla alkol alsa bile bağımlı olabilirler. Bu genelde genetik yatkınlığı olanlarda söz konusudur. Yatkınlığı olanlarda ilk içiş bile hızla bağımlılığa götürebilir. Çünkü alkole sebep olan sinirsel ağ o kişinin doğuştan beyninde şekillenmiştir. Bu ağı bir defa veya defalarca uyarmak bağımlılık riskini git gide artırır. O yüzden ailesinde alkolik olanlar bu konuya dikkat etmelidirler.

İnsan nasıl bağımlı oluyor sorusuna cevap olarak da şunları söylemek yerinde olur: çoğunlukla bedensel ve ruhsal sıkıntıyı azaltmak için alkole başlanır. Depresyonda olan, kaygılı, uyku uyuyamayan birini düşünün. Bu kişi bir vesileyle alkolün rahatlatıcı etkisini keşfeder. Bir duble rakı içtiğinde rahat uyuduğunu görürür. Aklına bir psikyatriste gidip bir uyku düzenleyici almak gelmez. Biraz da alkol almanın o anki cazibesine kapılır ve aylarca bu şekilde uyumayı adet edinir. Önce alışkanlık sonra da bağımlılık kendini gösterir. Artık sadece uyumak için değil, çalışmak, mutlu olmak, eğlenmek, yemek için bile alkol alma zorunluluğu duymaya başlar. Bu şekilde bağımlı olmuş çok hastamız var. Bir başka sık görülen örneği ele alalım: toplantılarda çok sıkılan, sunum esnasında tir tir titreyen, yanlış yaparım, rezil olurum diye kaygılanan bir kişi bir toplantı öncesinde alkol alır ve rahatladığını hisseder. İşte o an tuzağa düştüğü andır. Bağımlılık kapısından içeri girmiştir artık. Alkol insana tuzaklar hazırlar. Alkol İnsanın kötülüğünü isteyen bir varlık gibi tuzaklar kurar ve kişi farkına varmadan tuzağa düşer. Başlangıçta sadece sunum için alkol alan kişi hayatıyla ilgili her faaliyet için alkol almaya başlar. Alkolik olduğunun farkına vardığındaysa yıllar geçmiştir. Alkolik olanlar bunu kabul de etmezler. İşini, gücünü alkol yüzünden kaybettiği halde böyle olmadığını savunurlar.

Bir de sabah alkol alan herkes alkolik gibi nitelendirilir. Alkolizmde bu yeterli kriter değildir. Kişi alkolsüz bir şey yapamaz hale gelmelidir. Alkolsüz çalışamıyorsa, ilişkilerini sürdüremiyorsa, mutlu olamıyorsa, alkolsüz keyif alamıyorsa alkoliktir. Bağımlılık aşamasında alkolden de zevk alınmaz, sadece içmek için içilir. Özetle önce sosyal içici olunuyor, eğer bir yatkınlık varsa, beynin bağımlılığa sebep olan mekanizmaları harekete geçtiyse, stres söz konusuysa alışkanlık aşamasına, ondan sonra da bağımlılık noktasına gelinir.

- ***Türkiye'de alkol ve madde bağımlılığı konusundaki son durum nedir?***

Türkiye'de ve dünyada hızla alkol ve uyuşturucu madde alım oranları artmakta, maddeye başlama yaşları ise tüyler ürpertici bir şekilde gittikçe düşmektedir. Kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal hayatını yok eden, insanı insan olmaktan çıkaran uyuşturucu maddelerle mücadele etmek, geleceğimiz olan çocuklarımızı bu maddelerden korumak ancak iyi bir koruyucu halk sağlığı yaklaşımıyla olabilecektir. Ancak koruyamadığımız ve bir şekilde maddeyle karşılaşmış kişilerin maddeden kurtarılması için iyi bir

Erişkinlerin yüzde 30-45'i yaşamının bir döneminde en az bir kez aşırı alkolden yasal sorun yaşamıştır

psikiyatrik tedavi protokolünün olması zorunludur. Bu kişilerin iyileşebileceğine, maddeden kurtulabileceğine öncelikle biz sağlıkçıların inanması gerekmektedir. Madde tedavisini "ya tutarsa" mantığıyla değerlendirmek ve kişilere bu mantıkla yaklaşmak tabii ki başarı şansını azaltacaktır. Haliyle psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, rehber öğretmenler, aileler, yakın arkadaşlar ve bağımlı kişiler işbirliği içinde olmalı, bir ekip çalışması halinde sorunun üzerine gitmelidirler.

- ***Dünyada durum nedir?***

Amerika Birleşik Devletleri'nde toplumun yüzde 90'ı yaşamının bir döneminde alkol aldığı, erişkinlerin yüzde 60-70'inin ise sıkça alkol almakta olduğu tespit edilmiştir. Kalp hastalığı ve kanserden sonra alkole bağlı sağlık sorunları üçüncü sırada yer almaktadır. Erişkinlerin yüzde 30-45'i yaşamının bir döneminde en az bir kez aşırı alkol almaya bağlı bir sorunla (yasal, trafik, iş, okul) karşılaşmıştır. Hala yılda 200.000 kişi alkole bağlı bir sorundan ölmektedir. Otomobil kazalarında yüzde 75, kazadan ölümlerde yüzde 50, adam öldürmelerde yüzde 50, intiharlarda yüzde 25 oranında alkol sorumlu tutulmuştur. Ortalama yaşam süresini en az 10 yıl kısaltmakta olan alkol, bağımlılık yapan diğer uyuşturucu maddelere de öncülük etmektedir. Kentlerde kırsala göre daha yaygın olan alkolizm birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olanlarda 7 kat daha fazla görülmektedir.

Alkol bağımlılığının tipleri

1. Ruhsal ya da bedensel bir sıkıntıyı gidermek için olağandışı, aşırı alkol alma durumudur. Daha çok bir psikolojik bağımlılık söz konusudur. Bırakıldığı zaman kesilme belirtisi görülmez,
2. Olağandışı aşırı alkol alma sonucu gastrit, polinevrit, karaciğer yağlanması gibi bedensel bozukluklar çıkmasına karşın fiziksel bir bağımlılık ortaya çıkmamıştır.
3. Alkole ruhsal ve fiziksel yönden bağımlılık oluşur. İstemli denetim kalkar, içme isteği durdurulamaz. Bedensel bozukluklar gelişir. Alkol bırakıldığı zaman kesilme belirtileri ortaya çıkar.
4. Daha ağır bedensel ve ruhsal bozukluklar çıkmıştır. Alkole karşı direnç artımı oluşmuştur. Alkol azaltıldığında ya da kesildiğinde kesilme belirtileri oluşur.

Zaman zaman zorlantılı içme dönemleri görülür. Kişi alkole susamış gibidir. Aşırı bir istek ve tutku ile alkol arar, bulunca su gibi içer. Günler, haftalar bazen de aylarca süren bu dönemleri daha sonra anımsamayabilir. Alışılmışın çok üstünde içmelerine karşın alkole karşı dayanıklıdırlar.

- ***Alkol bağımlılığının tipleri nelerdir?***

Psikolojik bağımlılık safhasında kişi ruhsal ya da bedensel bir sıkıntıyı gidermek için olağandışı, aşırı alkol alma durumundadır. Bırakıldığı zaman kesilme belirtisi görülmez. Bunun bir ileri aşamasında kişide aşırı alkol alma sonucu gastrit, polinevrit, karaciğer yağlanması gibi bedensel bozukluklar çıkmaya başlar ve bunlar fiziksel bir bağımlılığın ortaya çıktığının belirtileridir. Daha ileri aşamada istemli denetim ortadan kalkar, içme isteği durdurulamaz bir hal alır. Bedensel bozukluklar gelişir ve alkol bırakıldığı zaman kesilme belirtileri ortaya çıkar. Bu alkole ruhsal ve fiziksel yönden bağımlılık oluştuğunun bir delilidir. Artık en ileri safhada kişi alkole susamış gibidir. Aşırı bir istek ve tutku ile alkol aramaya başlar ve bulunca su gibi içer. Günler, haftalar bazen de aylarca süren bu dönemleri daha sonra hatırlamayabilirler. Bu son safha kişinin psikososyal yıkımının en üst düzeyde olduğu ve alkolün kişiyi adeta esir ettiği safhadır. Şiddetle tedaviye ihtiyacı olduğu bir dönemdir. Çünkü alkole bağlı ölümler, zehirlenmeler ve kalıcı bozukluklar bu safhada oluşur.

- ***Alkol bağımlılarında kişilik faktörleri nelerdir?***

Kişilik bozukluğu alkol bağımlılığına, alkol de kişilik bozukluluğuna sebep olmaktadır. Alkol bağımlılarında %22-81 oranında kişilik bozukluğu görülmektedir. En sık görülen kişilik 'Antisosyal kişilik'tir. Alkol bağımlılılarının %79'unda antisosyal kişilik özellikleri görülmektedir. Ancak antisosyal kişilik bozukluğu %30 civarındadır. Antisosyal kişilikler, toplumda "Psikopat" diye tanımlanan kişilerdir. Davranışları toplumsal yasalara ters düşmektedir ve suç işleme eğilimleri yüksektir. Toplum kurallarına uymadıkları ve öfkelerini kontrol edemedikleri için sık sık karakollara düşerler ve tutuklanırlar. Rahatsızlıkları ile ilgili içgörüleri olmadığı için aldıkları cezaları kendilerine haksızlık olarak algılarlar. İnsanlara verdikleri zarar karşısında suçluluk duymadıkları gibi kendilerini haklı bile görmektedirler. Sorumluluk duyguları hiç yoktur. Antisosyal kişiliklerin %80'inde de alkol bağımlılığı görülür.

Yine alkol bağımlılarının %4-66'sında sınır kişilik özellikleri gözlenmektedir. Sınır kişilikler, cinsel, mesleksel ve toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik ve dengesizlik gösterirler. Sağlam bir kimlik geliştirememişlerdir. Sıklıkla boşluk ve anlamsızlık duygusundan yakınırlar. Çoğu ağır narsistik eğilimler gösterirler. Reddedilmeye ve terkedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Kendilerine zarar verme ve intihar eğilimleri yüksektir.

- ***Alkolizmin tetiklediği psikiyatrik rahatsızlıklar hangileridir?***

Alkolün bırakma fazında kişide aşırı korku, tansiyon düşmesi, kalp ritminde bozulma, çarpıntı, nefes darlığı gibi yakınmalar olur. Kişi hallüsinasyonlar görebilir, şüphelenmeler yaşayabilir. "Delirium tremens" adı verilen bu durum müdahale edilmezse "alkol bunamasına" yol açar. Yani kalıcı bunama gelişir. O yüzden alkolü bırakacak kişinin mutlaka doktor nezaretinde ve hastanede tedavi edilmesi gerekir. Alkole bağlı gelişen bir diğer psikiyatrik bozukluk depresyondur. Alkol insanın mutlu olmayla ilgili beyin alanlarını etkiler. Sonuçta depresyona sebep olur.Uyku bizim için çok önemlidir. Çünkü uykuda beyin, yüzde 80 kapasite ile çalışır. Gündüz ise beden çalışır, beyin uyur.

Alkolikler sabah uyanmakta sorun yaşarlar, yorgun,mutsuz, asık suratlı ve sinirli kalkarlar

Gece melatonin hormonu salgılanır ve mutluluk kimyasalları üretilir veya günlük strese bağlı yıpranmalar tamir edilir. Ancak alkol alınca kişi uyumaz uyuşur. Yani alkol alıp sızan kişinin beyni devre dışı kalır ve ertesi güne uyumadan kalkmış olursunuz. Alkol içenlerde görülen ertesi gün yorgunluğunun en büyük sebebi budur. Alkolün uyuşturması yüzünden mutluluk kimyasalları üretilemez, uzun süre böyle devam edilirse açık büyür ve depresyon ortaya çıkar. O yüzden uyuşma ile uyuma karıştırılmamalıdır. Uyku beynin tam kapasite çalıştığı aktif bir süreçtir. Alkol almak bu süreci pasifize eder. Alkolikler sabah uyanmada da sorun yaşarlar. Yorgun, mutsuz, asık suratlı, sinirli kalkarlar. Bunun da nedeni kaliteli uyuyamamış olmaktır. Panik bozukluğu da alkole bağlı gelişen sık psikiyatrik bozukluklardandır. Alkol kaygı eşiğini düşürür, yani insanın daha kolay kaygı yaşamasına zemin hazırlar. Bunu ben "Rebound anksiyete" diye adlandırıyorum. Kaygıyı azaltmak için alınan alkolün bunu daha da artırması durumudur.

Bir de "Alkol paranoyası" dediğimiz bir rahatsızlık vardır. Eşlerini çok kıskanan, herşeyden şüphelenen alkoliklere rastlayabilmekteyiz. Bu alkolün düşünceden sorumlu dopaminin dengesini bozmasından kaynaklanır. Dopamini artıran her madde paranoyaya sebep olabilir. Madde alımında dopamin depoları boşaldığı için paranoya oluyor. Alkolik insanlarda kıskançlık görülür sıklıkla. Ayrıca alkol ve maddenin kalıcı şizofreniye bile neden olabileceği söyleniyor.

Cinsel fonksiyon bozukluğu

Alkol kullanan insanlarda cinsellikle ilgili sorunlar çıkabiliyor. Testesteron hormonu baskılanıyor, ereksiyon kusurları, orgazm bozuklukları çok sık görülüyor. Çünkü hem hormonal hem de fonksiyonal bozukluklar gelişiyor. Prolaktin seviyesini yükselttiği için orgazm olamama sorunu oluyor.

- ***Alkole bağlı fiziksel hastalıklardan bahseder misiniz biraz?***

Deliryum tremens diye bir tablo vardır. Başlıca klinik özelliği saatler ya da günler içinde gelişen ve gün içinde dalgalanmalar gösteren bilinç bozukluğudur. Bilinç bozukluğu çevrede olan bitenin farkında olma düzeyinin azalması şeklinde görülür. Hasta gün içinde açılıp kapanmalar gösterebilir. Eğer alkolü bıraktıktan sonra bu tablo gelişir ve hemen önlem alınıp B1 vitamini takviye edilmezse bunama gelişebilir. Bu

geri dönüşümsüz bunama tablosuna "Wernicke- Korsakoff Sendromu" denir.

Alkole bağlı gelişen hastalıklar:

* Sinir iltihabı; yürüme bozulur, kas güçsüzlüğü ve reflekslerde azalma izlenir. Eldiven-çorap biçiminde duyu kusurları, ağrı ve uyuşma olur.
* Beyincik harabiyeti ve buna bağlı ayakta durma ve yürüme güçlüğü, denge bozukluğu, görme bozukluğu gelişir.
* Yemek borusu iltihabı,
* Pankreas iltihabı
* Karaciğer hastalıkları: siroz, yetersizlik.
* Besin eksikliği: magneziyum, demir ve B12 vitamin eksikliği
* Karaciğer yetmezliğine bağlı beyin iltihabı (ensefalit)
* Hormonal bozukluklar: Testesteron azalması, kortizol artışı, insülin artışı,
* Sperm azalmasına bağlı kısırlık, testislerde küçülme, iktidarsızlık, erkeklerde göğüste büyüme, kadınlarda adet kesilmesi,
* Kalp hastalıkları; yetmezlik
* Kas hastalıkları
* Kanser
* Kanserler: yemek borusu kanseri, kalın barsak kanserleri, karaciğer kanseri, pankreas kanseri,
* Enfeksiyon hastalıkları: zatürre, tüberküloz .

