

YATARAK TEDAVİ GÖREN ALKOL BAĞIMLILARI İÇİN ÖRNEK BİR TEDAVİ PROGRAMI

A New Treatment Model For Inpatient Alcoholics

Dr. Ö. Ayhan Kalyoncu ¹, Dr. Hasan Mırsal ¹, Dr. Özkan Pektaş ¹, Dr. Tulga Şatır ¹,
Mehmet Serez ², Dr. Mansur Beyazyürek ³

Özet

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı genel popülasyonda oldukça sık görülen mental bozukluklardır. Bir yıllık bir süre içinde “ Alkol İlişkili Bozuklukları” yaklaşık %7.5’inin hastalık düzeyinde olduğu kabul edilmektedir. Alkolle ilişkili bozuklukların “hastalık olma” özelliklerinin yanında toplumsal, sosyal, kültürel, ailevi, hukuki, politik boyutlarının da olması bu bozuklukların tedavilerinin de kendilerine özgü bir bağlamda ele alınmalarını gerektirmektedir. Bu yazıda, dünyadaki değişik tedavi programları dikkate alınarak ülkemiz koşullarına göre yapılandırılmış Anatolia Alkol Tedavi Kliniği’nin tedavi programı anlatılmıştır.

Summary

Alcohol Dependence and Alcohol Abuse are mental disorders with considerable high incidence among the general population. The estimated occurrence of Alcohol Related Disorders over a 1-year-period is about %7.5 in symptomatic levels. With their consequences for the family and community as well as their social, cultural, legal and political dimensions, the significance of the Alcohol Related Disorders goes far beyond their nature of being mental disorders.

These aspects also justify the necessity of special treatment programs adapted to the multidimensional structure of this disorders as described above. The following article focuses on the treatment program of the Anatolia Clinic for Alcohol Related Disorders. This program was structured by analyzing the various treatment programs throughout the world and adjusting them according to the conditions in our country.

Giriş

Alkol kullanımı ile ilgili sorunların her geçen gün artması bu kullanımla ilişkili bozuklukların tedavisinin de daha sistematik yapılmasının gerekliliğini doğurmuştur. Birleşik Devletler’de alkol kullanımının toplum sağlığı açısından kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer alması sorunun önemi açısından iyi bir veri oluşturmaktadır(1). İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol kullanımı çağlar boyunca değişik bakış açılarıyla ele alınmıştır. Töresel, bir anlamda sosyokültürel açıdan alkol kullanımının kişinin kendi isteği ve iradesiyle medikal bağlamda ise kullanımın hastalıkla ilgili olduğu kabul edilmiştir(2). Alkol kullanımı ve sonuçlarının kullanan yanında aile ve toplumu da psikolojik, sosyal, ekonomik açılardan önemli boyutlarda etkilemesi, sorunu “biyopsikososyal” bir model içinde ele alma gereği doğurmuştur.

Alkol kullanımı ile ilişkili tanımlamaların tarih boyunca değişmesi yanında, tedavi çabası ve programlarında da koşut değişiklikler gözlenmiştir. Birleşik Devletler’de temeli 1950’lerde atılan en yaygın alkol tedavi modeli olarak “Minneseto Modeli” kabul edilmektedir. Birleşik Devletler’de 1970’lerin sonu ve 1980’lerin başında tedavi hizmetleri devlet sektöründen yavaş yavaş özel sektör organizasyonlarının eline geçmiştir(3). Ülkemizde ise 1980’lerin başında devlet sektörü yeni yeni bu organizasyonları kurmaya başlamıştır. İlk “alkol tedavi klinikleri” üniversite bünyelerinde kurulmuş ve bunu 1983 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde kurulan AMATEM izlemiştir (4).

