

EROİNE BAŞLAMADA YENİ BİR MOTİVASYON: DİABETLİ 3 OLGU

A New Motivation for Heroin Use: Three Diabetic Cases

Neslihan Cansel¹, Haluk A. Savaş², Arzu Özovacı³, Aysun Kalenderoğlu³, Esen Savaş⁴

ÖZET

Opioidler bağımlılık ihtimali çok yüksek maddeler olmakla birlikte, analjezik etkilerinden dolayı tıbbi tedavi olarak zaman zaman kullanılmaktadır. Bu nedenle süregelen bir hastalığın neden olduğu ağrıya ya da bazen psikiyatrik rahatsızlığı gidermek için de insanlar madde kullanmaya başlamaktadırlar. Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde diabeti iyileştireceği -ya da kan şekerlerini düzenleyeceği- düşüncesiyle madde kullanmaya başlayan ya da bağımlılık geliştiren olguya rastlanmamıştır. Bu yazıda “diabeti iyileştirmek amacıyla” eroin kullanmaya başlayan üç diabet hastasının kliniği tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Diabetes mellitus, eroin bağımlılığı, yoksunluk.

ABSTRACT

Although opioids are known to have a great potential for dependency, they are used in medicine for their analgesic affects. Therefore, drug dependency and abuse is not limited only with classical opioid addicts but also with people who have started to use it to exterminate their pain caused by a chronic disease or their psychiatric disease. As far as we know, people who began or became an addicted to a drug to heal their diabetes mellitus or to regulate their blood glucose haven't been in literature. In this report, clinics of three diabetic patients who began using heroin to heal their diabetes will be discussed.

Key words: Diabetes mellitus, heroin dependency, absence.

¹ Öğr. Gör. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

³ Araş. Gör. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

⁴ Uzm. Dr. Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

GİRİŞ

Opioid bağımlılığı günümüzde; kullanıma başlanması, kullanmanın sürdürülmesi ve maddeden uzak kalma süreçleri sonrasında tekrarlanması açısından, çoklu etmenlerin etkileşime girdiği biyopsikososyal bir bozukluktur. Bu nedenle farmakolojik, sosyal, çevresel, kişilikle ilgili, psikopatolojik, genetik ve ailesel etmenler kötüye kullanım ve bağımlılığı değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte bizzat opioid maddesinin ilk kullanımdaki farmakolojik ve psikolojik etkisinin gücü, kullanımın sürekli hale gelmesinde ve bağımlılığa ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (1). Eroin, morfin ve kodein gibi opioid ve benzeri maddelerin başlıca etkileri orta düzeyde sedasyon ve öfori ile birlikte ağrı algısının bastırılmasıdır (2). Opioidlerin tıp uygulamasında yaygın olarak kullanılır ve bu yüzden, bağımlılık ve kötüye kullanımı diğer maddelerdeki bilindik bağımlı insan profili ile sınırlı değildir. Nitekim süregelen ağrıya ve yorgunluğa yol açan hastalığı olan kişilerde madde bağımlılığı görülebilmektedir (2). Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde diabetlerini iyileştireceği -ya da kan şekerlerini düzenleyeceği- düşüncesiyle opioide başlayan ve bağımlılık geliştiren olguya rastlanmamıştır. Bu yazıda “kan şekerini düşürmek amacıyla” eroin kullanmaya başlayan üç diabet hastasının kliniği tartışılacaktır.