Alkollü araç kullanma

Kaza riskleri nedeniyle trafik polisi için, sürücülerin alkol kontrolünün özel bir önemi vardır. Sürücü, alkolmetre ile yapılan test sonucunda alkollü çıkarsa; 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanununun 48/5 maddesi gereğince para cezası ile cezalandırılır, aracı trafikten men edilir ve sürücü belgesi altı (6) ay süreyle Trafik Polisince geri alınır. Aynı sürücü aynı suçu işlerse; yine kanunun ilgili maddesi gereğince para cezası ile cezalandırılır, aracı trafikten men edilir ve sürücü belgesi iki (2) yıl süreyle Trafik Polisince geri alınır.Aynı sürücü üçüncü kez alkollü olarak araç kullanırken tespit edilirse, kanunun ilgili maddesinde belirtildiği şekilde para cezası ile cezalandırılır, aracı trafikten men edilir ve sürücü belgesi (5) yıl süreyle Trafik Polisince geri alınır. Ayrıca altı (6) aydan az olmamak üzere hafif hapis cezası uygulanılır. Beş (5) yıl süreyle geri alınan sürücü belgesi sahipleri, beşinci yılın sonunda, psiko-teknik değerlendirme ve psikiyatri muayenesi sonrasında durumu uygun olanlara belgeleri iade edilir. Alkollü araç kullanmaktan dolayı sürücü belgeleri geri alınan sürücüler, sürücü belgesine el koyan trafik birimine veya en yakın Trafik Denetleme Şube Müdürlüğüne alıkoyma süresinin bitiminde dilekçe ile başvurarak sürücü belgelerini geri alabilirler. Meydana gelen trafik kazaları incelendiğinde sürücülerin bir anlık dikkatsizlikleri sonucu meydana geldiği görülmektedir. Bu nedenle, alkol almış kişinin de dikkati dağılmaktadır. Güvenli alkol limiti yoktur en doğrusu, hiç alkol almadan araç kullanmaktır.

Alkolün hiç bir seviyesi sürücülük için güvenli değildir

Alkolün sürücülük becerileri üzerinde etkisi
Bilimsel araştırmalar alkolün hiç bir seviyesinin sürücülük için güvenli olmadığını göstermektedir. Bütün ülkeler yasal alkol limitini belirlerken konuyu tıbbi, psikolojik ve sosyal yönüyle değerlendirerek bir karara varmakta, belli bir riski kabul ederek bu limitleri belirlemektedirler.

Motorlu araç sayısının artmaya başladığı 1900'lü yılların ilk dönemlerinde, hızla oluşan trafik kurallarının yanı sıra, giderek alkollü sürücülük için de önlem alma ihtiyacı hissedilmiştir. Başlangıçta bu sınırın ne olması gerektiği ve nasıl ölçüleceği konusunda sorunlar yaşanmışsa da dünyada özellikle konuyu inceleyen bilimsel çevrelerin görüşü her zaman kan-alkol sınırının daha da aşağıya çekilmesi yönünde olmuştur. Bir başka deyişle yasal limitin altında olmanın sadece trafik cezasını engellediği, ancak can güvenliğini garantilemediği kabul edilmektedir. Alkolün etkileri açısından yaş, cinsiyet, sürücülük deneyimi gibi bazı faktörlere bağlı olarak bireyler arasında farklılıklar görülmekteyse de, bunlar güvenli sürücülüğü garantileyecek kadar büyük farklar olmadığı gibi, tartışmalı sonuçlar olarak değerlendirilmektedirler. Bununla birlikte genel olarak araştırmalar 0.2 promil düzeyinden itibaren alkol düzeyi arttıkça sürücülük
üzerinde olumsuz etkilerinin de arttığı yönünde birleşmektedir. Bu sınır kimi ülkeler tarafından kabul edilmiş bulunmaktadır.

Ülkemizde yasal alkol sınırı
Ülkemizde ticari araç sürücüleri ve kamu hizmetinde çalışan sürücülerin alkollü olarak trafiğe çıkmaları tümüyle yasaklanmış, diğer sürücüler içinse yasal sınır olarak bir litre kanda yarım gram alkole eşit olan, 0.50 promil belirlenmiştir. Bu halk arasında yanlış bir biçimde "yüzde elli alkollü olmak" diye ifade edilmekte, hatta bunun mümkün olduğu sanılmaktadır. Bu tümüyle yanlış bir bilgidir. Bu yanlışlık genellikle promil değerinin nasıl hesaplandığının iyi bilinmemesinden kaynaklanmaktadır.
Promil hesabında alkolün ağırlığı, kanın ise hacmi dikkate alınarak bir orantı kurulur. Örneğin 0.50 promil 100 mililitre kanda 50 miligram alkol bulunduğunu gösterir ve buradan gidilerek, 50:100=0.50 promil kabul edilir. Ağırlığı hacme oranlamak matematiksel olarak çok mantıklı değilse de, karmaşık ve çok küçük sayılarla uğraşmak zorunda bırakmadığı için tercih edilen bir ifade biçimidir. Eğer hacim oranları dikkate alınacak olursa, 0.50 promilin gerçekte kanda %0.025 oranında alkole eşit olduğu (on binde 2.5 !) görülür. İnsan vücudu yüzde elli alkol oranı bir yana, %0.5 oranında alkole bile (binde 5 ya da bir litre kanda 4 gram alkol bulunması) tolerans göstermekte çok zorlanır, hatta bu düzeydeki kan-alkol oranı pek çok kişide ölüme yol açar.

ALKOL DÜZEYİNİN HESAPLANMASI VE ALKOL-KAN ORANLARI			
ÖLÇÜM DEĞERİ	**promil hesabı(miligram alkol/ mililitre kan)**	**1 Litre kanda ne kadar alkol var**	Hacim olarak kandaki alkol oranı*
0.2 Promil	20 mg alkol/100 ml kan (20:100=0.2)	0.2 gram alkol	%0.025 (binde 0.25 alkol)
0.5 Promil	50 mg alkol/100 ml kan (50:100=0.5)	0.5 gram alkol	% 0.063 (binde 0.63 alkol)
0.8 Promil	80 mg alkol/100 ml kan (80:100=0.8)	0.8 gram alkol	% 0.1 (binde 1 alkol)
1 Promil	100 mg alkol/100 ml kan (100:100=1)	1 gram alkol	% 0.13 (binde 1.3 alkol)
1.5 Promil	150 mg alkol/100 ml kan (150:100=1.5)	1.5 gram alkol	% 0.19 (binde 1.9 alkol)
2 Promil	200 mg alkol/100 ml kan (200:100=2)	2 gram alkol	% 0.25 (binde 2.5 alkol)
3 Promil	300 mg alkol/100 ml kan (300:100=3)	3 gram alkol	% 0.38 (binde 3.8 alkol)
4 Promil	400 mg alkol/100 ml kan (400:100=4)	4 gram alkol	% 0.5 (binde 5 alkol)
5 Promil	500 mg alkol/100 ml kan (500:100=5)	5 gram alkol	% 0.6 (binde 6 alkol)

* 1 mililitre alkolün ağırlığı 0.789 gram, 1 gram alkolün hacmi 1.268 mililitredir

ALKOLÜN VÜCUT VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	
ÖLÇÜM DEĞERİ	**VÜCUT VE DAVRANIŞ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**
0.2 Promil	ruh halinin değişmesi, vücut ısısında hafif bir yükselme, davranışlar üzerindeki kontrolün azalması
0.5 Promil	belirgin bir gevşeme, dikkatin azalması, koordinasyon ve muhakeme bozukluğunun başlaması. YASAL SINIR
0.8 Promil	koordinasyon, algı ve muhakemede belirgin bozulma, tepki zamanının, kendini kontrol etme becerisinin zarar görmesi
1 Promil	sarhoşluk belirtileri, muhtemel mahcup edici davranışlar, bir an neşeli bir an üzgün olmak gibi ruh halinde gidip gelmeler
1.5 Promil	ayakta durma, yürüme ve konuşmada güçlük çekme, denge ve koordinasyonun kaybedilmesi, belirgin olarak sarhoşluk hali
2 Promil	ağrı ve diğer fiziksel duyumların azalması, ağlama ve gülme arasında gidip gelmek gibi belirgin duygusal tutarsızlıklar
3 Promil	reflekslerin azalması, bilinçte bulanıklık, pek çok kişide bilinç kaybı

Alkol aldıktan sonra kahve içmek, egzersiz yapmak ya da kestirmek alkolün vücuttan atılmasını hızlandırmaz

Alkol içeren içecekler

Bir çok içki de bulunan alkol oranı (içkinin alkol derecesi) çok farklıdır ve bu nedenle ne kadar alkol alındığının belirlenmesi çok güç olabilir. Ayrıca alkolün vücutta yakılması zaman isteyen bir iştir ve bu da kişinin vücut ağırlığı, karaciğerinin büyüklüğü, genel sağlık durumu başta olmak üzere pek çok faktöre göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle bir çok kişi aldığı alkol miktarı konusunda yanılgıya düşmektedir. Vücudunda 6 litre kan bulunduğunu varsaydığımız bir yetişkinin kan dolaşımına 3 gram alkol karışması halinde yasal sınıra ya çok yaklaştığı ya da aştığı düşünülebilir. Sayfa **(19)**,da içinde yaklaşık olarak 12 gram alkol bulunan içki miktarları belirtilmiştir Bu içkilerin içerdiği alkol miktarı göz önünde bulundurulduğunda bir yetişkinin tehlikeli bir sürücü haline gelmesinin çok zor olmadığı görülür. Özellikle "hafif" içki olduğu düşünülerek bira ve şarabın çok fazla içilmesinin sürücüleri çok zor durumda bırakabileceğine dikkat edilmelidir.

Alkolün vücuttan atılması

Pek çok kişi alkol aldıktan sonra kahve içerek, egzersiz yaparak ya da biraz kestirerek alkolün vücuttan atılmasını hızlandırabileceğini düşünür. Oysa bunların alkolün yakılması üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Bunun için karaciğerin çalışmasına ve zamana ihtiyaç vardır. Alkol alındıktan sonra muhakeme yeteneği, algılayış giderek bozulurken bunun sonucunda sürücülük becerileri azalmakta, buna karşılık yine bozulan muhakeme yeteneği ve azalan duygusal kontrol nedeniyle kendine güvende yersiz bir artış meydana gelmektedir. İşte bu çelişkili değişim sürücülük için daha da tehlikeli bir duruma yol açmaktadır. Bu nedenle alkol aldıktan sonra ne yapacağını düşünmek yerine içmeye başlamadan önce bazı kararlar almak daha yararlı olabilir. Bunlar eğer araç kullanılacaksa hiç içmemek, eğer içilecekse araç kullanacak bir kişi bulmak olabilir. Özellikle eğlenmek için çıkılan akşamlarda özel araç kullanmak yerine taksi ya da toplu taşıma araçlarını tercih etmek uygun olacaktır. Hiç şüphe yok ki alkolün etkileri konusunda doğru bilgilenen ve bu tür kararları alkol almadan önce vermeye çalışan sürücüler bu konuda en doğru davranışı da yine kendileri seçebilirler.

Alkol denetimleri

Alkol denetimlerinde yapılan iş, kanda ne kadar alkol bulunduğunun belirlenmesi ve bu miktarın sürücülük için tehlike yaratacak düzeyde olup olmadığına karar verilmesidir. Bu denetimin hangi hallerde, nasıl yapılacağı ve neye göre karar verileceği yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Buna göre sürücünün alkollü olabileceğinden şüphe duyulduğunda ya da rutin alkol kontrolleri sırasında alkolmetreyle ölçüm yapılabileceği

gibi, alkolmetrenin bulunmadığı hallerde görevliler tarafından sürücünün durumuyla ilgili gözlemlerin kaydedildiği bir alkol test raporu da düzenlenebilir. Ölçüm ya da gözlem sonucunda sürücünün, 0.50 promil düzeyinin üzerinde alkollü olduğu ve araç kullanamayacak durumda olduğu belirlenirse gerekli cezai işlemler yapılır (Karayolları Trafik Kanunu ve Karayolları Trafik Yönetmeliği). Sürücünün itirazı halinde ise, öncelikle bu konuda eğitilmiş ve kan almaya yetkili kılınmış personel tarafından kanı alınarak, tahlil için polis kriminal laboratuarına gönderilir. Polis kriminal laboratuarlarında tahlilin mümkün olmaması halinde, sürücü kanındaki alkol miktarının tespiti için adli tıp merkezlerine ve Sağlık Bakanlığına bağlı tahlil yapabilecek teknik ve tıbbi imkanlara sahip olan en yakın sağlık kuruluşlarına gönderilir. Tahlil imkanının bulunmadığı sağlık kuruluşlarında hekim tarafından yapılan muayene sonucuna göre düzenlenen rapor esas alınır (Karayolları Trafik Kanunu ve Karayolları Trafik Yönetmeliği)

Alkol Kentlerde kırsala göre daha yaygındır. Bazı mesleklerde alkol bağımlılığı daha sıktır. Alkollü içki satan yerlerde çalışanlar, oyuncular, yazarlar, denizciler, doktorlar arasında alkol kullanımı daha sıktır.
Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olanlarda 7 kat daha fazladır alkolizm.

ALKOLDEN UZAKLAŞTIRICI YA DA ALKOLÜ BIRAKMAYA YARDIMCI YÖNTEMLER

* Kendine Yardım Grupları-Adsız Alkolikler (AA)
* Bağımlıların % 10-40'ı alkole bağlı sorunlar nedeniyle tedavi görürler.
* Sonlanımın iyi olduğunu belirleyen göstergeler:
* Sosyal destek sistemlerinin yeterli olması
* Alkolü bırakma konusunda istekli olması
* Eş ve yakınlarının ilgi ve işbirliğinin bulunması
* Uygulanan başlangıç tedavisini tamamlayabilmesi
* Ayaktan tedaviye uyumu ve sürdürmesi

Bu özelliklerin bulunması ilk bir yıllık bırakma dönemi için % 60 oranında olumlu beklenti doğurur.
Yapılan çalışmalarda bir yıllık bırakma döneminin bulunmasının uzun dönem gidiş için olumlu bir gösterge olduğu vurgulanmıştır.

- ***Madde kullanımı ve bağımlılığı oranları ne durumdadır?***

Uyuşturucu madde kullanımı gittikçe büyüyen bir insanlık meselesi haline gelmektedir. Mesela 1962 yılında Amerika'da hayatı boyunca uyuşturucu madde ile karşılaşan insan sayısı nüfusun yüzde 4'ü iken, bu oran şimdi yüzde 33'e kadar ilerlemiştir. Nüfusun yaklaşık yüzde 37'sinin yaşamlarında bir ya da daha çok kez madde kullandığı, 18 yaşın üzerindeki nüfusun yüzde 16.7'sinin ise madde kullanımı ile ilgili sorunları olduğu bilinmektedir. Uyuşturucu madde kullanımının yaşı da gittikçe düşmektedir. Önceden erişkinlerde görülen bu durum şimdi çocuklarda bile görülebilmektedir.
Türkiye'de madde kullanımının yaygınlığı konusunda yapılmış geniş kapsamlı çalışmalar yoktur. Ancak bütün dünyada sıklığı artan madde kullanımının ve bağımlılığının

Madde kötüye kullanımı gençlerde, erkeklerde, işsizlerde, daha yaygındır

yaygınlığı ülkemizde de günden güne artmaktadır. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği'nce Türkiye'nin uyuşturucu konusundaki ilk karşılaştırmalı araştırması niteliğini de taşıyan, İstanbul'un 15 ilçesindeki 43 okulda, 104 sınıfta eğitim gören 3 bin 168 lise 2 öğrencisi ile yapılan bir araştırmanın sonuçlarında: Tütün kullanımının 2004 yılında 2001'e göre yüzde 72.7, alkol kullanımının da yüzde 17.6 oranında düştüğü, esrar kullanımının ise 2001 yılına göre yüzde 75 artış gösterdiği, uçucu madde kullanımının yüzde 40.5, yeşil reçete ile satılan yatıştırıcı hap kullanımının yüzde 15.8, uyuşturucu hap kullanımının yüzde 184.6, sentetik hap kullanımının yüzde 287.5, eroin kullanımının yüzde 100 artış gösterdiği, madde kullanımının erkeklerde kızlara göre daha yaygın olduğu ancak son yıllarda kızlarda da artış kaydedildiği, en kolay bulunabilen zararlı maddenin 2001'de uçucu maddeler iken, 2004'te esrar olduğu, bulunabilirliği en fazla olan maddenin de sentetik hap olan ecstasy olduğu tespit edilmiştir.
Yapılan araştırmaların gösterdiği önemli bir diğer sonuç da madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları arasında bir ilişkinin olduğudur.