Alkol ile ilgili kullanım bozukluklarının hastane tedavisi genel olarak üç birimde yapılabilir (3):

1-Medikal Tedavi birimleri

¹ Uz. Dr. Balıklı Rum Hastanesi, Anatolia Klinikleri, İstanbul

² Danışman Balıklı Rum Hastanesi, Anatolia Klinikleri, İstanbul

³ Doç. Dr. Balıklı Rum Hastanesi, Anatolia Klinikleri, İstanbul

2-Genel Psikiyatri Birimleri

3-Özelleşmiş bağımlılık birimleri

Bağımlılık konusunda çalışan deneyimli klinisyenlerin ortak görüşü; bağımlılık hastalarının hastane tedavisinin özelleşmiş bağımlılık birimlerinde yapılmasının daha uygun olduğu şeklindedir. Bunun birkaç nedeni vardır. Bunlar:

- 1-Diğer hastalardan destek olanağının olması
- 2-Hastanın sorunları ile yüzleştirilme olanağının olması
- 3-Bu konuda bilgili ve istekli personel varlığı
- 4-Bağımlılık hastalarının diğer ortamlarda kendilerini rahatsız hissetmeleri

Ancak görünüşe göre bu özellikler nedeniyle diğer ortamlara üstünlük sağlayan özelleşmiş bağımlılık birimlerinin tedavi sonuçları ile diğer ortamların tedavi sonuçlarını karşılaştıran veriler henüz yoktur.

Anatolia Alkol Tedavi Kliniği

Anatolia Alkol Tedavi Kliniği Mart 1996 da kurulmuş, 22 yataklı özelleşmiş bir birim niteliğindedir. Anatolia Alkol Tedavi Kliniği hemen bütün tıbbi hizmetlerin verilebildiği genel hastane olan Balıklı Rum Hastanesi Vakfi bünyesinde hizmet vermektedir. Kliniğin bugünkü durumuna gelmesi belirli bir deneyim ve aşama göstermiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavisi 1994 yılında kurulan “Bağımlılık Tedavi Kliniği” içinde yapılmaya başlanmış, yaklaşık iki yıllık bir süreç içinde alkol kullanım bozukluğu olan hastaların diğer madde bağımlılığı sorunları olan hastalarla birlikte tedavi edilmelerinin güçlükleri gözlenerek, tedavi programlarının ayrılmasının yanında bu hastaların ortamları da ayrılmıştır.

Hastaların Değerlendirmesi

Etkili tedavinin ilk koşulu hastalığın doğru değerlendirmesidir. Hastaların kliniğe kabulü ya doğrudan klinik başvurusu ya da klinikte çalışan Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının özel muayenehaneleri yolu ile olmaktadır. Hastaneye yatış kararı; entoksikasyon ve/veya kesilme durumu, medikal komplikasyonlar, emosyonel durumlar gözden geçirilerek verilmektedir. Bütün bu durumlar değerlendirilerek hastanın kendisine ve çevresine zararlı olma potansiyelinin fazla veya ayaktan tedaviyi sürdürme olanağının az olması halinde yatış kararı verilir.

Kliniğe başvuran hasta; ayrıntılı sosyodemografik verileri, alkol alma miktarını, yakınmaları, hastalık özgeçmişini, soy geçmiş özelliklerini sorgulayan yarı yapılandırılmış dosya formu ile bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir. DSM IV ölçütleri kullanılarak alkol kullanımı ile ilgili olan bozukluğun tanısı konulur. Bu noktada hasta tarafından verilen bilgilerin güvenilirliğini kontrol etmek için bir yakının bilgisine başvurulabilir. Daha sonraki aşamada hastanın geniş olarak medikal ve psikiyatrik değerlendirmesi yapılır. Medikal değerlendirme içinde fizik muayene dışında hemogram, tam idrar tetkiki, üre, şeker, karaciğer fonksiyon testleri (SGOT, SGPT, gama GT) yapılmakta, gerekli durumlarda iç hastalıkları uzmanı bilgisine başvurulmaktadır. Ek psikiyatrik değerlendirmeler için; SCID-P SCID II, SCL 90 R, Hamilton Depresyon Ölçeği, Mini-mental test, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Spielberger Anksiyete Ölçeği, İntihar Ölçekleri kullanılmaktadır. Ayrıca bağımlılığın derecelendirilmesi için danışman gözetiminde 26 Soruluk SELF-TEST uygulanmaktadır(5). Bu ölçeklerin uygulanma zamanı bir psikiyatrist tarafından klinik görüşme ile belirlenmektedir.