OLGULAR

Olgu 1: HG, 59 yaşında, evli, üç çocuklu, ilkökul mezunu, emekli, 20 yıldır Tip II DM olan erkek hasta kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanım öyküsü yoktu. 5 yıl öncesine kadar 30 yıl boyunca 3- 4 sigara/gün esrar kullanırken, esrar satın aldığı kişilerin, diabetine iyi geleceğini söylemeleri üzerine eroin kullanmaya başlamıştı. Başlangıçta burundan 0.5 gr/gün alırken, son bir yıldır 1- 1.5 gr/gün eroin kullanmaktaydı. Herhangi bir yardım almaksızın eroini bırakmayı birkaç kez denemiş olmasına rağmen, göz yaşarması, uykusuzluk, ishal, ağrı vs. gibi yoksunluk yakınmalarından dolayı en fazla 4 gün bırakabilmişti. Madde kullanımı nedeniyle ciddi sosyal ve ekonomik kayıpları olmuştu. Eroin kullandığı süre zarfında diabetle ilgili fiziksel sorunlar olmasına rağmen- iki kez diabetik koma, diabetik ayak nedeniyle sepsis, böbrek işlevlerinde ileri derecede bozulma - kendini çok iyi hissettiği, ağrı ya da herhangi bir bedensel sıkıntı yaşamadığı gerekçesiyle, tavsiye edilen diabet ilaçlarını kullanmamıştı. 4 ay önce diabetik ayak nedeniyle sol bacak diz altı ve sağ ayak 4. ve 5. parmak amputasyonu yapılan hasta, ailesinin ısrarıyla kliniğimize başvurmuştu. Hastanın geldiği gün madde almış olması nedeniyle herhangi bir yoksunluk belirtisi yoktu. Açlık Kan Şekeri (AKŞ) = 350 mg/dl idi. Kan şekerinin düzenlenmesi için dahiliye ile görüşülen hastaya kristalize insülin başlandı. Yoksunluk tedavisi için diazepam 40 mg/gün, fluoksetin 20 mg/gün, diklofenak Na 200 mg/gün, multivitamin bileşimi eklendi. 2. gün hafif şiddette yoksunluk belirtileri başlayan hastanın Klinik Opioid Yoksunluk Ölçeği Puanı (KOYÖ-P)=12 (3), daha sonraki günlerde belirtilerinin şiddeti arttı. 4. günkü KOYÖ-P= 21 idi. 10. günde yoksunluk belirtileri belirgin ölçüde azaldı (KOYÖ-P=4). Yoksunluk belirtileri gerileyen hastanın benzodiazepin dozu kademeli olarak azaltılarak

5 mg /gün’e inildi. Yatışının 12. gününde boğaz ağrısı, halsizlik, ateş ve öksürük gelişmesi nedeniyle yapılan incelemeler sonucunda hastada pnömoni ve plevral efüzyon olduğu tespit edildi. Solunum sıkıntısının artması ve genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle, göğüs hastalıklarına devredildi. Hastaneye yatışının 23. günü vefat etti.

Olgu 2: N.Ç. 43 yaşında, erkek, bekar, ilkökul mezunu, işçilikten diabet nedeniyle malulen emekli. Kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Hastanın alınan hikayesinde; dört yıldır diabetes mellitus tanısıyla düzenli tedavi gördüğü, buna rağmen kan şekeri yeteri kadar düşürülemediği ve kendileri de herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olmayan birkaç arkadaşından ‘eroinin diabete iyi geldiğini’ duyduğu, bu nedenle “kan şekerini daha iyi kontrol edebileceği” düşüncesiyle bir yıl önce eroin kullanmaya başladığı öğrenildi. Hasta, eroini günde iki doz sabah ve akşam 0.2-0.3 gr şeklinde burundan çekerek alıyordu. Her ne kadar “dozu sabit tutmaya çalışsa” da, bir süre sonra bu doz yetersiz kalmış, almadığı zamanlarda karın ağrısı, ishal, burun akıntısı, sıkıntı hissi gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaya başlamıştı. Aynı zamanda hastanın, 16 yaşında başlayan; çeşitli dönemlerde ve değişik kombinasyonlarda aralıksız olarak çok sayıda antidepresan ilaç kullanmasına, tedaviye dönem dönem anksiyolitik ya da nöroleptik eklenmesine rağmen düzelmeyen, ancak eroin kullanmaya başladıktan kısa bir süre sonra belirgin ölçüde iyileşen obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olduğu öğrenildi (4). Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanım öyküsü yoktu. Son iki gündür eroin almadığını ifade eden hastanın muayenesinde; belirgin yoksunluk belirtilerinin olduğu gözlemlendi. KOYÖ-P=21 olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde AKŞ değeri 292 mg/dlt idi. Uygulanan Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Puanı (YBOKÖ-P)=0 idi (5).