- *Bir kişinin madde aldığından şüphelendiren şeyler nelerdir?*

Madde kullanımının en korkulan sosyal sonucu gençlerde yaygınlığının artmakta olduğudur. Madde kullanan bir genci tanımak için dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

* Geceleri çok sık dışarı çıkması ve bar disko gibi eğlence yerlerine çok sık gitmeye başlaması

* Eski arkadaşlarını bir bir ve kısa sürede terk edip yeni ve çok sık beraber olduğu yeni arkadaşlıklar kurması ve kim olduklarından ailesine bahsetmemesi

* Gece saatleri bile olsa gelen bir telefonla apar topar dışarı çıkması veya cevapsız telefonların sayısında belirgin artış olması

* Çok para harcamaya veya istemeye başlaması

* Ona ait olmadığını bildiğiniz eşyalarla gelmesi ve bunları bir daha görememeniz

* Ani kilo kayıpları ve iştah sorunlarının olması

* Uyku düzeninin bozulması

* Göz çevresinde kızarmalar, donuk bakışlar olması

* Elde ve vücutta daha önce görmediğiniz titremelerin olması ve daha birçok aniden değişen sosyal ve fiziksel şartların olması.

Madde bağımlılığının nedenleri
Madde bağımlılığı ihtiyaç sonucunda ortaya çıkar ve maddeyi kullananın kişiliği ile çok ilgilidir. Bilinçli kullanıcılar maddenin ruh hali üzerinde yarattığı etkiyi bildikleri için özellikle kullanırlar ve madde hakkında daha az bilgisi olanları da bu yolla etkilerler. Madde kullanımı sonuç olarak, sanal bir sorunsuz dünya kurgulayarak sorunlardan kaçma amacını taşır. Böylece kişi kendisini zora sokan sorunlardan uzaklaşır. Kısa süreli olsa da...
Yapılan araştırmalar göstermiştir ki madde kullanan insanlar ortak sosyal problemler yaşadıkları için daha kolay bir araya gelebilmekte ve birbirlerini etkileyebilmektedirler. Madde kullanımının bazı önemli ve genel nedenlerini başlıklar halinde şöyle sıralayabiliriz:

* Dayanıksız, güçsüz bir kişilik yapısı ve kaygı yaratan durumlardan kaçma eğilimi
* İç disiplinden uzak, dıştan denetimli sosyal bağımlı kişilik özellikleri
* Duygusal bakımdan olgunlaşmamış yapı
* Hazza ve zevke eğilimli, sorumluluk ve inisiyatif almaktan kaçınan yapı
* Kötü alışkanlıklara sahip arkadaşlar
* Aile içi iletişim ve duygusal paylaşımlarda yetersizlik ve verimsizlik. (Kulaksızoğlu, 1999: 215-218) (3)

- ***Kimler madde kullanır?***

Tüm dünya toplumları çapında yapılan çalışmalar göstermiştir ki uyuşturucu maddeleri belirli niteliklere sahip kişilerin kullandığına dair belirgin bir bulgu yoktur. Öne çıkan yani madde kullananlarda yoğun ortaklık gösteren psikososyal ve biyolojik etkenler mevcuttur. Ülkemizde ve dünya'da yapılan madde bağımlılığını konu alan birçok araştırmada ailenin, sosyoekonomik durumunun, kalıtımın ve kişilik özelliklerinin önemli bir rolü olduğu saptanmıştır. Madde kullananlar ile yapılan çalışmalarda sıklıkla ortaya çıkan bu faktörlere kısaca bir göz atmak yerinde olacaktır:

Cinsiyet ve uyuşturucu: Görülme sıklığı olarak ele alındığında erkeklerin kadınlara oranla daha çok madde kullandıkları tespit edilmiştir. Bu yargıyı klinik başvurulardaki dağılım da destekler niteliktedir. Davranış kalıpları açısından ele alınırsa da cinsiyet rolüne uygun davranış olarak erkeklerin riskli yaşantılara daha meyilli olmalarının bu sonuca etki edebileceğini söylemek pekala mümkündür. Hele geleneksel ortamda erkeklerin dış dünya ile kız çocuklarına nazaran daha bir hareket serbestisi olması madde ile tanışma olasılığını da yüksek kılmaktadır. İstanbul genelinde 1991 ve 1996 yıllarında yapılan okul anket çalışmalarında madde kullanan erkek öğrenci oranının

Bağımlılığı besleyen en önemli etken keyif verici bir dış unsurun varlığıdır

madde kullanan kız öğrencilere kıyasla iki kat fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca klinik başvurular temel alındığında da kadınların madde bağımlılığı nedeniyle başvurularının erkeklerden çok daha az olduğu görülmektedir. Bütün bu bulgulara madde kullanımı ile ilgili binişik ilgisi olan DEHB ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu gibi davranım ve/veya kişilik bozuklukları ile ilgili rahatsızlıkların erkeklerde görülme olasılığının kadınlardan daha fazla olduğu eklenince cinsiyet faktörü bağlamında erkeklerin madde kullanımı açısından daha riskli oldukları düşünülebilir. (Kulaksızoğlu,1999: 207-208)(3)

Sosyo ekonomik durum: Dünya genelinde yapılan çalışmalar uyuşturucu madde kullanımının daha çok yoksul kesimlerde olduğunu göstermektedir. Yine bu araştırmalarda sosyo ekonomik düzey yükseldikçe uyuşturucu madde kullanımında düştüğü belirtilmiştir. Bu sonuçlarda sosyo ekonomik güçlenmeye bağlı olarak yaşam standartlarının iyileşmesi, kişilik gelişiminin sağlıklı tamamlanabilmesi, eğitim olanaklarının daha işlevsel ve gelişime elverişli olması gibi etkenlerin avantajı olduğu düşünülebilir. Uyuşturucu kullanım oranında farlılıklar gösteren üst SET ve alt SET arasında kullanılan madde açısından da farklılıklar göze çarpmaktadır. Alt SET daha çok ulaşılması kolay ve ucuz maddeleri (Bally, tiner, esrar vs) tercih ederken üst SET özellikle uyarıcı olarak nitelenen maddeler ve sentetik maddeleri (Kokain, ecstasy türleri, eroin vs) tercih etmektedirler.
Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise sosyoekonomik durumunun ayırıcı bir etken olarak nitelendiği araştırma verileri yoktur. Yapılan çalışmaların çoğunluğu toplumun çeşitli katmanlarını yansıtmamaktadır. İstanbul ili baz alınarak yapılan okul anket çalışmalarında sosyoekonomik duruma göre madde kullanım dağılımı belirgin bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
Ülkemizde bu ayrımı yapamamanın nedenleri arasında, çok çeşitli maddenin kolay bulunabilmesi, ucuza bulunabilmesi ve sentetik ya da uyarıcı özellikli maddelerin dahi imalatının yapılıyor olması gösterilebilir. Üstelik uçucu nitelikli ve sektörel kullanımı olan bally ve tiner gibi maddeler de ucuz ve kontrol dışı satılabilme özellikleri ile rahat elde edilebilmektedir.

Kişilik ve uyuşturucu: Kişilik yapımız hiç kuşkusuz algılarımızı ve davranış stilimizi belirleyen önemli bir unsurdur. Madde kötüye kullanımı gibi bir olguda da hem tanı hem de tedavi yapılanmasında belirleyici bir etkendir. Yapılan araştırmalar madde kullanan insanlarda belirgin kişilik özellikleri tanımlayamamakla birlikte bazı ortak özellikler tespit etmişlerdir. Özellikle ergenlik dönemi içinde kişilik inşası sürecinde

dürtü kontrol güçlükleri yaşayan bireylerde madde kullanma bağlamında risk daha fazladır. Çünkü kişilik yapıları itibariyle bu insanlar risk almayı severler, denememişi kolaylıkla denerler, otorite ile sorunları vardır, self kontrolleri zayıftır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Amatem bünyesinde Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ile yürütülen bir çalışmada madde kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gören hastalarda; düşüncede bağımsızlık, negativist yaklaşım, duygulanımda sık değişim, fevri davranma eğilimi, tatminsiz ve huzursuz yapı, karamsarlık, öfke kontrolünde güçlük, duyguları olumsuz ve dengesiz tarzda ifadeleme, hafif depresyon, kuşkuculuk, aşırı hassasiyet, yoğun gerginlik ve kaygı gibi kişinin üretkenliğini ketleyici birçok kişilik özelliği ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmaların gösterdiği önemli bir diğer sonuç da madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkidir. Ergenlik dönemi de kişilik olgusunun tanımlandığı ve madde ile ilk karşılaşmaların sıklıkla meydana geldiği bir dönem olarak son derece önemlidir. Ergenlik dönemindeki sorunlu kişilik yapılanmaları bu dönemde davranım bozukluğu olarak adlandırılırken kişinin yetişkin kategorisine geçmesi ile beraber kişilik bozukluğu tanı grubu içinde incelenir. Bu kişilik bozukluklarının ergenlik dönemindeki görünümleri ise umursamazlık, fevrilik, otorite ile çatışma, sosyal uyumda dirençlilik, dürtü kontrol sorunları, dengesiz davranma gibi özellikleri içerir. Bu özellikler ise DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, AKB (Antisosyal Kişilik Bozukluğu), Border-Line (Sınır) Kişilik, Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu gibi klinik tanımlamalarda belirleyici kişilik özellikleri olarak ele alınırlar. Bunlar içinde Antisosyal Kişilik Bozukluğu madde kullanımı bağlamında en sık görülen tablodur. Yine AMATEM bünyesinde yapılan bir araştırmada madde kullanan kişilerde Antisosyal Kişilik Bozukluğu görülme sıklığı %30 olarak belirtilmiştir. Tedavi aşamasında ise temelinde kişilik yapılanmasında sorunlar olan vakalar zaten çalkantılı bir yaşamda sürdükleri için daha dirençli olabilmektedirler.

Okul çağı sorunları ve eğlence mezesi: Cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, kişilik, aile yapılanmaları gibi etkenlerin yanı sıra okul başarısında düşme ve okul kuralları ile çatışan, sorunlu öğrenci olarak adlandırılan gruptaki gençlerde madde kullanımı açısından kuvvetli risk taşırlar. Sistem içinde kendilerini tanımlayamayan bu genç insanlar kuraldışı kimlik tanımlaması ile beraber uyuşturucu ile rahatça tanışabilmektedirler. Önceleri kendilerine bedava sunulan maddeyi kullanmaya başlayan bu insanlar daha sonra bunları arkadaşlarına da satmaya başlamaktadırlar. Emniyet Genel Müdürlü istatistikleri de sorunlu öğrenci olarak tanımlanabilecek gruptaki yakalanmaların belirgin şekilde fazla olduğunu desteklemektedir. Bunun yanında eğlence mezesi olarak son yıllarda kullanımı hızla artan sentetik uyuşturucular da okul çağı gençleri için tuzağa düşmelerinde sunulan yemlerdir. Enerji hapı, mutluluk hapı gibi isimlerle resmen reklamı dahi yapılan bu uyuşturucular eğlence ortamlarında gençler tarafında bir doping malzemesi olarak algılanabilmekte ve rahatlıkla tüketilebilmektedir. Kullanan gençlerin savunmaları ise kullandıkları maddelerin etkilerinin geçici olduğu, enerji verdiği ve zihin açtığı şeklinde safiyane biçimde olabilmektedir.

En küçük sosyal grup olan ailenin uyuşturucu kullanımındaki önemi küçümsenemez

Aile ve uyuşturucu: İçinde doğup büyüdüğümüz en küçük sosyal grup olarak tanımlanan ailenin ve yapısal özelliklerinin uyuşturucu kullanımındaki önemi küçümsenemez. Özellikle gençler açısından ayrı yaşayan ebeveynler, boşanmış ebeveynler ve bir ebeveynin kaybı gibi travmatik özellikli aile yapılanmalarında otorite zayıflamasına bağlı olarak iç disiplin zaafları görülür. Bu dönemde gelişiminin bir parçası olarak dışarı açılma gereksinimi duyan genç kontrol odağındaki eksilme neticesinde rahat ve denetimsiz bir yaşam alanına sahip olur. Sonuç olarak böyle bir yaşam alanı da madde ile tanışma bağlamında uygun ortamdır. Gençlerin madde kullanımında bir başka önemli noktada madde ile aile ortamında ve küçük yaşlardan itibaren tanışmış olmalarıdır. Madde kullanan bu gençlerin sosyodemografik geçmişine bakıldığında aile içinde madde kullanan birilerine özellikle babalara rastlanmıştır. Böyle bir ortamda gençler sıklıkla iki nedenle maddeye yöneldiklerini ifade etmekteler. Birincisi modele duyulan kızgınlıkla onun hoş görmeyeceği bu davranışı yaparak cezalandırma arzusu ki bunun temelinde modelin yaptığı davranışa yönelik kendi duygusunu ona yaşatma ve gösterebilme gayesi yatar. İkincisi ise modele bende büyüdüm artık mesajı vermede maddeyi büyüme kriteri olarak sembolize etme şeklindedir. Bazı hallerde bu iki durumda birbiri ile binişiklik gösterir. Birinin ortaya çıkışı diğerin sonucu ya da nedeni olabilir. Yukarıdaki görüşleri destekleyecek araştırma bulguları da mevcuttur. Örneğin; Hansen ve ark. (1), ile Sieber ve Angst (11). gençler arasında sigara, içki ve marihuana kullanımında aile ve akran etkileri üzerine yaptıkları çalışmada, sigara, alkol ve marihuana kullanımının tek bir olgu gibi alınması gerektiğini ve ard arda gelen davranışlar olduğu bulmuştur. Hops ve ark. (2), anne ve babanın alkol ve sigara kullanmasının çocukların alkol ve sigara kullanması üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir. Reimers ve ark. (8), İngiltere'de yaptıkları bir çalışmada ise anne-baba tutumunun sigarayı denemede değil de sürdürmede etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Bağımlılık yapan maddelerin sınıflandırılması

Ergen ya da yetişkin bir bireyin beyin, beden ve ruh sağlığını tehdit eden bir etmen olarak bağımlılık kavramını incelerken genel olarak bağımlılık yapan maddelerin neler oldukları, nasıl sınıflandırıldıkları, yapıları ve etkilerinden bahsetmek bilgilendirme adına doğru bir adım olacaktır.