Anatolia Alkol Tedavi Kliniği hastanede tedavisi iki ana aşamada tamamlanmaktadır. Birinci aşama kısa etkili benzodiazepinler ve/veya karbamazepin (6) ile bağımlılığın detoksifikasyonu sağlanmakta, ikinci aşamada ise ayrıntıları aşağıda anlatılacak olan tedavi programı uygulanmaktadır. Hastanın detoksifikasyonu sağlandıktan sonra alkol alma istediğini azalttığı öne sürülen spesifik serotonin re-uptake inhibitörlerinden (SSRI) birisi başlanır (7). Başlangıçta alkol bağımlılığı hastalarında sık sık görülen yakınmalardan birisi de uyku bozukluğudur. Bu yakınma için ilk seçim olarak sedatif-hipnotik özelliği olan anti depresan bir ilaç kullanılmaktadır (8). Ayaktan tedavi süreci ise farmakolojik tedavi, grup toplantıları ve bireysel görüşmeler ile sürdürülmektedir.

Grup Toplantıları Süreci

Medikal ve psikiyatrik değerlendirmelerden sonra grup oturumları için uygun görülen hastalar grup sürecine katılabilir. Hastanın medikal ve psikiyatrik verileri iki psikiyatrist, bir psikolog ve bir danışman tarafından ortak olarak gözden geçirilir. Ve ağır fiziksel hastalığı olanlar, günlük aktiviteleri engelleyen çekilme belirtileri olanlar, ağır kişilik bozukluğu, ağır depresyon ve psikotik bozukluğu olan hastalar grup sürecine alınmazlar. Grup süreci içinde eğitim, yüzleştirme, destek, davranışsal-bilişsel yöntemler birlikte kullanılmaktadır. Grup üyelerinin sayısı yatan hastalar ile sınırlı olup tedavi ekibi olarak psikiyatrist, bir psikolog ve bir danışmandan meydana gelmektedir.

Birinci Oturum: Bu oturumun ana teması; bağımlının kendini anlama ve değerlendirmesidir. Bu süreçte bağımlının kendisinde beğendiği ve beğenmediği yönleri ifade etmesine çalışır. Bağımlının kendini algıladığı biçim ile alkol sorunu arasında bağıntı kurulmaya çalışır ve bağımlının sorunu hakkındaki içgörüsü için ilk adım atılmış olur. Bu oturumda ağırlık yüzleştirmeden çok bağımlının sorununu algılama biçimini anlamaktır. Gerektiği yerlerde sorunun daha açık anlaşılması için “açıklama” yapılabilir ve tedavi motivasyonunun artırılması için “destek” verilebilir.

İkinci Oturum: Bu toplantının ana teması “alkol sorununu” kabullenmek şeklinde belirlenmiştir. Amaç; grup üyelerinin sorunlarının ne kadar farkında olduklarını görmek ve alkol bağımlılığının belirtilerini konuşmaktır. Oturum başında, alkol kullanımı ile ilgili bozuklukların belirtileri anlaşılabilir açıklamaları ile birlikte basılmış bir liste halinde grup üyelerine verilir. Bunlar (9); tolerans artışı, yoksunluk, kontrol kaybı, geçici hafıza kayıpları, kişilik değişiklikleri, sosyal yaşamda oluşan sorunlar ve diğer belirtiler başlıkları altında konuşulmaktadır. Belirtilerin grup üyeleri tarafından okunması için belirli bir süre verilir, daha sonra grup yöneticisi tarafından yüksek sesle okunur. Grup üyelerinin bu belirtileri hangi oranlarda yaşadıkları anlaşılmaya çalışılır. Bu oturum biçim olarak “yüzleştirme” üzerine kurulmuştur. Grup yöneticisinin yanında danışman aktif olarak görev alır. ‘Destek ve açıklama’ görevi ekibin üçüncü elemanı üzerindedir.