Hasta eroin bağımlılığı ve remisyonda OKB tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Klomipramin 75 mg almakta olan hastanın tedavisine, yoksunluk belirtileri nedeniyle diazepam 40 mg/g eklendi. Yatışının sekizinci gününden itibaren madde alma isteği, madde arama davranışı, yoksunluk belirtileri sönümlendi. O günkü KOYÖ-P=3 idi. Yatışı süresince herhangi bir OKB belirtisi gözlenmedi ve YBOKS değeri değişiklik göstermedi. Diazepam dozu azaltılarak kesildi ve klomipramin 75 mg/g şeklinde tedavisine devam edildi. Yatışının yirminci gününde ayaktan takipleri önerilerek taburcu edildi.

Olgu 3: N.K. 31 yaşında, evli, 2 çocuklu, ilkökul mezunu, evhanımı, kadın hasta. Kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık veya madde kullanım öyküsü yoktu. Hikayesinde; on iki yıldır diabetes mellitus olduğu, “hem kan şekerini düşürür, hem de kendini çok daha iyi hissedersin” diyen, kendisi de eroin bağımlısı olan eşinin önerisiyle, 7 yıl önce eroine başladığı, başlangıçta 0.5 gr/gün dozunda sigara içine katarak eroin aldığı, zamanla dozu giderek arttırdığı, son olarak 5 gr/gün eroin almaya devam ettiği öğrenildi. Daha önce kendi isteği ile bir kez servisimize yatarak, iki kez de herhangi bir tıbbi destek almadan eroini bırakma girişimi olmuştu. En uzun bırakma süresi bir yıldır. Madde kullanımı nedeniyle ciddi maddi ve sosyal kayıpları vardı. Eroini alamadığı zamanlarda yoksunluk belirtilerinin olması ve bunlarla baş etmekte zorlanması nede-

niyle tekrar kliniğimize başvurmuştu. Hastaya diazepam 60 mg/g şeklinde tedavi başlandı. Yatışının ilk gününde ciddi yoksunluk belirtileri oldu. KOYÖ-P=29 idi. Yoksunluk belirtileri zamanla azalan hasta izinli olarak yatışının 12. günü (KOYÖ-P=5) eve gönderildi. İzin dönüşü tekrarlanan idrarda toksik tarama testinde opioid bulunması, tedavi uyumsuzluğu olarak değerlendirilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Sosyal fobi, panik bozukluk gibi anksiyete bozukluğu olanlarda; "kendini tedavi" (self medikasyon) amacıyla alkol yada madde kullanımına yöneldikleri ve sonuçta madde kullanım bozuklukları geliştiği gösterilmiştir (6). Düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveynli ailede büyüme, bağımlılığa genetik olarak yatkınlık, antisosyal ve sınır kişilik bozukluğu (7,8), panik bozukluk, sosyal fobi (9), obsesif kompulsif bozukluk (10), yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (11), iki uçlu bozukluk(12), şizofreni (13) gibi psikiyatrik hastalıklar, devamlı ağrıya yol açan fiziksel hastalıkların varlığı, cerrahi girişimler, mesleki kolay erişilebilirlik (hemşire, eczacı, doktor, vs) gibi nedenlerin madde kullanımını arttırdığı bilinmektedir (2). Ancak literatürde diabetin düzeltilmesi amacıyla eroin kullanmaya başlayan herhangi bir olguya rastlanılmamıştır.