Bağımlılık yapan maddeler
Tütün
Alkol
Esrar
Antikolinerjikler
Atropin, Biperiden
Opioidler
Doğal: Morfin, kodein
Yarı sentetik: Eroin
Sentetik: Metadon, Meperidin
Sedatif hipnotikler
Diazepam, Clonazepam, Lorazepam, Flunitrazepam, Barbitürat, Meprobamat, Fenprobamat
Halüsinojenler
LSD, Fensiklidin (Melek Tozu), Ecstasy, Meskalin
Uyarıcılar (Stimulanlar)
Kokain, Amfetamin, Kafein, Efedrin
Uçucular (Benzol, Toluen ,Tiner, Bali ve türevleri)

Bağımlılık yapan maddelerin başlıca etkileri

TÜTÜN

İçerdiği bilinen ve yapılan araştırmalarla her gün bir yenisi eklenen binlerce zararlı madde ile bağımlılık yapan maddeler içinde en yaygın ve yoğun kullanılan ve dolayısıyla direkt ya da endirekt etkileri ile en çok ölüme yol açan maddedir. Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin % 30'u tütün kullanımına bağlıdır. Yine akciğer kanserlerinin %80-90 gibi yüksek aralığı tütün kullananlarda görülür. Bunun yanında batı toplumlarında sigara içenlerin %50'sinin, içmeyenlerin ise % 25'inin 75 yaşından önce öldüğü tespit edilmiştir. Gebelikte tütün kullanımı ise düşüğe, erken (premature) doğuma düşük ağırlıklı doğumlara ve fetüs ya da bebek ölümlerine neden olmaktadır.

ESRAR

Esrar, kullanıcılarının "Ot'tur günahı yoktur" şeklinde savunduğunun aksine bir uyuşturucu maddedir ve günahı da çoktur. Esrar 421 çeşit kimyasal madde içermektedir. Fiziksel yoksunluğu olmamasına rağmen alınmadığında; yerinde duramama, huzursuzluk, iştah kaybı, uykuda bozulma, sinirlilik ve gerginlik gözlenebilmektedir. Toleransı yavaş gelişir ve bağımlılık potansiyeli de düşüktür. Fiziksel olarak etkileri; taşikardi, ağız kuruluğu ve iştah artışı olarak ortaya çıkabilir. Alerjik bünyelerde göz etrafında kızarma ve döküntüler de görülebilir. Psikolojik etkileri ise renk, ses ve zaman-mekan algısında değişmeler, motor hareketlerde yavaşlama, reflekslerde yavaşlama, inhibisyonun ortadan kalkması ve muhakemenin bozulmasını yanı sıra artan konuşkanlık ve sonucunda kişilikte değişkenlik gelişmesi, sahte bir cesaret, konsantrasyon ve dikkat yetilerinin bozulmasıyla ortaya çıkan dezorganizasyon görülebilir. Kuru öksürük, laranjite, farenjite, bronşit ve akciğer kanseri gibi somatik

Madde kullanımı, sanal bir dünya kurgulayarak sorunlardan kaçma amacı taşır

şikayetlere neden olabilmektedir ki bu etki sigara kullananlarla karşılaştırıldığında 5 kat daha fazladır. Psikolojik tabloda ise korku, panik ve kuşku hali ortaya çıkabilir. Bellek bozuklukları, konsantrasyon kaybı ve reflekslerde yavaşlamaya neden olduğundan motor koordinasyon bozulur ve bu nedenle esrar kullananların ağır makinelerle çalışmak, araba kullanmak gibi işleri yapmaları sakıncalıdır.

Ayrıca eğitim hayatında olan ya da bilişsel işler yapmak durumunda olan ve kronik esrar kullanımı olan kişilerde ise yani gençler, öğrenciler, öğretmenler ve bütün zihinsel ilerle uğraşan kişilerde ise bellekteki bozulmalara dayalı öğrenme güçlükleri ve zihinsel performansta düşme görülmektedir. Çukurova Üniversitesinde yapılan bir çalışmada esrar kullanımının beyin bioelektrik faaliyetinde değişmelere yol açtığı bildirilmiştir. Örneğin, akut esrar kullanımının EEG'de yaygın zemin aktivitesi yavaşlamasına yol açtığı ve REM supresyonu (Uykunun rüya döneminin baskılanması) yaptığı bildirilmiştir.

EROİN

Uyuşturucu bağımlıların dahi en korktuğu maddedir. Alındıktan çok kısa bir süre etkisini göstermeye başlayan eroininin etkisi 4-5 saat kadar sürebiliyor. Yoksunluk gelişmesinin de son kullanımı takip eden 6-8 saat içinde geliştiğini de göz önüne alırsak günde minimum iki kez kullanmak gereğini tahmin etmek hiç de zor olmasa gerek. Bağımlılık potansiyeli de çok yüksek olan eroin sık kullanım gerektirdiğinden toleransı da bir hayli hızlı gelişen bir maddedir. Buradan çıkan sonuçta ne yazık ki kısa dönemde yüksek dozlara ulaşmak ve uyuşturucu batağına gömülmektir. Eroin uyuşturucu madde bağımlıları arasında bile korkulan bir maddedir. Bu korkuda dozun çabuk tepe noktaya ulaşması ve dolayısıyla olumsuz etkileri de hızla gelişmesidir. Bu etkilere örnek olarak; beden ısısında düşme, konuşmada yavaşlama, ağrı hissinin azalması, kalp ve solunum hızında yavaşlama, yüz kızarması ve kan basıncında artma olarak görülebilir. Asıl korkunç olan ise yoksunluk krizlerindeki acı çeken görüntüler ve kullananların fiziki ve duygu durumuna yansıyan olumsuzluklardan ziyade tamiri çok güç olan beyinde yarattığı yıkımlardır. Sinir sistemi bloke haline gelen insanda beyindeki kimyasal ve bioelektrik sistemde onarılması güç hasarlarda oluşmaktadır. Algı ve reaksiyon süresi yavaşlayan kişide yaşam kalitesi verimliliğin düşmesine bağlı olarak bozulma göstermektedir. Bunların yanında doğrudan eroin kullanımına bağlı organ hastalıkları ve ortak enjektör kullanımından kaynaklanan hepatit, aids, frengi gibi kan yoluyla bulaşan hastalıklarda sıklıkla görülmektedir. Bu genel yapıda sonuç olarak psikiyatrik bozukluklar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Genel

de kullanan grup yoğun depresyonun da eşlik ettiği kişiler ve uyuştucuyu bir yaşam biçimi haline getiren insanlardır. Kullanıcılar içinde bu tip insanlar "canki" olarak adlandırılır ve bu insanların yaşam hedefi uyuşturucu sağlamak haline gelmiştir. Altın vuruş olarak bilinen aşırı doz yüklemesi sonucu gelişen ölüm olayları da daha çok bu grup kullananlar ve bilinçsiz ve kontrolsüz olarak kullananlarda görülmektedir. Aynı zamanda eroin diğer maddelere oranla daha zor bulunan ve pahalı bir maddedir.

KOKAİN

Etkisi alındıktan hemen sonra başlayan ve yaklaşık bir saat kadar süren kokain, kullanan kişide uyarıcı etki yapar. Canlılık, kendini iyi hissetme ve haz duygusunda artma, kendine güvende ve cesarette artma, beden ısısı ve kan basıncında artma, yoğun terleme ve cinsel aktivasyonda artma görülebilir. Kokain kullananlarda sıklıkla saldırgan davranışlar görülür. Paranoid tablolar ve psikoz gözlenebilir. Cilt altında kıpırdanmalar hisseden kişi buna dayanamaz ve cildine zarar verebilir. Burundan alınması burun mukozasında bozulmalara neden olur. Bağışıklık sisteminin bozulmasına bağlı enfeksiyonlar sıktır. Etkisi geçtikten sonra yoğun depresif duygu durumu, durgunluk ve yoğun kaygı yaşantıları ile beraber tolerans düşüklüğüne bağlı agresif davranışlar görülebilir. Doz artımı hızlıdır ve bağımlılık potansiyeli oldukça yüksek bir maddedir. Ayrıca; Goldstein ve Volkow bir yayınlarında, aktif kokain kullanıcılarının FDG PET ile yapılan beyin görüntülemelerinde orbitofrontal kotikal aktivasyonda normal sınırlarından farklı bulgular izlendiğini bildirmişlerdir. (Am J Psychiatry, 2002, 159:1642-1652) (9)

UÇUCU MADDELER

Benzin, tiner, kumaş boyaları, uhu-bally gibi yapıştırıcılar, leke sökücüler gibi maddeler bu gruba girmektedir. Uçucu maddelerin en büyük riski ucuz ve çok kolay ulaşılabilinir olmalarıdır ve denetimi bir hayli zordur. Etkisini çok kısa süre içinde göstermeye başlar. Sarhoşluk hissi, koordinasyon bozulması, baş dönmesi, şaşkınlık ve sersemlik, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama, görsel işitsel ve dokunsal varsanımlar görülebilir. En önemli yan etkileri arasında ise kas zayıflaması, taşikardi(düzensiz kalp çarpıntısı), sindirim sistemi sorunları ve en önemlisi kalıcı beyin hasarı vardır. Yüksek doz alındığında saldırganlık, muhakeme güçlüğü, bilinç bulanıklığı ve koma sonrasında da ölüm vakaları gözlenebilir. Uçucu maddelere hızlı tolerans gelişir. Bağımlılık potansiyeli eroin ya da kokain kadar olmasa da yüksektir.

AMFETAMİN VE BENZERLERİ

Ülkemizde kullanımı yasak olan bu maddeler yasadışı yollarla getirilmektedir. "Speed" adıyla bilinirler. Kilo verdirici ve uyarıcı etkileri vardır. Etkisi devam ettiği süre içinde bilişsel performansı yükselten bu maddelerin bilinen en yaygın yan etkileri yüksek tansiyon ve damar yapısında meydana getirdiği bozulmalardır. Sık kullanımında paranoya tabloları izlenebilir. Yüksek doz kullanımında kokaininkine benzer etkiler göstermekle birlikte etkisi kokainden uzun sürer. Hezeyan, şiddet davranışlarında artma, yönelim bozukluğu gibi yan etkilerinin yanında son nokta koma ve ölümdür. Bu maddelerin toleransı ve bağımlılık potansiyeli orta düzeydedir.

Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin % 30'u tütün kullanımına bağlıdır

BENZODİAZEPİNLER

Ülkemizde yeşil reçete ile satılan ilaçlardır. Uyku hali, gevşeme, kaygı durumunun azalması gibi etkileri vardır. Uzun süreli ve yüksek doz kullanımında bağımlılık oluşturur. Yoksunluk döneminde gerginlik, rahatlayamama, titreme, uykusuzluk, kalp atışında düzensizlik, sinirlilik, bulantı, uykusuzluk gibi etkiler gözlenebilir. Bağımlılık potansiyeli ve tolerans gelişimi düşüktür.

ECSTASY

Eğlence mekanlarında kolay bulunabilen, etki özelliğine göre çok çeşitli adlarla anılan maddelerdir. Etkileri amfetaminler ve halüsinojik maddeler ile benzerlik gösterir. Yarım saat ya da bir saat içinde etkisi görülmeye başlar 4-6 saat kadar sürer. Canlılık, hareketlilik ve enerjide artma, cinsel aktivasyon ve güven duygusunda artma ve algı değişikleri görülür. Alkol ile beraber alındığında etkisinde artış gözlenebilir. İçindeki maddeye bağlı olarak ani ölümler olabilir. Yoksunluğunda baş ağrısı ve dönmesi, yorgunluk, bitkinlik ve boşluk duygusu görülebilir. Karaciğer fonksiyonlarında bozulma, beden ısısında artma ve kan basıncında yükselme de etkileri arasındadır.

ANTİKOLİNERJİK MADDELER

Aktif etki süresinde canlılık hissi ve görsel halüsinasyonlar izlenebilir. Huzursuzluk, sinirlilik, ağızda kuruma, ciltte sıcaklık gibi yan etkileri vardır.

HALÜSİNOJENLER

En tanınanı LSD'dir. Ağız yoluyla alınırlar. Görsel halüsinasyonlar, renk ve koku duyularında keskinleşme, realiteyi yitirme, yönelim bozukluğu, kuşkunun artması, panik duygusu gibi etkileri vardır. Panik atak, yoğun değresif duygu durum, paranoid hezeyanlar ve intihar girişimi gibi yan etkileri görülebilir (4).

Madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar

Alkol ve madde kullanımı hem çabuk hem de yavaş seyreden biçimde çeşitli beyin ve ruh sağlığı hastalıklarına yol açar.

Bunları kısaca sıralayacak olursak;

Zehirlenmeler

Yoksunluk belirtileri

Bilinç bozuklukları

Kalıcı bunamalar

Bellek bozuklukları

Ruhsal bozukluk ve hastalıklar
Duygu durumu bozuklukları
Kaygı bozuklukları
Cinsel işlev bozuklukları
Uyku bozuklukları (5)

• *Biriminizde bu bilgilerin ışığında nasıl bir yaklaşım sergilenmektedir?*
Alkol ve madde kullanım bozuklukları psikiyatri dünyasında hekimin çaresiz kaldığı ve sınırlı imkanlara sahip olduğu hissini veren bozukluklardır. Bu kategoride yer alan kişiler genellikle tedavi edilemeyecek derecede kişiliği bozuk bireyler olarak algılanırlar. Hatta sağlıkçıların arasında bile bu kişiler için gizli bir damgalama yaklaşımı vardır. "Madde kullanım bozuklukları zaten tedavi edilemeyen bozukluklardır, madde alan kişiler genellikle problemli olduklarından uyumları da bozuktur. Dolayısıyla bir şeyler yapmaya çalışalım, ama pek sonuç alınabileceğini sanmıyorum" düşünceleri birçok defa zihinlerden geçmektedir. Hâlbuki iflah olmaz diye nitelendirilen kişilik bozuklukları madde kullananların sadece yüzde 30'unu oluşturmaktadır. Geri kalan yüzde 70'lik kesim tedavi potansiyeli olan kişilerdir. Bu bilginin ihmal edildiği bu yaklaşım tarzı, haliyle tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemekte ve daha yolun başında ümitsizliği körüklemekte, madde kullanım bozukluklarının tedavisinde en önemli etken olan cesareti baltalamaktadır.
Madde tedavisinin birinci kuralı hekimin hastasını iyileştireceğine inanması, hastasına inanması, hastanın da hekimine ve iyileşeceğine inanmasıdır.
Tedavide başköşeyi tutan bu duygusal birlik aşamasını başarıyla geçtikten sonra maddeyle somut mücadele başlamaktadır.

• Mücadelede ekibin öneminden söz eder misiniz?
Maddeyle mücadele her şeyden önce bir ekip işidir. Bir psikiyatri uzmanının yönettiği bu ekibin içinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sanat terapisti, spor uzmanı, müzikterapist, hemşire, hasta bakıcı ve yakın çevreden kişiler yer almalıdır. Ayrıca madde kullanım bozuklukları bedensel hastalıklara ve bozukluklara sebep olduğu için bir dâhiliye uzmanı ve nöroloji uzmanının da danışman hekimler olarak ekipte yer alması gerekmektedir. Böyle bir ekiple madde kullanım bozukluğu içindeki kişi tedavi boyunca yalnız bırakılmamakta ve maddeye yenik düşmesi engellenmektedir. Madde kullanım bozukluğunun tedavisi çoğu zaman bir klinikte başlar, ama hayatın içinde devam eder. O yüzden madde kullanan kişinin klinik dışındaki hayatını tanzim etmek ve gerçek hayattaki mücadelesinde destek olmak tedavi başarısını büyük ölçüde artırmaktadır. Böyle bir ekibin eşliğinde çok önem verdiğimiz güven ve inanma felsefesi içinde madde kullanım bozukluğu için gelen kişileri önce rutin bir değerlendirmeden geçiririz.