Bu oturumdan sonra alkol kullanımı ile ilgili bozuklukları, etiyoloji, biyoloji, fizik-ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ayrıntılı olarak işleyen bir bilinçlendirme toplantısı yapılmaktadır. Ayrıca grup üyelerinin özelliklerine göre; “açıklama, yüzleştirme, destek verme” amaçları ile ek bireysel görüşmeler yapılabilir.

Üçüncü Oturum: Bu oturumun ana teması; alkol kullanımı ile aile ilişkileridir. Alkol kullanımının aile ilişkilerini nasıl etkilediği irdelenerek bağımlılığın boyutu anlaşılmaya çalışılır. Bu oturumun amacı; aile ilişkilerini sorgulamaktan çok alkol kullanımının aile ilişkilerini nasıl etkilediğini göstermektir. Ayrıca tedavi sürecinde ailenin de aktif rol almasının gerekliliği ortaya konulmaya çalışılır. Bu konuda bağımlıya destek verilebilir.

Dördüncü Oturum: Bu oturumda resim çalışması ile hastanın kendisini ve çevresini nasıl gördüğü değerlendirilir. Somut çizim üzerinden hareketle yorum yapılarak hastanın o an gündeme getirdiği sorunlar grup üyeleri ile birlikte paylaşılır. Resim üzerinde diğer grup üyelerinin yorum yapmasına izin verilir.

Beşinci Oturum: Bu oturumun ana teması; alkole tekrar geri dönme riskini artırabilecek durumların konuşulmasıdır. Tehlikeli olabilecek durumlar açıklamalı olarak grup yöneticisi tarafından yüksek sesle okunur. Riskli durumlar; “alkollü ortamlara girmeye başlamak, depresyon, sosyal yaşamda sorun yaratan bir durumun varlığı, günlük yaşam disiplininin bırakılması, alkol içtiğini gizlemeye çalışmak, diğer belirtiler, tedavi almanın önemi” başlıkları altında konuşulmaktadır. Bu oturumda birincil yöntem bilgi vermektir. Ayrıca “tekrar yatışları” olan grup üyelerinin deneyimleri üzerinde durulur. Gerektiğinde “inkarı” olan grup bireyelerine yüzleştirme yapılabilir.

Altıncı Oturum: Bu oturumun ana teması; ‘ayık’ kalabilmenin koşullarını grup üyeleri ile paylaşmaktır. Tedavi ekibi bu oturumda grup üyelerinin ‘ayık’ kalabilme ile ilgili olumlu değerlendirmelerini destekler. ‘İnkâr’ konuşmaları üzerinde durulmaz.

Yedinci Oturum: Bu oturumun ana teması; eski alışkanlıkları bırakmak için alternatif yaşam biçimlerinin konuşulmasıdır. Bu oturumda eski alışkanlıkların yerini alabilecek spor, tiyatro, müzik, sinema, eğlence vs.... gibi etkinlikler değerlendirilir. Her grup üyesinin kendi koşullarında yaratabileceği etkinlikler gösterilmeye çalışılır ve bu konuda destek verilir. Günlük aktivitelerin (yemek, uyku, çalışma saatleri, eğlence vs...) düzenliliğinin önemi üzerinde durulur.

Sekizinci Oturum: Bu oturumda “mektup yazma” çalışması ile grup üyelerinin alkol ve alkol problemleri konusunda duygu ve düşünceleri değerlendirilir. Bu oturumda “boş sandalye tekniği” kullanılır. Bu da bağımlının duygu ve düşüncelerinin değerlendirilmesi yanında, oturuma somut olarak katılım düzeyinin belirlenmesine ek olanak sağlamaktadır.