Gerçekte, uzun zamandır eroin bağımlıları arasında diabetes mellitusun daha sık görüldüğüne dair pek çok çalışma mevcuttur. Bu konuyla ilgili çalışmaların sonuçları oldukça ilginç olup morfin ve opioid peptidlerin, pankreatik hormon sekresyonunu ve karbonhidrat metabolizmasını değiştirdiği bulunmuştur (14). Eroin bağımlılarında, tipki insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (NIDDM=non-insulin-dependent diabetes mellitus) hastalarında olduğu gibi kan glukoz değişikliklerine karşı insülin yanıtının azaldığı, glikolize hemoglobin A1c düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Ek olarak intravenöz glukoz değişikliklerine karşı acil cevap azalmakta iken, arjinin, isoprotrenol, glukagon, sekretin gibi diğer salınan maddelere karşı cevapta bir bozulma olmadığı tespit edilmiştir (15,16). Bu hastalarda opioid kullanımının muhtemelen prostaglandin E, katekolamin ve somastatin gibi maddelerin pankreastan salınmasını etkilediği, bunun da bozulmuş beta hücre işlevine neden olarak diabet gelişmesine yol açtığına dair veriler vardır (17,18,19). Dolayısıyla, eroin bağımlılığının kendisi diabet gelişimine katkıda bulunurken, olguların tedavi amacıyla eroin kullanmaya başlamaları oldukça ilginç bir gelişmedir. Ancak bu konuyla ilgili bazı yorumlar yapmak mümkündür:

Diabetin kendisi kan glikoz düzeyindeki oynamalar ve hormonal dengede sorunlar oluşturmak suretiyle ya beyin işlevlerini bozarak hastada davranışsal, duygusal, bilişsel bozukluklara neden olmakta yada ortaya çıkan komplikasyonlar, tedavinin gündeme getirdiği sınırlamalar nedeniyle kişide psikik krize neden olarak bazı psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına ve/veya var olan hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır (20,21,22,23). Diabetin varlığı doğal sıkıntıdan kayıp tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit altında hissedilmesine dek uzanan tepkiler uyandırabilir. Gelecek endişesi, bağımsızlığını, yeterliliğini kaybedeceği korkusu, hastanın duygudurumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel ve duygusal otonomisini etkileyerek beklenmedik tepkiler ve davranışlar sergileme-

sine neden olabileceği düşünüldüğünde; hastaların madde kullanmaya başlamaları hiç de beklenmedik bir sonuç gibi durmamaktadır (24,25,26). Nitekim 3 olguda kendilerini daha iyi hissetmek, daha az ilaç kullanmak gibi gerekçelerle madde kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir.

Diğer yandan diabetin varlığının madde kullanmaya başlamada asıl etken olarak gösterilmesi, elbetteki hastaların madde kullanmalarını toplum tarafından daha kolay kabul edilebilecek bir nedene bağlama çabası da olabilir. Her ne kadar Olgu 1'in daha önce esrar kullanmış olması, Olgu 2'nin eşinin eroin bağımlısı olması, olgu 3'ün zaten OKB gibi bir psikiyatrik hastalığının olması madde kullanımını artırıcı birer faktör olarak görülebilse de, ortalama sosyo-ekonomik düzeyde, işlevselliklerini belli yaşlara kadar, olabildiğince iyi idare etmiş, herhangi bir kişilik bozukluğu ya da yasal sorunu olmayan, birbirlerine çok yakın tarihler arasında tedaviye başvurmuş bu üç olgunun eroin kullanımına ortak motivasyon olarak, diabeti göstermeleri ve klinik şifa umuduyla çevrelerindeki bazı kişilerin önerisine uyarak eroin kullanmaya başlamış olmaları, bunun bir rasyonalizasyon mekanizmasından ziyade yanlış bir bilgilendirme kaynaklandığını olasılığını yükseltmektedir. Belki de eroinin kan şekerini düşüreceği yönündeki kanı, esasen esrarın karbonhidrat ihtiyacını arttırdığı yönündeki genel kanıdan türetilen yanlış bir anlamadan kaynaklanmakta ve/veya satıcıların kasten bu yöndeki propagandalarından dolayı toplumda yaygınlaşmaktadır. Dolayısıyla bu sonuç, madde bağımlılığı geliştirme riski olan popülasyonun, sadece bilinen bir kümede yoğunlaşmadığını, uyuşturucu madde satışının, hayati tehlikelere yol açabileceği önemsenmeden, belli grupları hedef seçerek, "normal hayatlar" süren insanların madde kullanmaya başlamalarına neden olabileceğine işaret ediyor olabilir.