Uçucu maddelerin en büyük riski ucuz ve çok kolay ulaşılabilir olmalarıdır

DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ AŞAMALARI

DEĞERLENDİRME AŞAMASI

1. Acil değerlendirme; eğer madde kullanım bozukluğuna bağlı zehirlenme, kalp ve karaciğer bozukluğu, genel durum bozukluğu, deliryum tremens, yoksunluk gibi acil bir durum söz konusu ise ilk değerlendirme acil tedavi birimindeki hekim tarafından hızla yapılır ve kişi ihtiyacına göre yoğun müşahede altına alınır. Bu arada rutin kan ve idrar tahlilleri, gerekirse beyin MR'ı ve ultrason, beyin haritası (kantitatif EEG) tetkikleri yapılır. Dâhiliye ve nöroloji tarafından değerlendirilip girişim gerektiren bir hayati durum olup olmadığı tespit edilir. Eğer kişinin o an ki durumu daha yakın bir gözlemi gerektiriyorsa yoğun bakım ünitesine alınır.

2. Poliklinikte psikiyatrik değerlendirme; acil olmayan şartlarda poliklinikte görev yapan psikiyatri uzmanı, gelen kişiden ayrıntılı bir psikiyatrik hikâye alır ve değerlendirme sonrasında ilgili testleri ve tetkikleri ister. Bu tetkiklerin sonrasında kişide bir yoksunluk ihtimalinin olup olmadığını, hastane ortamında mı ayaktan mı takip etmenin uygun olacağını, nasıl bir tedavi stratejisi izlemesi gerektiğini, kimlerle ve hangi branş hekimleriyle fikir alış verişi yapması gerektiğini tespit eder.
Bu genel değerlendirilme aşamasından sonra özellikle madde kullanım bozukluğu olan kişiler için hazırladığımız tedavi programına başlanır.

TEDAVİ AŞAMASI

A. Biyolojik destek programı;

Hem fiziksel hem de psikiyatrik tedaviyi kapsar. Madde kullanım bozukluğu olanlarda fiziksel hastalık gelişme riski yüksektir. Mesela kokain ve ekstazi gibi sempatik sistemi aktive eden maddeler kalp ve beyin damar hastalıkları, hipertansiyon riskini artırmakta, hatta yüksek doz alımlarda beyin kanaması ve kalp krizine sebep olabilmektedirler. Alkolün ise karaciğer fonksiyonlarını bozduğu ve karaciğer yetmezliğine sebep olduğu herkesçe bilinen bir durumdur. Haliyle bu tür maddeleri kullanan kişilerde kalp elektrosu, nabız-tansiyon takibi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri yapılır ve gerekiyorsa ilaç tedavisi başlanır. Eğer yoksunluk belirtileri varsa, kişinin damar yolu açılır, serum ve vitamin takviyesi yapılır. Mesela alkol kesilmesine bağlı deliryum tremens tablosunda kişinin bilincinde oynamalar, hayati fonksiyonlarında tehlikeler görülür. Bu dönemde damar yolunun açılması, solunum desteğinde bulunulması ve özellikle B1 vitamini (tiamin) takviyesi hayat kurtarıcıdır. Eğer B1 vitamini vermekte gecikilirse alkole bağlı kalıcı bunama tablosu gelişebilmektedir. Bu acil girişimle birlikte hastanın psikiyatrik

ilaç tedavisi de düzenlenir. Psikiyatrik ilaçlarla kişinin rahatlaması, sıkıntısının azaltılması, madde alma isteğinin giderilmesi ve madde kullanımı sonrası oluşan depresyon, kaygı bozukluğu, panik, paranoya, uykusuzluk, iştahsızlık gibi durumların ortadan kaldırılması hedeflenir.

Kişilerin psikiyatrik ve tıbbi değerlendirilmeleri ve tedavilerinin düzenlenmesinin ardından psikolojik ve sosyal desteğe yönelik terapi programlarına geçilir.

B. Psikolojik destek programları;

a. Bilişsel terapiler: Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bir zaman sonra adeta maddenin yarattığı bir kişilik oluşur. Sanki kişinin kendisi gitmiş ve madde kullanan yeni bir kişilik hâkim konuma geçmiştir. Bunun sonucunda kişinin bilişsel algıları bozulmakta, hayata bakış, mutlu olma ve zevk alma duyguları değişmektedir. Sanki madde almadan mutlu olamayacakları, madde sayesinde mutlu olabildikleri, zevk alma unsuru olarak yalnızca maddenin olduğu, maddenin çalışmasını ve günlük aktivitelerini düzenlediği gibi yanlış düşünce kalıpları gelişir. Bu yanlış inanışlardan dolayıdır ki madde kullanan insanlar kendilerini ölümün eşiğine getiren şey madde olduğu halde onu bırakmak istemez, hatta faydalı olduğunu savunacak kadar içgörüsüz bir hale gelir. Bazen de defalarca bırakıp başlamanın etkisiyle artık maddeyi bırakamayacakları şeklinde bir inanç gelişir ve bırakma konusundaki cesaretlerini iyice kaybederler. Bilişsel terapilerle kişide oluşan bu yanlış düşünce kalıpları düzeltilmeye ve içgörü kazandırılmaya çalışılır.

b. Davranışçı terapiler: Madde kullanan kişiler bırakma aşamasında özellikle yoksunluk dönemlerinde dayanamayıp istemeyerek de olsa tekrar madde alırlar. Buna sebep aşerme dediğimiz yoğun madde alım isteğidir. Bu isteğin ilaçlarla azaltılmasına, kişinin bu dönemde kendisine hâkim olmasına yardımcı olunur, ancak davranışçı yaklaşımlarla da desteklenme zorunluluğu vardır. Kişinin bu dönemde maddenin yerine geçebilecek bir alana yönlendirilmesine gayret edilir ve madde almaması için ne gibi davranışların geliştirilebileceği tespit edilir.

c. Psikoteknik uygulamalar: Neurobiofeedback (sinirsel ve bedensel geribildirim tekniği); maddenin bırakılması ilk dönemlerde aşırı bir stres ve gerginlik oluşturmaktadır. Stres anında vücutta deri direncinin artmasına bağlı olarak uyuşma ve karıncalanma, deri ısısının düşmesine bağlı olarak ellerde ayaklarda üşüme ve soğuk terleme, kaslarda kasılmaya bağlı olarak gerginlik, kasılmalar, kramplar ve baş ağrıları, kalpte hızlanmaya bağlı olarak çarpıntı ve nabızda artma, damarlarda büzüşmeye bağlı olarak kan basıncında yükselme gibi fiziksel değişiklikler oluşmaktadır. 'Neurobiofeedback' sinirsel ve bedensel geribildirim anlamına gelmektedir ve beyin dalgalarındaki ve bu bahsedilen fiziksel değişikliklerdeki geribildirime göre hareket eden bir yöntemdir. Kas kasılması olduysa gevşemeye, deri direnci arttıysa azaltmaya, deri ısısı azaldıysa yükseltmeye, kalp hızı arttıysa düşürmeye yönelik manevralar belirlemede ve bunları hastanın kendi başına günlük hayatta, stresli durumlarda

Ergenlerin kontrol edilemezlikleri bağımlı olma konusunda çok büyük risktir

kullanmasını sağlamada kullanılır. Bu fiziksel parametreleri normale getirmek için kullanılan kısmına 'bio-feedback' yani bedensel geribildirim, stres anında gelişen elektriksel beyin değişikliklerini normale getirmek için kullanılan kısmına ise 'neuro-feedback' yani sinirsel geribildirim adı verilir. İki yöntemin birlikte kullanıldığı şekline de 'neurobi-ofeedback' denilmektedir. Maddeyi bırakamama ve tekrar alma sebeplerinden en önemlisi bırakma döneminde ortaya çıkan sıkıntının kontrol altına alınamamasıdır. Bu durumda ortaya çıkan sıkıntı bulgularının bilgisayar ortamında azaltmaya yönelik manevralarla düzeldiğini gören kişinin hem cesaretinin artmakta hem de sıkıntısını kontrol etmeyi öğrenmektedir.

RehaCom (Kognitif Rehabilitasyon): Bu yöntem de beyin fonksiyonlarındaki bozulmalara bağlı olarak ortaya çıkan dikkat kusurlarını düzeltmede etkilidir. Bir manada bozulmuş dikkatin yeniden eğitilmesi ve yeniden geliştirilmesi için hazırlanmış bir yöntemdir. Madde kullanım bozukluklarında, madde kullanımı ile ilgili olaylara, nesnelere, ortamlara, isimlere karşı bir dikkat artışı olur. Kişi bir türlü dikkatini maddeden alamaz. Maddeye yoğunlaşma ve maddeyle aşırı uğraş kişiyi maddeye yönlendirir. Sonuçta başarısız bırakma girişimleri söz konusu olur. Bu meyanda RehaCom çok etkili olmakta ve kişinin dikkatini olması gereken nötr hale getirmeye çalışır. Madde düşüncesiyle kirlenmiş dikkati bir manada temizler ve dikkati madde harici alanlara yönlendirebilme becerisini geliştirir. Bu psikoteknik uygulamaları hızla madde tedavisinde yerini almaya başlamıştır. ABD ve Avrupa'da yıllardır uygulanmaktadırlar. Beyin rehabilitasyon programları diyoruz buna. Maddenin beyinde yarattığı biyolojik etkiyi gidermektir buradaki amaç. Bir bağımlılık türü beyinde özellikle dikkat şebekelerinde disfonksiyona neden olur. Gereğinden fazla uyarılan ya da uyarılması gerekirken inhibe edilen beyin ritmini yitirir ve yorulur. Madde aldığımız durumda, maddenin etken maddesine göre beynimizdeki etkisi de değişiyor. Nöron alışverişindeki düzeni bozuyor. Bağımlılık yaratan maddeye, mesela alkole maruz kalan sinir hücreleri hareket yeteneğini kaybeder.Sonuç olarak bioelektrik ve biokimyasal ileti düzeninde aksamalar yaşanır. Kişi kendisini anlatamaz, söyleneni anlayamaz ve giderek öfkelenir. Madde kullanan insanların öfkeliliği vardır. Biz bu sistemde orada bozulan ritmi yerine koymaya çabalıyoruz. Beyne kondisyon çalışması yaptırıyoruz.

Rehabilitasyona yönelik terapiler:

Meşguliyet terapileri (Ergoterapi): Meşguliyet terapileri boş zaman etkinlikleri olarak tanzim edilir. Yoğun madde alma düşünceleriyle meşgul olunmasını engelleme ve moral takviyesi için uygulanırlar. Kişiye uygun aktivitelerden boyama, heykelcik veya süs eşyası yapma, küçük atölye araçları sayesinde oyma ve ahşap eşya yapma gibi etkinliklerdir. Hastanede yatan bireyler için bir ergoterapi uzmanının kontrolünde her gün 1 saatlik seanslar uygulanır. Bazı ölçekler vasıtasıyla performansları ölçülür. Bu meşguliyet faaliyetlerinin hastane sonrasında da sürdürülmesi için planlar yapılır.

Sanat terapileri: Ebru, resim, heykel gibi sanatlara yatkınlığı olan bireyler bir sanat terapisti tarafından en az haftada 2 saatlik seanslara alınır. Bu seanslarla bir yandan kişinin iç dünyasında yaşadığı karmaşalar, çelişkiler, çatışmalar tespit edilirken öte yandan rehabilitasyon ve rahatlama imkanı yaratılmaya çalışılır.

Müzikterapi (Müzikle tedavi) (6): Müzikal etkinlikler kişilerin maddeyi bırakamayacakları, bırakırlarsa mutlu olamayacakları şeklinde saplantılarına çok etkili olmaktadır. Madde bağımlısı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada dans terapisinin tedavi ve rehabilitasyon açısından faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Dansın kendine güveni artırıcı etkisinin olduğu tespit edilmiş, bunun da, kişilerin maddeyle mücadelelerinde daha güçlü olmalarına fırsat verdiği düşünülmüştür. 1983 yılında yapılan bir diğer çalışmayla, müzikle tedavinin bağımlılıkla yüzleşme, tahammül etme, içe çekilme ve yetersizlik korkusunda azalma, uyumlulukta artma için bir çözüm yolu sunduğu ortaya koyulmuştur. Madde bağımlılarında bir diğer önemli konu olan motivasyonun ve tedaviye uyumun sıklıkla tehlikeye girmesidir. Uzun bir süreç olan madde tedavisinde zaman içinde kişide bireysel terapi, grup terapisi, ilaç ve yeni bir çevrede bulunma girişimlerine karşı direnci gelişmektedir. Bu direnç dönemlerini başarıyla atlatabilen kişiler maddeyi bırakmaya muvaffak olabilmektedirler. İşte müzikle tedavi, bu durumlarda güçlü bir tedavi yaklaşımı olabilmektedir. 1992 yılında Heany adlı araştırmacının yaptığı bir çalışma göstermiştir ki, madde bağımlılığında müzik ve sanat terapisi yaklaşımları, bireysel terapi, grup terapisi, ilaç ve yeni bir çevrede bulunma gibi diğer girişimlerinden daha zevkli ve bir o kadar da etkili bulunmuştur. Ayrıca bu tedavi yöntemlerine devam edilmesinin motivasyonu artırıcı olduğu belirlenmiştir. Bu türden aktivitelerin alkol içme davranışını da etkilediği ve alkol tüketimini %30 azalttığı gözlenmiştir. 1970 yılındaki yapılan bir çalışmada, LSD tedavisinde müziğin etkisi incelenmiş ve özellikle dinî müzik, aşk türküleri, romantik şarkılar gibi bilinen ve kişinin kültürüne yakın müziklerin dinletilmesi çok etkili bulunmuştur.

- *Alkol ve madde tedavisinden sonraki nükslerin önlenmesinde müzikle tedavi etkili bir yöntem mi?*

Madde bağımlılığında en önemli konu tekrar madde alımının, yani nükslerin çok sık olmasıdır. Tedavi edilebilen kişiler bile birçok tekrarlamadan sonra maddeyi bırakabilmişlerdir. Nükslerde en önemli etkenler; kişinin maddeyle karşılaşmadan önce yeterince hazırlıklı olamaması, yoğunlaşamaması, bu durumlarda neler

Müzik stresi azaltma ve sosyal çevre değişikliği için fırsat oluşturur

yapabileceği konusunda iyi eğitilmemiş olması ve gerekli sosyal düzenlemenin yapılamamış olmasıdır. Müzikle tedavi sonrasında beceriler ve destek artırılabilmekte ve kendine güven geliştirilebilmektedir. Böylece madde ile karşılaşıldığında ortaya çıkacak zorlukların giderilmesi için, çok yönlü ve uyum sağlayıcı bir tedavi imkânı sağlanmaktadır. Müzikle tedavi, madde kullanımı için uygulanan hastane tedavisi ve rehabilitasyon programının ardından, kişinin bir daha madde alımını engellemek için günlük hayata başarılı ve sakin bir şekilde geçişine fırsat tanımaktadır. Madde bağımlıları genellikle toplumda istenmeyen, ilişkiye girmekten kaçınılan insanlardır. Kendi aileleri, akrabaları, yakın çevreleri, arkadaşları tarafından dışlanmaya maruz kalan, hatta korkulan insanlardır. Madde bağımlılığı öncesinde çok saygın olan, itibar gören kişi; bağımlılık sonrası ailedeki küçük çocukların bile dalga geçtiği, önemsemediği bir insan haline gelebilir. Bu durum kişinin toplumdan uzak kalmasına, yalnızlığa itilmesine, özsaygısının ve kendilik algısının azalmasına sebep olmaktadır. Sonuçta bir yandan toplumun tecrit etmesi, öte yandan yalnızlığın tercih edilmesi kişiyi hızla maddeye itmekte; haliyle onu, madde bağımlılığından kurtulmada çok önemli olan sosyal destekten mahrum bırakmaktadır. Müzik bu hastalarda sözel olmayan iletişimi ve paylaşım duygusunu artırır. Nitekim alkolizm tedavi merkezinde bir müzik aleti eşliğinde şarkı söylemenin tedavideki etkinliği incelenmiş ve içe kapanmış alkoliklerde grup etkinliğine katılımın arttığı tespit edilmiştir.