Film İzleme

Düzenli olarak haftada bir olmak üzere, yatarak tedavi programı içinde eğitici özelliği olan filmler seyredilmektedir (Bill’in Hayatı, Erkek Severse vs...). Film sonunda grup üyelerinin yaşantıları paylaşılır. Ayrıca sosyal aktivite değeri taşımaktadır.

Ayaktan Grup Toplantıları

Kliniğimizde tedavi gören hastaların ayaktan izlenmelerine yönelik düzenli olarak her hafta yapılan toplantılardır. Bu toplantılarda grup üyelerinin önerilerine açık konuşmalar yapılmaktadır. Grup üyelerinin ‘ayık’ yaşamda karşılaştıkları güçlükler, ‘ayık’ yaşamın iyi yönleri, zorlukları, hoşgörü, sevgi, mantık, öfke, cinsellik vs... gibi konular işlenir. Yöntem olarak ‘destekleme’ ön plandadır. Bu toplantıların bir yönü de grup üyeleri arasındaki sosyal ilişkileri canlı tutması ve güçlendirmesidir. Bu toplantılara yatan hastalar da katılmaktadır.

Haftada iki kez yapılan bu toplantıların biri ‘paylaşım’ biri de ‘bilinçlendirme’ niteliği taşımaktadır. Ayrıca üç haftada bir aile ve bağımlıların birlikte katıldıkları toplantılar yapılmaktadır. Toplantı sonunda; 3 ay, 6 ay, 1 yıl ve sonraki her ayık kalma yılı için kliniği simgeleyen rozetler verilmektedir.

Aile Toplantıları

Haftada bir kez yatan hastaların ve ayaktan izlenen hastaların birinci dereceden yakınlarıyla toplantı yapılır. Bu oturumlarda hasta yakınlarının yaşantıları paylaşılır. Gerekğinde bilgi verme, destek, yüzleştirme yapılabilir.

AA (Alcoholic Anonymous) Toplantıları

Kliniğimizde yatan hastalara AA’yı tanıtmak, bu sürece katılmalarını sağlamak amacı ile AA üyelerinin katılımı ile her hafta bir toplantı yapılmaktadır.

Bilinçlendirme Toplantıları

Haftada iki kez yapılan bu toplantıların amacı; hastalara alkol kullanım bozukluklarını, alkolün beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ve alkol bağımlılığı tedavi ilkelerini anlatmaktır. Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından alkol kullanım bozukluklarının ölçütleri, alkol kullanım bozukluklarının beden sağlığı üzerindeki kısa ve uzun süreli olumsuz etkileri, aile, iş, sosyal, toplumsal yaşantı ile ilişkileri anlaşılır ifadelerle anlatılmaktadır (9).

Bireysel Görüşme Süreci

Birinci Görüşme: Bu görüşmenin amacı kişiyi ve sorununu tanımaktır. Sorunun geniş bir öyküsü alınmaya çalışılır. Hastaya açık uçlu sorular sorularak görüşme sürecinin yapılandırılmasına yönelik ipuçları elde edilmeye çalışılır. Kaç yıldan beri sorun olduğu, daha önceki tedavi girişimleri, tedaviye niçin ve nasıl karar verildiği öğrenilmeye çalışılır ve sonunda tedavi programı hakkında kısa bilgi verilerek görüşme bitirilir.

İkinci Görüşme: Bu görüşmenin amacı ölçeklerle hastaya kesin tanı koymaktır. Alkol kullanımı ile ilgili tanı kesinleştikten sonra birinci oturumda elde edilen ipuçlarına göre başka bir psikiyatrik tanı için gerekli ölçekler uygulanır. (SCID-P, SCID II, SCL 90 R, Hamilton depresyon ölçeği vs.). Alkol kullanım bozuklukları ile ilgili belirtiler üzerinde konuşularak bilgi verme ve/veya yüzleştirme yapılabilir. Bireyin sorununu anlaması ve motivasyonu gözden geçirilir. Bu oturum sonunda hastaya alkol ile ilgili yaşantılarını yazması için ödev verilebilir. Bir sonraki oturumda bunların konuşulacağı söylenerek görüşme bitirilir.