Tüm bu varsayımlar doğrultusunda, madde kullanımının toplumda yaygınlaşmasını engelleme çalışmaları içerisinde süregelen hastalığa sahip insanların da bir şekilde tehlike altında olduğunun dikkate alınması ve uzmanların bu konuda toplumu uyarmalarının uzun vadede en azından bir grup hasta açısından önemli olabileceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry, Dilbaz N, Şengezer T (Çevirenler). 8. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2006;2: 1265-1272.
- 2- Harrison TR, Beeson PB, Braunwald E, et al. İç Hastalıkları prensipleri, Yazıcı AE, Yazıcı K (Çevirenler). 15. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004; 2: 2567-2570.
- 3- Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003; 35: 106-111.
- 4- Savaş HA, Kalenderoğlu A, Selek S, Yumru M. Eroin kullanımı ile remisyona giren tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluk: Olgu sunumu. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2006:
- 5- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I: Development, use, and reliability. Arc Gen Psyc 1989; 46: 1006
- 6- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, et al. Psychiatric illness and diabetes mellitus. Relationship of symptoms to glucose control. J Nerv Ment Dis 1986; 174:736-42.
- 7- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK et al. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, dep-

- resyon ve kaygı düzeyleri. 3P Dergisi; 5:29-34.
- 8- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis*;179:401-9.
 - 9- Smail P, Stockwell T, Canter S et al. Alcohol dependence and phobic anxiety states I: a prevalence study. *Br J Psych*. 1983; 144:53-57.
 - 10- Senjo M Obsessive-compulsive disorder in people that abuse codein. *Acta psychiatr Scand*; 1989 79:619-620.
 - 11- Çakmak D, Saatçioğlu Ö. Bağımlılık ve anksiyete bozuklukları. Bağımlılık ve Komorbidite.1. Baskı, İstanbul: Özgül Matbaacılık, 2005: 46-96.
 - 12- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorder: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997; 4:231-244.
 - 13- Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia. A review, 1998. *J Clin Psych* 59:26-30.
 - 14- Passariello N, Giugliano D, Quatraro A, et al. Glucose tolerance and hormonal responses in heroin addicts. A possible role for endogenous opiates in the pathogenesis of non-insulin-dependent diabetes. *Metabolism*. 1983; 32:1163-1165.
 - 15- Passariello N, Giugliano D, Ceriello A, et al. Impaired insulin response to glucose but not to arginine in heroin addicts. *J Endocrinol Invest*. 1986; 9: 353-357.
 - 16- Brandle M, Lehmann R, Maly FE, et al. Diminished insulin secretory response to glucose but normal insulin and glucagon secretory to arginine in a family with maternally inherited diabetes and deafness caused by mitochondrial tRNA (LEU(UUR)) gene mutation. *Diabetes Care* .2001; 24: 1253-1258.
 - 17- Morley JE. The endocrinology of the opiates and opioid peptides. *Metabolism*. 1981; 30: 195-209.
 - 18- Bouix O, Najimi A, Lenoir V, et al. Endogenous opioid peptides stimulate post-exercise insulin response to glucose in rats. *Int J Sports Med*. 1996; 17: 80-84.
 - 19- Giugliano D. Morphine, opioid peptides, and pancreatic islet function. *Diabetes Care*. 1984; 7: 92-98.
 - 20- Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff MM, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1751-1757.
 - 21- Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 464-70.
 - 22- Allison B, Grigsby, RJ, Anderson KE, et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053-60.
 - 23- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiştirimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 89-98.
 - 24- Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psychol* 2001; 57; 457- 478.
 - 25- Geringer ES. Affective disorders and diabetes mellitus. *Neuropsychological and Behavioral Aspects of Diabetes*, Holmes CS (Ed), New York, Springer, 1990; 239-272.
 - 26- Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş. P.K.16-80622 Levent/İstanbul.