Madde bağımlılığı tedavisi gören insanların tedavi kürü sonrasında yalnız kalmaları boşluk duygularını artırıp maddeye dönmelerini kolaylaştırmaktadır. Bu yüzden bağımlının tedavi sonrası süreçte yalnız kalmasına, sıkıntı yaşamasına fırsat verilmemeli ve bunun için gerekli etkinlikler düzenlenmelidir. Bu meyanda oluşturulan korolar, müzik aleti eğitim grupları çok etkili olmaktadır. Müzik stresi azaltma etkisinin yanında, sosyal çevre değişikliği için de fırsat oluşturmaktadır.

Alkoliklerde müzikle tedavinin; var oluşsal ve duygusal açıdan kendini ifade etme, kendine güven ve iletişim üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada; müzikle tedavi seanslarının kişilere bir maddeye ihtiyaç duymaksızın duygularıyla başa çıkma yollarını öğrettiği gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bağımlıların %75'inde müzikle tedavinin iyileşme için uygun bir tedavi aracı olduğu tespit edilmiştir. Mutluluk, sevinç ve zevk alma duyguları artarken, suçluluk, üzüntü, itimatsızlık duyguları azalmıştır (Jones 1998).

Müzikle tedavi ve müzik, bağımlı kişilerin duygularına ulaşmada ve onları açığa çıkarmada etkilidir. Bir müzik çalışmasına ritim aletleriyle eşlik etmek, ifade edilen

duyguların yoğunluğunu artırmaktadır. Sanatın ve müziğin kullanıldığı aktivitelerde, diğer terapi yöntemlerinden daha çok duygusal yoğunluk yaşanır ve daha çok duygu şekillendirilir. Madde kullanım sorunu olan kişilerin iç dünyalarının derinliklerinde, ifade edilemeyen ruhsal acıların ve ihtiyaçların olması söz konusudur. Müzikle tedavi bunları yüzeye çıkarmada ve uygun bir şekilde müdahale etmede çok başarılı olmuştur. Özellikle şarkı yazma ve şiir yorumlama, seanslar esnasında kişilerin duygularını ortaya çıkarmada başarılı bulunmuştur. Şarkı yazma veya şiir yorumlama etkinlikleri, sosyal iletişimi artırmakta, kişinin özgüvenini geliştirmektedir. Ergenlerde uyuşturucu kullanımına yatkınlığı artıran sebepler arasında, yeterince bilgi sahibi olmamak yatmaktadır. Bilgilendirmenin, eğitmenin, bilinçlendirmenin madde kullanımını azalttığı bilinmektedir. Madde kullanımı olan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, alınan maddeyle ilgili şarkılar seçilmiş, kaydedilmiş ve sözleri yazılmış. Sonra bu şarkılar, ergenlere dinletilmiş, yazdırılmış; şiirler de yorumlatılmış. Bu sayede, ergenlerin maddelerle ilgili konuları anlamalarına yardımcı olunmuş ve kontrol kaybı, fiziksel yıkım, bağımlılık artışı gibi sorunların farkına varmaları sağlanmıştır. Müzikle tedavi sayesinde, ergenler günlük stresle başa çıkmanın alternatif yollarını öğrenmişler ve uyuşturucu konusunda bilinçlenmişlerdir. Gevşeme eğitimi, şiir yorumlama ve şarkı yazma gibi müzikle tedavi girişimleri duygudurumu olumlu şekilde etkiledikleri gibi zihinsel performansı da artırmaktadır. Madde bağımlılarında maddenin bırakıldığı aşamalarda en önemli problemin, aşırı içme duygusunun yarattığı kaygı ve sıkıntılar olduğundan bahsetmiştik. Müzikle tedavide uygulanan hayal kurma ve gevşeme teknikleri, madde bağımlısı olan kişilerde hem kısa vadede hem de uzun vadede algılanan stresi ve bunaltıyı azaltmakta etkilidir. Stresin ve sıkıntının azaltılması, maddeyi bırakmadaki başarıyı etkileyen en önemli parametredir. Eğer kişiye bu sıkıntılı devrede yardımcı olamazsanız maddeye gidişini önlemeniz neredeyse imkânsız hale gelir. Bu yüzden uzman sık sıkgevşeme eğitimi vermeli ve bağımlının bunu seans harici zamanlarda da kullanmasını sağlamalıdır. Müzikle tedavi kişinin kendilik kavramını düzeltir ki madde bağımlılarında kendine güven ileri derecede azalmıştır. Çoğunda artık işe yaramayacakları, ömürlerinin böyle geçip gideceği inancı gelişmiştir. Araştırmalarda görülmüştür ki müzikle tedavi işe yarama duygusunu yeniden uyandırmakta, unutulmuş olan birey olma idrakini yeniden oluşturmaktadır. Madde bağımlıları kendileri ve çevreleri için bir şeyler üretebilmek için maddenin şart olduğuna inanırlar. Bu yüzden madde alabilmek maksadıyla kendilerini toplumdan geri çekerler. Madde bağımlılarında görülen sosyal geri çekilmeyi ortadan kaldırmak için şiir ve ritim içerikli doğaçlama yöntemi kullanılmıştır. Böylece katıldıkları etkinlikler sayesinde elde ettikleri kazanımların, kaybettiklerini düşündükleri şeylerden çok daha fazla olduğu kendilerine gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalar ışığında görüyoruz ki müzikle tedavi duygusal boşluklarını maddeyle doldurmaya çalışan bağımlılar için, maddeye karşı güçlü ve etkili bir alternatif olmaktadır. Bu da tedavide başarı şansını artırmaktadır. Hastanemizde uygun olan hastalar için haftada iki seans müzikterapi seansları tertip edilmektedir. Ayrıca her hasta için müzik saatleri oluşturulup bu saatlerde kişilerin eğlenmeleri, şarkı söylemeleri, şarkı dinlemeleri, oynamaları, dans etmeleri sağlanmaktadır.

Güvenli alkol limiti yoktur, araç hiç alkol almadan kullanılmalıdır

C. Sosyal destek programları;
Sosyal terapiler: Kişinin hastanedeki arındırma tedavisinden sonra hayatında yeni bir sayfa açması ve kendisi için güvenli ve huzur verici bir ortam oluşturulması çok önemlidir. Bunun için hastane ortamında kazandırılmış beceriler, sanat ve meşguliyet faaliyetlerinin yardımıyla boş zaman etkinliklerine yönlendirilir ve kişinin çevresine yönelik bilgilendirme ve rehabilitasyon etkinliklerine başlanır. Hasta yakınlarına madde ile mücadele seminerleri tertip edilir, grup terapileri için gruplar oluşturulur. Ayrıca belki de en önemli etkinlik olacağını düşündüğümüz 'hastanın arkadaşlarını bilgilendirme, rehabilite etme ve gerekirse grup etkinlikleri içine dahil etme' programı tertip edilir. Çünkü madde kullanımı beraberinde bir kültür halini almakta, ona göre bir çevre oluşmaktadır ve bu çevre yeniden içmeyi teşvik edici olmaktadır

Bu maddeler; ağız yoluyla, enjekte veya inhale edilerek alınabilirler. Alkol ve nikotin, kullanımı en yaygın olan psikoaktif maddelerdir. Marihuana ve kokain kullanımında 1993 yılından itibaren anlamlı artış gözlemlenmektedir. Alkol kötüye kullanım ve bağımlılık yaşam boyu yaygınlık oranı %13.8, madde kötüye kullanım ve yaşam boyu yaygınlık oranı ise %6.2 olarak saptanmıştır. Psikoaktif madde kullanım yaşı 6'ya kadar düşmüştür. Erkekler kadınlara oranla 2 kat daha fazla kullanım yaygınlığı göstermektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında genetik etmenler risk oranını 3-4 kat artırmaktadır.

- *Tedavileri tekrar özet olarak değerlendirmek gerekirse neler söyleyebilirsiniz?*

Alkol madde bağımlılığında tedavinin üç ayağı var. Birincisi geleneksel tedavi bünyesinde biyolojik yaklaşım, devamında psikolojik ve sosyal terapiler var. Madde bağımlılığına beynin bir hastalığı olarak baktığımız için biyolojik tedaviyi daha çok önemsiyoruz. Eskiden, 'ilaçları verelim, terapiyi de yapalım ne olursa olur' mantığı vardı. Terapi destekliyordu hastayı çünkü. Bunların da değeri var ama yaptığınız bir etkinliğin ne zaman, nasıl ve ne derece devreye gireceğini iyi ayarlamak gerekir. Çünkü madde tedavisinde ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde psikoterapi zamanlamasında yanlışlar yapılmaktadır. Mesela bacak kemiği kırılan bir insana kemiği kırıkken yürüme egzersizleri yaptırmak ne kadar saçmaysa ve zararlıysa bir insanın beynindeki biyokimyasal ve fonksiyonal sorunu çözmeden terapi yapmak da o derece saçma ve zararlıdır. Bacağı kırılan bir insanı yürümeye zorlamanın yeni bir kırık riskini ve mevcut kırığın büyüme riskini artıracağını düşünürsek, beyin biyokimyası bozuk birine yapmakta zorlandığı davranışçı ve bilişsel yönlendirmelerin yapılması psikiyatrik durumu kötüleştirecek, kişinin özgüvenini ve iyileşme inancını sekteye

uğratacaktır. O nedenle terapi mutlaka yapılmalı, ama zamanlaması iyi belirlenlenmelidir. Alkol ve madde alanında çalışmaya başladıktan sonra hekim olarak kendime 'ilaçları verdiğimiz, terapi yaptığımız halde neden madde tedavisindeki başarımız düşük" sorusunu çok sordum. Geleneksel yaklaşımdaki eksikliklerimizi tespit etmeye çalıştım. Sonuçta iki öneli eksikliğin olduğunu gördüm. Birincisi biyolojik tedavi ayağının yetersiz olmasıydı. Biyolojik tedavi ilaç tedavisinden ibaret görülüyordu. İkincisi yapılandırılmış bir terapi programına başlama zamanının iyi belirlenememiş olmasıydı. Bu iki eksikliği nasıl gideririz sorusunu cevaplamaya çalıştık ve bir tedavi protokolü hazırladık. Protokolün ilk aşamasında kişinin beyin fonksiyonlarını ve yapısal durumunu değerlendiriyoruz. Bunun için kantitatif EEG ve nöropsikolojik test değerlendirmesi yapıyoruz. Bu tetkikler madde bağımlısının beyin kondisyonunu ortaya koyma açısından bize değerli bilgiler veriyorlar. Biz bu değerleri takipte kriter olarak kullanıyoruz. İleri derecede fonksiyon bozuklukları tespit edilenlerin beyin MR'ını da görüyoruz. Çünkü özellikle alkol bağımlısı olan bireylerde beynin ön bölgelerinde, hipokampus adı verilen bellek alanlarında volüm kayıplarına sıklıkla rastlanmaktadır. Bu, çalışacağımız programı belirlemek açısından da önem arz etmektedir. Alkol ve madde insanların muhakeme, anlama, kavrama, karar verme ve zekayı kullanma becerilerini geriletir. Ayrıca dürtü kontrolü de bozulmakta, kişi iradesini kullanamaz hale gelmektedir. Bu tespitlerin ışığında öncelikle kimyasal destekle biyolojik tedaviye geçiyoruz. Fonksiyon kayıplarını giderecek antidepresan, duygudurum düzenleyici, sıkıntıyı azaltıcı, dürtü kontrolüne yardımcı ve düşünce bozukluklarını düzeltici ilaçlar başlıyoruz. Fonksiyon kaybı ve özellikle beyninde volüm kaybı bulunan hastalara "beyin kondisyon çalışması" adını verdiğimiz bir uygulamayı ilaca ilaveten başlatıyoruz. Dünyada "frontal rehabilitasyon" diye de adlandırılan bu yöntemde, bilgisayarlı modüller yardımıyla belli seviyeleri içeren dikkat, konsantrasyon, anlama, algılama ve muhakeme çalışmaları yapılmaktadır. Sıfırdan 25'e kadar seviyelendirmenin yapıldığı bu çalışmada her bir üst seviyeye geçiş bize hastanın beyninin güçlendiği, kondisyonunun arttığı bilgisini vermektedir. Bazı hastalar günlerce aynı seviyede kalıp bir zaman sonra hızla yüksek seviyelere çıkmakta, bazıları da çok kısa sürede yüksek performans gösterebilmektedir. Bunu ben bir sporcunun ağırlık çalışmasına benzetiyorum. Sporcular bir ağırlıkla başlarlar ve kasları güçlendikçe bir üst ağırlığa geçerler. Sonuçta istenilen ağırlığa, kas gücüne ve kondisyona kavuşmuş olurlar. İşte "beyin kondisyon çalışması" beyni istenilen kapasiteye getirmek için planlanmakta, kondisyonu artan beynin muhakemesinin, algılamasının, dikkat ve konsantrasyonunun ve belleğinin güçleneceği prensibine göre çalışmaktadır. Ayrıca kaygıyı azaltmaya yönelik "neurobioofeedback" yani"sinirsel ve bedensel geribildirim" yöntemi de ihtiyaca göre ilave edilebilmektedir. Bu yöntem de kişinin sıkıntı anındayken bedenindeki değişimleri görmesine ve bunları azaltacak manevraları görerek yapmasına imkan vermektedir. Hasta belli bir kimyasal destek ve kondisyon aşamasına geldikten sonra yapılandırılmış terapi yöntemlerine geçiyoruz. Bilişsel ve davranışçı terapiler, sosyal düzenleme, aile eğitimi gibi programlarla tedaviye devam ediyoruz. Bu uygulamaları genellikle bir klinik ortamında başlatıyoruz ve sonra dışarıda yoğun bir şekilde devam ettiriyoruz. Özetlersek 15-20 günlük bir temizlenme, tıbbi destek ve ilaç düzenlemesi periyodundan sonra çıktıktan sonra beyin kondisyon çalışmasına başlıyoruz. Bunun için çıkıştan sonraki

Çocukluk döneminde her isteği karşılananlar, yetişkin olduklarında çevreye bağımlılık geliştirebilirler

ilk 15 gün hergün, 2. 15 gün haftada 3 gün, 3. 15 gün haftada 2 gün, sonra haftada bir, 2 haftada bir, ayda bir şeklinde programı devam ettiriyoruz. Gerekirse 3 veya 6 ayda bir beyin fonksiyon testlerini tekrar ederek hastanın tedavide ne aşamaya geldiğini gözleyebiliyoruz. Nükslerin en sık yaşandığı zaman hastane sonrası ilk üç aydır. Bu aylarda aileyle yoğun bir iş birliği içine giriyoruz, gerekirse hastanın 24 saat gözetim altında tutulmasını sağlıyoruz. Bunun için imkanı olan hastalar güvenlik şirketlerinden eleman bularak bunu yapıyor, olmayanlar da çok yakın akrabalarında birinin yardımına başvuruyorlar. Bu kişi hastanın yoksunluk dönemlerinde kaçmasına, tedavi müdahalesinin derhal yapılmasına yardımcı oluyor. Maddeyle mücadele büyük bir iştir. Bunu başaranlar emin olun büyük bir savaşı kazanmış oluyorlar.