Üçüncü Görüşme: Bu görüşmede hastanın alkol ile ilgili yaşantıları kendi ifade ettiği şekli ile ele alınır. Bu yaşantılarla ilgili yüzleştirmeler yapılır. Alkol kullanımının bedensel etkileri, yoksunluk belirtileri, iş ve sosyal yaşantıdaki etkiler, aile yaşantısı üzerindeki etkiler ve kişilik değişiklikleri konuşulur. Gerekğinde yüzleştirme ve bilgi verme yoluna gidilebilir.

Dördüncü Görüşme: Bu görüşmede kullanım ile ilişkili sorunlar tekrar ele alınır. ‘Ayıklık’ dönemi ile kullanım döneminin karşılaştırması yapılır. Alkol alma nedenleri üzerinde durulur. Eğer şu andaki durum bir ‘nüks’ ise bunun nedenlerini yakalamaya yönelik sorular sorulur. Ayıklık sürecinde görülen olumlu aktiviteler desteklenir, “nüks” e neden olan etkenler gösterilmeye çalışılır. “Nüks” riskini artırdığı ileri sürülen sosyal ortam, kişiler arası çatışmalar ve ruhsal durum üzerinde durulur (10). Bu görüşmenin sonunda hastanın hastaneden çıktıktan sonrasına yönelik düşüncelerine ve tekrar içmeye neden olacağını düşündüğü “çağrışımları” yazması istenebilir ve bir sonraki görüşmede bu konuların ele alınacağı söylenir.

Beşinci Görüşme: Bu görüşmede, önceki görüşmede verilen ödev üzerinde konuşulur. Hastanın alkolsüz yaşam ile ilgili korku ve endişeleri değerlendirilerek önerilerde bulunulabilir. Bunlar;

- Eski alışkanlıkların değiştirilmesi: alkol almayı hatırlatabilecek durum, olay ve nesnelere uzak durulması
- Alkollü ortamlardan uzak durulması
- Yalnız kalmaktan kaçınma
- Alkol içmeyeceği konusunda kendine aşırı güvenin tehlikeli olabileceği

Bu öneriler hastanın durumuna göre yapılaştırılabilir. Görüşme sonunda, hastanın klinikteki tedavi sürecinde yaşadığı duygu ve düşünceler konuşulur. Alkol kullanım bozukluklarının tedavilerinin daha uzun bir süreç olduğu hatırlatılır. Hastanın genel durumu, oturduğu yer-bölge, içgörü düzeyi göz önüne alınarak ayaktan izleme için bir program yapılır.

Sosyal Hizmetler

Psikiyatrik ortamlarda, hastaların tedavisinde çoğunlukla hastayı içinde yaşadığı çevre ile birlikte ele alma gereği ekip çalışmasının önemini arttırmaktadır. Bağımlılık probleminde de çoğu zaman hasta, içinde yaşadığı ortamın niteliği ve bu ortamdaki diğer kişilerin özellikleri ile karşılıklı etkileşim içindedir. Bağımlılık tedavisinde, sosyal hizmet uygulamaları aile, sosyal yaşantı ve iş ortamlarının düzenlenmesini amaçlamaktadır.

Kliniğimizdeki sosyal hizmet uygulamaları; hastanın toplumsal koşullarının aile, okul, iş alanlarında ilgili kişilerle tedavi ekibinden biri tarafından yüz yüze görüşme yapılarak ayrıntılı biçimde ortaya çıkarılması ve değerlendirme sonucunda müdahale edilmesini kapsamaktadır. Ayrıca ayaktan izleme sürecinde hasta, ailesi ve işyeri ile iletişim kurularak bağımlının tedaviye devami kolaylaştırılmaya çalışılır.

Tartışma ve Sonuç

Nicelik ve niteliği ne olursa olsun bütün tedavi programlarının birincil hedefi kişiyi alkolden uzak tutmaktır. Birleşik Devletler’de kökeni 1950’lerde atılmış “Minnesota Modeli” bu konuda sıkı kuralları olan bir modeldir. Son zamanlarda tedavi kurallarında bazı yumuşamalar olsa da 4 haftalık sabit bir yatış süresi vardır. Detoksifikasyondan sonra hasta öncelikle bağımlılığın anlatıldığı toplantılara katılır. Bu dönemde ek olarak hastaya alkolün yaptığı psikolojik ve medikal zararlar anlatılır. Hasta alkol kullanımının doğal sonucunu, kullanımın aile üzerindeki etkilerini, koşullanma durumlarını, tekrar başlamayı önleme tekniklerini, yaşam tarzında değişiklik yapması gerektiğini ve başa çıkma düzeneklerini öğrenir. AA toplantılarında olduğu gibi uzmanlar ve diğer hastalar önünde kullanım ile ilgili sorular sorularak hastanın kullanım ile ilgili olumsuz etkileri görmesine ve sorunları kabul etmesine yardımcı olunur (3).

Biçim olarak “Minnesota Modeli”; grup terapisi, yüzleştirme tekniği ve ‘içmeyen’ bir alkoliğin (ex-user) varlığına dayanır. Ayrıca bu modelde zaman zaman sistem müdahalesi olarak sorunun kavranması için işveren ve diğer aile üyeleri de görev almaktadır. Minnesota Modeli programındaki birçok tedavi grubu AA ve NA (Narcotic Anonymous) gruplarının ilkelerine dayanmaktadır. Bu programların ana amacı; hastaneden çıkıştan sonra bu hastaları söz konusu gruplara entegre etmektir. Bu modelde psikiyatristin görevi birlikte var olan psikiyatrik bir hastalığın tedavisini yapmaktır. Danışman ve psikiyatrist arasındaki bütünlük değişkendir ve işbirliği yapmaktan tam bir bütünlüğe kadar değişebilir. Minnesota Tedavi Modeli Programı; grup terapisi, ‘eş değerlendirmesi’ (diğer bir alkol bağımlısı ile olan etkileşim) ve alkol kullanımını kendi kendine bırakmış danışmanlar yoluyla alışkanlık, düşünce ve inanışları geniş bir şekilde araştırma olanağı sağlamaktadır. Bu programın en önemli yönü kendini çaresiz hisseden bağımlıya umut vermesidir. Bu ve benzeri programlar iyileşme sürecinde ruhsal durumun önemi üzerinde durmaktadır (3). Bu tedavi modelinin en önemli tedavi edici yönü ‘geniş ve dogmatik bir ideoloji’ olması ile açıklanmıştır (11). Ayrıca böyle programların bir yönü de ‘eleştiri’ özelliklerinin olmasıdır. Kliniğimizde uygulanan tedavi programı, gerek nicelik gerekse nitelik açısından “Minnesota Modeli” ile paralellikler göstermektedir.

Son on yıl içinde bağımlılık hastalarında, birlikte bazı psikiyatrik bozuklukların görülmesi bu konuda özelleşen birimlerin kurulma çabalarını artırmıştır (12). Ancak bazı araştırmacılar; bağımlılık hastalarında görülen psikiyatrik bozuklukların ‘primer’ bir psikiyatrik bozukluk olmalarından çok “sekonder” olduklarını ileri sürmüşlerdir (13). Bağımlılık ile birlikte psikiyatrik başka bir hastalığı olanlar, birçok açıdan farklı özellikler gösteren hastalar olabilirler. Bu nedenle bu hastaların aynı birimlerde tedavi edilmeleri bazı sakıncalar oluşturabilir. Örneğin genç kokain bağımlısı bulumik bir hasta ile yaşlı depresyonlu alkolik bir hastanın aynı ortamda tedavi edilmesi bazı zorluklar arzedebilir (3). Birlikte psikiyatrik hastalığı olanlara kliniğimizin yaklaşımı; ağır anti-sosyal ve borderline kişilik bozuklukları olanlar, psikotik özellikleri olanlar veya ağır psikopatoloji nedeniyle grup uyumu sağlanamayan hastaların grup süreci dışında ele alınması şeklindedir. Bu hastalar daha çok bireysel tedavi sürecine alınmaktadır.

Birlikte psikiyatrik başka bir hastalığı olanların ‘özelleşmiş bağımlılık birimlerinde’ tedavi edilmelerinin daha uygun olduğu ileri sürülmüştür. Bağımlılık tedavisi ile ilişkili kavramların çoğunun diğer psikiyatrik hastalıklardaki gibi olduğu ifade edilmektedir. Bu kavramlar şu şekilde özetlenebilir (14):

- 1-Kronik bir hastalığın kabul edilmesi
- 2-Kronik bir hastalıktan düzelme sağlama
- 3-İnkarı yenme
- 4-Utanmayı yenme
- 5-Yardım isteminin önemini kavrama
- 6-Tedaviye aktif katılma
- 7-Yeni becerilerin, başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi

Sonuç olarak; Anatolia Alkol Tedavi Kliniği ve Tedavi Programı dünyadaki değişik örneklerin özelliklerini taşıyan, uzun yılların deneyimi ile ülkemiz koşullarına göre yapılandırılmış, gelişme ve iş birliğine açık bir klinik ve tedavi programıdır.

Kaynaklar

- 1-** Pies, R.W.; Clinical Manual of Psychiatric Diagnosis and Treatment; a biopsycosocial approach. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC, 1994.
- 2-** Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P.; The abuse alcohol and drugs. Oxford Textbook of Psychiatry, Third Edition, Oxford University Press, Inc., New York, 1996.
- 3-** Weiss, R. D.; Inpatient Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment. M. Galanter ve H. D. Kleber (eds) pp 359-368, American Psychiatric Press Inc. Washington DC, 1994.
- 4-** Doğan, Y.B.; Alkol bağımlılığı sendromunun tedavisinde tümleşik bir grup modeli. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996 cilt:4, ek:2, 32-36.
- 5-** Quizzes to help determine alcohol dependency, from Adult Children Educational Foundation, computer Bulletin Board - (703) 821-2925, Alcoholic Anonymous World Services Inc.
- 6-** Malcolm, R., Ballanger, J.C., Sturgis, E.T. et al; Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. Am J Psychiatry 1989; 146:617-621.
- 7-** Naranjo, C.A., Sellers, E. M., Sullivan, J. T., Woodley, D. V., Kadlec, K., Sykore, K.; The serotonin uptake inhibitor citalopram attenuates ethanol intake. Clin Pharmacol Ther. 1987; 41:266-274.
- 8-** Montgomery, S. A., Bullock, T., Pinder, R.M.; The clinical profile of mianserin. Nord Psykiatr Tidsskr 1991; 45: suppl. 24, 27-35.
- 9-** APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- 10-** Marlatt, G. A., Barrett, K.; Relapse Prevention. In Textbook of Substance Abuse Treatment, Marc Galanter and Herbert D. Kleber (eds), pp 285-299, American Psychiatric Press Inc., Washington DC, 1994.
- 11-** Cook, C. C. H.; The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependence: miracle, method or myth? Part II: evidence and conclusions, British Journal of Addiction 1988; 83 735-748.
- 12-** Meyer, R. E.; Psychopathology and Addictive Disorders. New York, Guilford, 1986.
- 13-** Weiss, R. D., Mirin, S. M., Frances, R. J.; The myth of typical dual diagnosis patient. Hosp Community Psychiatry 1992; 43: 107-108.
- 14-** Minkoff, K.; An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 1031-1036.