Bağımlıların ortak noktaları

* Hayatlarının bir döneminde travma olması
* Madde kullanımı mutlaka bir olayla başlıyor ve genellikle de bir ayrılık öyküsü oluyor
* Hemen hepsi madde ve alkol kullanımı öncesinde çok başarılı insanlar, işlerini çok iyi yapan, saygın ve mükemmelliyetçi insanlar
* Hepsinde kontrolsüz cinsel yaşantılar var (madde alımı sırasında)
* Normalde herkes iradesiyle davranır ve orta noktayı bulur ama onlar yapmakla yapmamak arasında karar vermek yerine ya hep ya hiç diye yaşayan insanlar ve her iki ucu da yaşayabilirler.
* Herşeyi uçlarda yaşıyorlar

Kimyasal olmayan bağımlılıklar

Bu tür bağımlılıklarda tıpkı diğer bağımlılık türleri gibi bir duruma bir olaya ya da bir olguya yönelik aşırı eğilim ve gereksinime dayalıdır. Biz bu bölümde aslında çok geniş olan bir alanda gençlerin sıkça yaşadığı birkaç başlığı irdeleyeceğiz.

Sosyal bağımlılıklar

Çok geniş bir kavram olan bağımlılığın ayaklarından biri de sosyal bağımlılıktır. Sosyal bağımlılıklar belki de fizyolojik etki yoksunluğundan dolayı hem tespit edilme aşamasında hem de tedaviye başlama aşamasında göz ardı edilen durumlardır. Daha çok erken çocukluk dönemi bireyselleşme süreci ve yine o dönemde çok büyük önem taşıyan benliğe ve çevreye güven mekanizmasındaki gelişim sorunları; bireyi inisiyatif almada

tedirgin, sorumlulukların yerine getirmede çekinik bir kişiliğe itebilir. Erken çocukluk dönemindeki yanlış ya da eksik yapılanma ergenlikte giderek pekişir ve gelişmekte olan kişiliğin bir parçası haline gelir. Sonuç olarak düşünen, tasarlayan fakat ortaya ürün çıkarmada yetersiz, başkalarına gereksinim duyan, kişilik kaynaklarını verimli kullanamayan, kendisini idame ettirebilmek için başkalarının yönlendirmesine mutlak bir ihtiyaç hisseden, ifade güçlüğü çeken bir yapı ortaya çıkar. Bu insanlar mükemmeliyetçi olsalar bile bir işi istedikleri gibi başaramayacakları kaygısıyla strateji oluşturma ve hedefe yönelme konusunda başarısız olabilirler.
Sosyal bağımlılıkları olan kişiler istekleri ve beklentileri karşılandığı sürece son derece uyumlu görünebilir, aksi takdirde agresifleşebilirler. Hataya toleransları düşük olabilir. Genelde eleştiriye kapalı olurlar. Eleştiriyi yapıcı bir unsur olarak algılamayıp, kişilik sınırlarının ihlali, kişiliklerine yönelik saldırı olarak görür ve kompleksif savunmalar gösterirler. Bağımlılığı çocukluk döneminde isteklerinin karşılanması yoluyla beslenen bireyler, birer yetişkin olduklarında çevreye bağımlılık geliştirebilirler. Kişiliğin diğer boyutlarında da zayıf kalmışlarsa çeşitli illegal grupların hedefi (potansiyel maşa) haline gelebilir ve ciddi bir suça eğilim riski taşıyabilirler.

Kumar bağımlılığı

Kumar oynamayı belki de en çekici kılan yanı yaşattığı yoğun heyecan ve kuvvetli kazanabilme umudu olsa gerektir. Kendisine bağlayan neden ise bu heyecandan duyulan haz ve kaybederken bile kazanacağını umut edebilmek. Psikolojik anlamda ele aldığımızda ise kumar, ne bir hobi ne de bir oyundur. Temelde bir dürtü kontrol sorunudur. Sonuç olarak kumar bağımlısı da dürtü kontrol bozukluğu yaşayan biridir. Genç kuşak insanlarda yaşamlarında heyecana verdikleri önem ve dürtü kontrolünde yetişkinlere nazaran daha zorlanmaları nedeniyle kumar eğilimi açısından en riskli grubu teşkil etmektedirler. Unutulmaması gereken çok önemli bir nokta ise gençlerin çoğunlukla büyük paralar ile masa başında zaman harcamadığı daha büyük ölçekli legal veya illegal oyunlar ya da kendi aralarındaki bahislerdir. Günümüz gençliği için ise en büyük tehdit internet kanalı ile ulaşabildikleri illegal bahisler ya da resmi olarak oynanan ancak kontrolsüz olan bahislerdir. Bu bahisler futboldan at yarışına, tenisten basketbola tüm dünyada büyük izleyen kitlesine sahip spor aktiviteleri ile ilgili olduğu kadar siyasi tahminlerden doğa olaylarına kadar birçok gençlerin ilgili ya da ilgisiz olduğu bir yelpazeye yayılmıştır. Burada gençleri bekleyen asıl tehlike; başlarda harçlıklarından ayırdıkları küçük paralar ile oynamayı, ellerine para geçtikçe miktarı artırarak ya da paralarını birleştirerek daha büyük miktarlarda devam etmeleridir. Tabi bunun yanında heyecan arayışlarını tatmin için sorumluluklarını ertelemeleri, zamanlarının ve emeklerinin büyük kısmını bahisleri takip için ayırmaları gibi diğer bütün bağımlılıklarında tanımı içinde yer alan günlük işlevselliklerini de yitirmeleridir. Gençleri kumar pençesine kaptırmamak adına alınabilecek önlemler ve hamleler son derece önemlidir ve fazla zaman geçirmeden de uygulamaya sokulmalıdır. Bu önlemlerin başında ise doğruya ve dürüstlüğe inancı canlı tutmaya ve verimli kaynak kullanımına dayalı eğitimlere yönelmek gerekmektedir, İlk adım olarak legal oyunların çok daha kontrollü hale getirilmesi ve illegal oyunlara ulaşmanın zorlaştırılması anlamlı bir uygulama olacaktır. Daha sonraki aşamada ise hırsın kontrolünü kazanmanın

Yanlış teknoloji kullanımı otorite, aile ve arkadaşlar ile olan ilişkileri doğrudan etkiler

temelini oluşturduğundan hareketle emek harici kazanılanların değersizliği yönünde eğitmek ve doğru şekilde kaynak kullanımının yararlılığını görebilecekleri yaşantı ortamlarını hazırlamak hatta onlarla birlikte yaşamak gelişimleri için son derece faydalı olacaktır. Heyecan ve haz duygularının tatmini ve kazanma güdüsünün doğru gelişimi için de bireysel ya da toplu faydalanabilecekleri yetenek ve ilgilerine uygun sosyal destek programlarına dahil olabilmeleri için yönlendirmek gerekmektedir. Bunlara ise bilim proje çalışmaları, müzik, edebiyat, bireysel ya da takım sporları, toplum için faydalı kuruluşlara üyelik (Arama kurtarma ve sivil savunma gibi) örnek gösterilebilir.

Teknoloji bağımlılığı

Devamlı ve baş döndürücü bir hızla değişen ve gelişen teknoloji, coğrafi ve kültürel uzaklıkları aynı hızla ortadan kaldırmakta ve günümüz insanının gelişim portresini şekillendirmektedir. Dolayısıyla günümüz insanının teknolojiye bağımlılığı da gün geçtikçe artış göstermektedir.
Teknolojik bağımlılıklar, insan-makine etkileşimini içeren ve kimyasal olmayan (davranışsal) bağımlılıklar olarak tanımlanır. Bu bağımlılıklar pasif (televizyon) ya da aktif (bilgisayar) olabilir. Etkileşim genellikle, neden olan ya da pekiştiren özellikleri (ses ve renk efektleri, aksiyon, olay sıklığı...) içermekte ve bu özellikler bağımlılık eğilimini artırabilmektedir.

Teknolojik bağımlılıklarda ele alınan bazı ana bileşenler şunlardır:
Dikkat çekme, duygu durum değişikliği, tolerans geliştirme, geri çekilme belirtileri, çatışma ve nüksetme...
Teknoloji kullanımının kişisel gelişimde "bilgiye hızlı ulaşmak, bilgisayarla tanışmak ve kullanımını öğrenmek" gibi olumlu yönlerinin olduğuna şüphe yoktur. Ancak bunun yanında "internet ya da televizyon bağımlılığı, sosyal izolasyon, özellikle şiddet ve pornografik yayınlara ulaşabilme" gibi kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyen yönlerinin de olduğu göz ardı edilmemeli ve bu etkilerinin üzerinde hassasiyetle durulmalıdır.
21. yüzyıl insanı yaşamında hızla gelişip yayıldığını söylediğimiz teknolojik enstrümanlardan kaçmak ise kesinlikle çözüm değildir. Doğru kullanımlarda gelecekte yaşayacak olan bugünün gençleri ve çocukları için de işlevsel donanımlar olacaktır. Araştırmalar göstermiştir ki batı toplumlarında kariyer rekabeti içinde teknoloji kullanımı hatırı sayılır bir avantaj olarak görülmektedir. Pew İnternet and American Life Project'in 2001 yılında yapmış olduğu çalışmanın sonuçları Amerika Birleşik Devletleri'nde lise çağı gençlerinin %20'si 5-8 yaşlarında bilgisayar kullanmaya başlamaktadır. Aynı yıl

yapılan bir başka araştırma da ise 12-17 yaş aralığında yaklaşık olarak 17 milyon genç internet kullanmakta olduğu ve interneti hayatlarının önemli bir parçası olarak nitelediği sonucuna ulaşılmıştır (Lenhart, 2001). aynı araştırmanın bir diğer sonucu da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ebeveynlerin %55'i çocuklarının ilerideki yaşamlarında başarılı olabilmeleri için bilgisayar ve internet kullanımını bilmelerinin şart olduğunu belirtmeleridir. 1997 de Gallop'un yaptığı bir araştırmaya göre ise 13-17 yaş arası gençlerde cinsiyetlere göre kıyaslama yapıldığında erkeklerin kızlara oranla daha fazla video oyunu oynadıkları tespit edilmiştir. Teknoloji bağımlılığının bilgiye kolay ve hızlı ulaşmak, sanal tecrübeleri gerçek hayata aktarmanın prova alanı halinde yaşamak, öğrenirken eğlenmek eğlenirken de öğrenmek gibi olumlu etkilerinin yanı sıra ergenlik dönemi gelişim parametlerinde yarattığı olumsuz etkilere de kısaca değinelim.

Fiziksel gelişime etkileri: Günümüz itibariyle yeterli düzeyde araştırma verisi bulunmamakla birlikte uzun süre monitör ya da ekran başında kalmanın obezite'nin destekleyicisi olan çevresel faktörlerden olduğu gün geçtikçe ağırlık kazanan bir görüştür. Yeterli fiziksel hareketlilik olmadığı için kalori yakımı düşük seviyede kalmakta ve kilo alımı artmaktadır. Uzun süre ekran ya da monitör karşısında olmanın bir diğer sonucu da göz sağlığında ki bozulmalardır. Yine uzun süreli oturuşların fiziksel değişimin hızlı ve yoğun olduğu ergenlik döneminde dolaşım ve omurga bozukluklarına neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmaların ortaya koyduğu önemli bir bulguda bazı bilgisayar oyunlarının epileptik nöbetleri tetiklediğidir.

Cinsel gelişime etkileri: Burada asıl önemli olan gençlerin hard porn yetişkin sitelere kolayca girebiliyor olmalarıdır. Cinselliğin hormonal yapılanmasıyla yeni tanışmış ya da bu hormonal baskıyı en şiddetli döneminde yaşayan gençlerde cinsellik algıları yanlış gelişebilmektedir. Erken yaşta detaylı cinsellikle tanışan bir genç yanlış eğilimlere yönelebilmektedir. Daha ileri yaşlarda da cinsellik adına doyum eşiğininde yanlış oluşması ise yine abartılı ya da çok basite indirgenen cinsel eğilimlere yol açmaktadır. Homoseksüalite gelişimi, bizarre ilişki modelleri, ensest ilişkilere ilgi artışı, sado-mazoist cinsel yapılanma, küçük yaşlarda seks içerikli oyunlara yönelme gibi sağlıklı cinsel gelişimi aksatan durumlar daha sık ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu da zaten sürekli çatışmalar yaşayan gençte işini zorlaştıracak önemli bir stresör, işlevselliği engelleyici bir parametre olarak cinsel gelişimini tamamlama sürecine katılmaktadır.

Bilişsel gelişime etkileri: Doğru kullanıldığında bilişsel gelişim bakımından son derece faydalı enstrümanlar olan teknolojik araçlar yanlış kullanımla insanın muhakeme gücünü zayıflatan, analitik düşünme yeteneğini azaltan makinelerden öteye geçemez. Beyin enerjisini yorumlama yerine sadece yorumlanmış hazır bilgiyi almaya çoğu zamanda rutin tekrarlanan işler, aynı tip oyunlar nedeniylede öğrenme ve bilgiyi yorumlama yeteneklerinde düşmeye neden olabilir. Özellikle bilgisayar sözel bilgilenme sürecinden çok görsel bilgilenme sürecine odaklı dizayn edilmiştir. Bu nedenledir ki yapılan araştırmalar ve klinik tecrübeler aşırı bilgisayar kullanımının sözel öğrenme gücünü engellediği göstermektedir. Young'un 1996 yılında yaptığı çalışmada öğrencilerin

Alkol bağımlılılarının %79'unda antisosyal kişilik görülür

%56'sının çalışma alışkanlıklarının azalmasına bağlı olarak akademik başarılarında düşme yaşadıkları ve geç saatlere kadar bilgisayar başında oturmanın sabah kalkmada zorlanmalara neden olduğu bildirilmiştir.

Sosyal gelişim ve kişilik gelişimine etkileri: Teknoloji kullanımı gençlerin sadece fiziksel, cinsel ya da bilişsel gelişimlerini etkilemez. Otorite, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerini de doğrudan etkiler. Buna çarpıcı bir örnek chat arkadaşlıklarının sanal ortamdan çıkıp gerçek hayata yansımasıdır. Örneğin sosyal fobik ya da en azından kaçıngan kişilik özellikleri taşıyan bir genç rahatlıkla kaygı düzeyi çok da yükselmeden chat ortamında sosyal ilişki kurmaya başlayabilir ve bu ilişkiyi zamanla sanal dünyadan gerçeğe taşıyabilir. Burada ki risk bu ilişkinin gerçek hayata taşınmadığında başlar fobik özellikler patolojik bir hal alabilir veya genç kendisini farkında olmadan sosyal izolasyona iter. Sanal ortamların çekiciliği kaygı düzeyinin düşük ve kaçma şansının kolay olmasından kaynaklanır. Kişi normalde söyleyemeyeceği şeyleri sanal ortamda sahte bir güvenle söyleyebilir.
Bilgisayar yazılımlarının birçoğu yarışma ve agresyon içeriklidir. Bu oyunlarda çocuklar ve gençler sanal karakterlerle ilişki kurarlar ve çoğu zamanda onların yetenekleri ile özdeşim kurabilirler. Günlük hayatlarında yapamayacakları bir sürü şeyi sanal ortamda yapabildiklerini görürler. Bu nedenle içine girdikleri gerçek olmayan dünya ile gerçek dünya arasındaki sınırlılıkları ayırt etmekte zorlanabilirler (Sherry ve Turkle, 1995). Eğer tercihleri de gerçek olmayan dünyadan yana olursa akranları ile, ailesi ile görüşmeyi azaltıp bu yapay dünyada yapay güçleriyle yaşamayı tercih edebilirler. Başka önemli bir noktada saldırganlıklarının artması ve şiddete karşı duyarsızlaşmaları durumudur. Sonuç olarak diyebiliriz ki bilişim teknolojisin getirdiği faydalar kadar aşırı ve hatalı kullanımları da aşılması güç zararlar doğurabilir. Hümanist tarafı ezilen insan nesli yaratıcılığını da sanal ortamda bırakabilir. Duyarsızlaşır ve paylaşma, dayanışma gibi hasletlerini kaybeder.

Alkol ve madde bağımlısı vakalar

Alkolik baba
35 yaşında evli ve iki çocuğu var. Hayatında her hangi bir sorunu yokken, aşırı alkol almaya başlamış ve kontrolsüz ilişkiler yaşamaya başlamıştı. Önce bir kadın arkadaşı olmuş ve bu kadından bir çocuğu olmuştu. Bir zaman sonra üçüncü bir kadın hayatına girmiş ve ondan da iki çocuğu olmuştu. Alkol aldığı zamanlarda kadınlardan birinin yanında soluğu alıyor ve bu kadınlar tarafından kolayca sömürülüyordu. Çalışma

hayatı ileri derecede bozulmuş, işçileriyle arası kötüleşmiş, otoritesi kalmamış, saygınlığını yitirmiş ve ailesi tarafından dışlanmış bir şekilde bize müracaat etti. Yapılan tetkiklere göre karaciğer enzimleri, kolesterolü, kan şekeri yükselmiş, karaciğer büyümüştü. Ağır bir depresyon ve utanç duygusu içindeydi. Uyku uyuyamıyor, kimseyle görüşemiyordu. Kendisine çok kızdığı halde bu kadından ayrılamıyor, büyük bir tutkuyla peşinden koşuyordu. Ve uzunca bir dönem o kadınla beraber oluyordu ama kadın arada bir kaçıyordu ve parası bitince yine geliyordu. Kadın onu kullanıyor, ama o bile bile bunu görmezden geliyordu. Çocuklarıyla yeterince ilgilenmiyordu. Çocuklarına kızkardeşleri bakıyordu. Bu arada ailesi ile de arası açılmış, yavaş yavaş sosyal desteğini kaybetmişti. Bütün bu yaşantılar alkolün etkisiyle olmuştu. Hasta yoğun bir tedavi programına alındı. Depresyonunu tedavi etmek ve dürtü kontrolüne yardımcı olmak amacıyla ilaç tedavisi düzenlendi. Ayrıca frontal rehabilitasyon, kognitif güçlendirme ve bilişsel davranışçı terapi programına alındı. Sonunda alkolden tamamen uzaklaştı, kontrolsüz ilişkileri bitti, çocuklarına karşı sorumlu bir şekilde bakmaya başladı. Tutkulu ve marazi aşkından da vazgeçti. Evli olduğu eşinden doğan çoçuklarıyla ilişkileri düzeldi. Şu anda işine sahip çıkmış durumda. İş konusunda duyarlı hale geldi. Kendine güveni arttı, kontrollü bir insan haline geldi. Hastanın şu sözleri yaşadığı durumu çok iyi özetlemektedir; "rüyada gibiyim, ben nasıl böyle bir batağın içine saplanmışım."

Alkolik kadın

Bir bayan hastamız, çok iyi bir ailenin kızıydı. Çok güzel, saygın bir mesleği vardı, mesleğini icra ederken zaman içinde hayatında iyi gitmeyen şeyler olmuş, depresyona girmiş ve alkolle tanışmıştı. Zamanla alkolün miktarı artmış, beraberinde kontrolsüz cinsel yaşantıları başlamıştı. İş hayatı git gide kötüleşmiş, çalışamaz hale gelmiş, ailesiyle arası bozulmuştu. Tabiri caizse dibe vurmuştu. Geldiğinde ağır depresif şikayetleri ve yoğun intihar düşünceleri vardı. Ailesi sürekli, 'niye böyle yapıyorsun, kendine dikkat etmiyorsun' gibi empatiden uzak tavsiyelerde bulunuyordu. Eleştiriyor, ama destek olamıyordu. Yalnız kalmıştı. Aynı tedavi protokolü uygulandı. Başlangıçta tedaviye inancı yoktu, kendisine güvenemiyordu. 'Artık bırakamam' diyordu. Takip sürecinde en çok uğraştığımız düşünce "bırakamama" düşüncesiydi. Bunu zamanla yendi. Sonuçta depresyonu düzeldi ve alkolü bıraktı. Alkolü bırakmayla birlikte hayatı tamamen değişti. Başka bir kente yerleşti, orada biriyle tanıştı, evlendi ve çocuğu oldu. Gittiği yerde küçük bir dükkan açtı. Şu an mutlu ve üç senedir alkol almamaktadır.

Tutkulu aşık

İstanbul dışından gelen bir başka hastamız vardı. Çok düzgün bir insandı. Üç çocuğu vardı. Karizması sağlam bir insan diyebiliriz kendisine. İş görüşmeleri yapıyor ve sürekli olarak içiliyor o görüşmelerde, sonra alışkanlık noktasına geliniyor ve alkol vazgeçilmez oluyor. Sonra gece hayatı da başlıyor. Pavyonlara, gece kulüplerine takılmaya gidiyor. Bu pavyonların birinde çalışan bir kadına aşık oluyor. Bu durum aslında hayatına çok ters olan bir şey ama bu tutkulu aşktan kendini kurtaramıyor. Her alkol aldığında kendisini orada buluyor. Bu aile hayatını da bozuyor çünkü herşey ortaya çıkıyor. Ailevi ve sosyal itibarı zedeleniyor. Çok şiddetli bir tablo olduğundan

Bir yıllık bırakma dönemi uzun vade için olumlu bir göstergedir

hastaneye yatırdık. Önceleri tedaviye karşı bir direnç söz konusuydu, tamamen bırakmanın mümkün olmayacağını arada bir yine alkol alacağını, buna kimsenin engel olamayacağını söylüyordu. Biz ise aynı duruma dönebileceğini, dikkat etmesi gerektiğini söylüyorduk. 5-6 ay arada bir alkol alarak, ilişkisi, hayatı düzgün gitti fakat bir 6 ay sonra ipin ucu kaçtı. Bunun üzerine 3-4 ay bize gelemedi. Ama sonunda yine tedaviye geldi. Biz onu tekrar kabul ettik ve bunu bir yol kazası olarak niteledik. Ancak bu defa kesin olarak programa uyması gerektiğini söyledik. Bu sefer programa harfiyen uydu. Ailesini çok ihmal ettiğininin farkına vardı, iş çevresindeki insanların kendini alkol masasında kullandıklarını gördü. Ailesiyle arası şu an çok iyi, işleri de eskisinden daha verimli geçmektedir. Şu an "alkol aldığımı unuttum" diyor.

Bir eroin bağımlısının hikayesi

Yüksek miktarda eroin kullanımı olan bir hastamız vardı. Günde 6 gram kadar kullanıyordu. Bize gelmeden beş yıl önce kız arkadaşından ayrılmış, psikolojisi bozulmuştu. Arkadaşlarından biri de bu depresif ruh haline iyi gelecek bir şey olduğunu söyleyip onu eroinle tanıştırmıştı... O zamana kadar madde ile alakası olmayan bir insan eroin kullanmaya başlamıştı. Zamanla dozunu artırmış ve damardan almaya başlamıştı. Birçok defa hastaneye yatırılmış, ancak personele küfür edip kendini dışarıya attırmıştı. Yoksunluk döneminde yaşadığı bir tepki olduğu maalesef anlaşılamamıştı. Geldiğinde, çok kötü durumdaydı, zayıflamıştı, yemek yemiyordu,vücudundaki yaralar iyileşmiyordu. Bitmiş durumdaydı fakat annesi ve dayısı ona çok destekti. Eroinmanların kaderi, insanların zaman içinde ondan vazgeçmesidir ama bu vakada durum öyle değildi. Hastamız, madde kullanmadan önce sorumluluk sahibi, iyi mesleği olan biriyken zaman içinde bir şey yapamaz hale gelmişti. Bize geldi ve 'seni yatıralım' dedik. Tedavisini yazdık yerini ayırttık. Fakat hastaneye gelmedi. Biz de üzerine gitmedik. Aradan 4-5 ay geçti ve beni hastanenin önünden aradı 'geldim' diye. Hemen yatması yönünde telkinlerde bulundum. İlaç tedavisine başladım. Birgün sabah vizite gittim, bana ters davranmaya başladı, aşağılamaya giden sözler söylüyordu. Provakatifti. Daha önce de bu tablonun yaşandığını hatırlayarak 'sen bana küfür edeceksin ben de sana kızacağım ve atacağım sen de gidip içeceksin öyle mi' dedim. Bu sözüme çok şaşırdı 'evet, haklısınız' dedi. Sonra böyle bir yönteme bir daha başvurmadı. Hastaneden çıkınca 15 gün boyunca yine hergün beyindeki güçlendirme terapisine girdi ama yanında 24 saat nöbetçi bıraktık dayısını. Nefes alsa haberi oluyordu, dışarı çıkartılmadı. 6 ay boyunca

sadece terapiye gitti. İlk üç ay maddeyi istediğini söyledi. 3. aydan itibaren bu istekleri silindi. Daha da güveni arttı. Maddeyi hiç konuşmamaya başladık. Daha reel konulardan konuştuk. Yedinci ayda 'doktor bey ben artık bunu bıraktım, ama kullandığım insanları görünce kötü oluyorum' dedi. 'Bu insanlarla nasıl vakit geçirmişim' dedi. Birinci senenin sonunda işe başladı. Mesleği ile ilgili kurslara gitti. Artık eroin yok onun hayatında. Şu anda problemi de yok.

Öneriler

Bütün bu bilgilerin ışığında şunu söyleyebiliriz ki alkol, madde kullanımı ve bağımlılık sorunu insanı hem fiziki hem ruhsal hem de sosyal anlamda iflasa sürükleyen ve insan ırkını en çok tehdit eden düşmanların başında gelmektedir. Hangi nedenle olursa olsun bağımlı duruma gelmiş bir insan yaşam kalitesini kaybeder. Yaşamı üretmekten çok bağımlı olduğu maddeye ulaşma ekseninde kaybolur gider. Duyarsızlaşır ve paylaşma, dayanışma gibi hasletlerini kaybeder. (7) Unutulmamalıdır ki hiçbir bağımlılık tedavisi bağımlıya rağmen başarılı olmaz. Bu yüzden böylesi hassas bir konuda hekimden aileye, okuldan terapiste hatta eğlence yeri sahibine kısacası bütün toplumun duyarlılığına ve bütünlüğüne ihtiyaç vardır. Bağımlılığın en kesin çözümü hiç bağlanmamak ve bağlanmayı engelleyici önlemleri almaktır. Son söz olarak özellikle sokak çocuklarının her geçen gün madde bağımlılığının pençesine düşmekte olduklarını unutmayıp geleceğimizi tehdit eden bu sorunla hep birlikte savaşmamız gerektiğini hatırlatalım. Çünkü bütün ergenler ve özellikle de sokak çocukları yaşam koşulları ve kontrol edilemezlikleri (otorite eksikliği/yoksunluğu) nedeniyle bağımlıolma konusunda çok büyük risk altındadır. Henüz çocukluk ya da ergenlik çağında oldukları için akranları gibi başkalarından etkilenmeye çok açıktırlar. Bu nedenle art niyetli kişilerin türlü stratejilerine kurban olabilecek potansiyel hedefler durumundadırlar. Sivil toplum örgütleri, valilikler, emniyet güçleri ve diğer ilgili kuruluşların bağımlılığın rehabilitasyonu ve bağımlıların topluma kazandırılması ile ilgili övgüye değer çalışmaları sürmektedir. Ancak kaynak yetersizliği ve çeşitli sosyo-ekonomik nedenler yüzünden sorun henüz tam bir çözüme ulaşmış görünmüyor. Bu konuda kaçınılmaz olarak topyekün bir çabaya ve bu çaba için yine topyekün bir eğitime ihtiyacımız vardır.

KULLANDIĞIMIZ BİLGİSAYARLI EĞİTİM MODÜLLERİ

1- Attention & Concentration (Dikkat ve Konsantrasyon)
2- Divided Attention (Bölünmüş Dikkat)
3- Vigilance (Uyanık-Tetikte olma)
4- Topological Memory (Alansal Bellek)
5- Verbal Memory (Sözel Bellek)
6- Memory for Words (Sözcük Belleme)
7- Physiognomical Memory (Yüz-Sima Belleme)
8- Logical Reasoning (Mantıklı Akıl Yürütme)

KAYNAKLAR

1. Hansen WB, Graham JW, Sobel JL Shelton DR, Flay BR.Johnson CA. The consistency of peer and parent influences on tobocco, alcohol and marıhuanne use among young Adolescents.J.Behav Med. 1987:10:559-79.

2. Hops H, Tildesley E, Lichhenstein Ary D,Sherman L: Parent- Adolescent problem solving interactions and drug use. Am J. Drug Alcohol Abuse.1990: 16:239-58.

3. Kulaksızoğlu Adnan, Mart 1999, Ergenlik Psikolojisi, 2. Basım; Remzi Kitabevi

4. Kültegin Ö., Tamar D., Karalı A., Çakmak D., 1998, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı, İstanbul, Özgül Matbaacılık

5. Köknel, Özcan, 1999, Günlük Hayatta Ruh Sağlığı, İstanbul, Alfa Yayınları

6. Çoban, Adnan 2005, Müzikterapi, Timaş Yayınları.

7. Köknel, Özcan, Haziran 1998, Bağımlılık, 1. Basım, İstanbul, Altın Kitaplar

8. Özcan, N. Keser; "Çocuk ve Gençlerde Bilgisayar ve İnternet Kullanımı" Yaşadıkça Eğitim, Sayı:78, Nisan-Haziran 2003, Ss: 4-7,

9. Reimers TM, Pamprehn PR, Becker SL,Becker SL, Lauer RM: Fathers for adolescent cigarette smoking. The muscatin study. Am J. Dischild. 1990: 144:1265-72.

10. Rita Z. Goldstein, Ph.D. and Nora D. Volkow, M.D., "Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex ", Am J Psychiatry, 159:1642-1652, October 2002

11. Sayım, Aynur, "Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin İncelenmesi", Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İ. Ü. Adli Tıp Enstitisü, 2000

12. Sieber MF, Angst İ. Alcohol, tobacco and cannabis: 12-year longitudinal associations with antecedent social context and personality. Drug Alcohol Depend. 1990: 25:281-92.

13. Yörükoğlu, Atalay, 2000, Gençlik Çağı, 11. Baskı, Özgür Yayınları

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

NP GRUP

KİTAPLIĞI

2

DR. ADNAN ÇOBAN

PSK. ORHAN GÜMÜŞEL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA