

‘Anatolia Alkol Tedavi Klinigi’ Tedavi Programi

Kalyoncu A., Mirsal H., Pektas Ö., Yilmaz S., Beyazyürek M.

ÖZET

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı genel popülasyonda oldukça sık görülen mental bozukluklardır. Bir yıllık bir süre içinde ‘Alkolle ilişkili bozukluklar’ın yaklaşık % 7.5 hastalık düzeyinde olduğu kabul edilmektedir(1). 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 Klinigi’nin tedavi programı anlatılmaktadır(2,3).

THE TREATMENT PROGRAM OF THE ANATOLIA CLINIC FOR ALCOHOL RELATED DISORDERS

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.

Key Words: Alcohol-Related Disorders, treatment

GİRİŞ

Alkol kullanımı ile ilişkili sorunların her geçen gün artması bu kullanım ile ilişkili bozuklukların tedavisinin de daha sistematize yapılmasının gerekliliğini doğurmaktadır. Birleşik Devletler’de alkol kullanımının toplum sağlığı açısından kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada (1) yer alması sorunun önemi açısından iyi bir veri oluşturmaktadır. İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol kullanımı çağlar boyunca değişik bakış açıları ile ele alınmıştır. Töresel, bir

anlamda sosyokültürel açıdan; alkol kullanımının kişinin kendi isteği ve iradesi ile , medikal bağlamda ise; kullanımın hastalıkla ilgili olduğu kabul edilmiştir(2). Alkol kullanımı ve sonuçlarının; kullanan yanında aile ve toplumu da psikolojik, sosyal, ekonomik açılarından önemli boyutlarda etkilemesi, sorunu ‘biyopsikososyal’ bir model içinde ele alma gereği doğurmuştur.

Alkol kullanımı ile ilişkili tanımlamaların tarih boyunca değişmesi yanında tedavi çabaları ve programlarında da kösüt değişiklikler gözlenmiştir. Birleşik Devletler’de temeli 1950’lerde atılan en yaygın alkol tedavi modeli olarak, Minnesota Modeli kabul edilmektedir. US’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
- 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 olanının olması
- 2- Hastanın sorunları ile yüzleştirilme olanının olması
- 3- Bu konuda bilgili ve istekli personel varlığı
- 4- Bağımlılık hastalarının diğer ortamlarda kendilerini rahatsız hissetmeleri

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

ANATOLIA ALKOL TEDAVİ KLİNİĞİ

Anatolia Alkol Tedavi Kliniği Mart 1996 da kurulmuş, 16 yataklı özelleşmiş bir birim niteliğindedir. Anatolia Alkol Tedavi Kliniği hemen bütün tıbbi hizmetlerin verilebildiği genel hastane olan Balıklı Rum Hastanesi Vakfı bünyesinde hizmet vermektedir. Kliniğin bugünkü durumuna gelmesi belirli bir deneyim ve aşama göstermiştir. Alkol hastalarının tedavisi 1994 yılında kurulan ‘Bağımlılık Tedavi Kliniği’ içinde yapılmaya başlanmış, yaklaşık iki yıllık bir süreç içinde alkol hastalarının diğer madde bağımlılığı sorunları olan hastalarla birlikte tedavi edilmelerinin güçlükleri gözlenerek, tedavi programlarının ayrılmasının yanında bu hastaların ortamları da ayrılmıştır.

HASTALARIN DEGERLENDIRILMESI : Etkili tedavinin ilk kosulu hastaligin dogru degerlendirilmesidir. Hastalarin klinige kabulü ya dogrudan poliklinik basvurusu ya da klinikte çalisan Ruh Sagligi ve Hastaliklari uzmanlarinin özel muayenehaneleri yolu ile olmaktadır. Hastaneye yatis karari; entoksikasyon ve/veya kesilme durumu, medikal komplikasyonlar, emosyonel durumlar gözden geçirilerek verilmektedir. Bütün bu durumlar degerlendirilerek hastanin kendisine ve çevresine zararli olma potansiyelinin fazla veya ayaktan tedaviyi sürdürme olanaginin az olmasi halinde yatis karari verilir.

Klinige basvuran hasta; ayrintili sosyodemografik verileri, alkol alma miktarini, yakinmalari, hastalik özgeçmisini, soygeçmiş özelliklerini sorgulayan yari-yapilandirilmis dosya formu ile bir psikiyatrist tarafından degerlendirilmektedir. DSM IV ölçütleri kullanilarak alkol kullanimi ile ilgili olan bozuklugun tanisi konulur. Bu noktada hasta tarafından verilen bilgilerin güvenilirliğini kontrol etmek için bir yakininin bilgisine basvurulabilir. Daha sonraki asamada hastanin genis olarak medikal ve psikiyatrik degerlendirmesi yapilir. Medikal degerlendirme içinde fizik muayene yaninda hemogram, tam idrar tetkiki, üre, seker, karaciger fonksiyon testleri (SGOT, SGPT, gama GT) yapilmakta, gerekli durumlarda iç hastaliklari uzmani bilgisine basvurulmaktadır. Ek psikiyatrik degerlendirmeler için; SCID-P, SCID II, SCL 90 R, Hamilton Depresyon Ölçegi kullanilmaktadır. Ayrica bagimlilik derecelendirilmesi için danisman gözetiminde 26 soruluk SELF-TEST uygulanmaktadır (5). Bu ölçeklerin uygulanma zamani bir psikiyatrist tarafından klinik görüşme ile belirlenmektedir.

Anatolia Alkol Tedavi Klinigi hastane tedavisi iki ana asamada tamamlanmaktadır. Birinci asamada kisa etkili benzodiazepinler ve/veya karbamazepin ile (6) bagimlinin detoksifikasyonu saglanmakta, ikinci asamada ise ayrintilari asagida anlatilacak olan rehabilitasyon programi uygulanmaktadır. Hastanin detoksifikasyonu saglandiktan sonra alkol alma istegini azaltdigi öne sürülen spesifik serotonin re-uptake inhibitörlerinden (SSRI) birisi baslanir (7). Baslangıçta alkol bagimliliği olan hastalarda sik sik görülen yakinmalardan birisi de uyku bozuklugudur. Bu yakinma için ilk seçim olarak sedatif-hipnotik özelligi olan anti-depresan bir ilaç kullanilmaktadır(8). Ayaktan tedavi süreci ise farmakolojik tedavi, grup toplantilari ve bireysel görüşmeler ile sürdürülmektedir.

GRUP TOPLANTILARI SÜRECİ

Medikal ve psikiyatrik degerlendirmelerden sonra grup oturumlari için uygun görülen hastalar grup sürecine katilabilir. Hastanin medikal ve psikiyatrik verileri iki psikiyatrist , bir psikolog ve bir danisman tarafından ortak olarak gözden geçirilir ve agir fiziksel hastaligi olanlar, günlük aktiviteleri engelleyen çekilme belirtileri olanlar, agir kisilik bozuklugu, agir depresyon ve psikotik bozuklugu olan hastalar grup sürecine alinmazlar. Grup süreci içinde eğitim, yüzlestirme, destek, davranissal-bilissel yöntemler birlikte kullanilmaktadır. Grup üyelerinin sayisi yatan hastalar ile sinirli olup tedavi ekibi olarak psikiyatrist, bir psikolog ve bir danismandan meydana gelmektedir.

Birinci Oturum : Bu oturumun ana temasi bagimlinin kendini anlama ve degerlendirmesidir. Bu süreçte bagimlinin kendisinde begendigi ve begenmedigi yönleri ifade etmesine çalisilir. Bagimlinin kendini algiladigi biçim ile alkol sorunu arasinda baginti kurulmaya çalisilir ve bagimlinin sorunu hakkındaki içgörüsü için ilk adım atilmis olur.Bu oturumda agirlik

‘yüzleştirmeden’ çok bağımlinin sorununu algılama biçimini anlamaktır. Gerektigi yerlerde sorunun daha açık anlasılması için ‘açıklama’ yapılabilir ve tedavi motivasyonunun arttırılması 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 bağımliliğinin belirtilerini konuşmaktır. Oturumun başında; alkol kullanımı ile ilgili bozuklukların belirtileri anlaşılabılır açıklamaları ile birlikte basılmış bir liste halinde grup üyelerine verilir. Bu belirtiler(9); kontrol kaybı, geçici hafıza kayıpları (black out), tolerans, sosyal-kanuni-ekonomik-sağlık sorunları, kişilik değişiklikleri, içme davranışı ile asiri ugras, içkili ortamlara gitmeden önce içme davranışı, içme davranışını küçümseme veya inkar, içme davranışı hakkında konuşmaktan kaçınma, kaza-hastalık-yaralanmalara eğilimli olma, normal hissetme için içme davranışı, güne baslarken içme davranışı (eye-opener) şeklindedir. Belirtilerin grup üyeleri tarafından okunması için belirli bir süre verilir, daha sonra danışman 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 bağımliliğin boyutu anlaşılmaya çalışılır. Bu oturumun amacı aile ilişkilerini sorgulamaktan çok alkol kullanımının aile ilişkilerini nasıl etkilediğini göstermektir. Ayrıca tedavi sürecinde ailenin de aktif rol almasını 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 tartışılır. Resim üzerinde diğer grup üyelerinin yorum yapmasına izin verilir.

Beşinci Oturum : Bu oturumun ana teması alkole tekrar geri dönme riskini arttırabilecek durumların konuşulmasıdır. Tehlikeli olabilecek durumlar açıklamalı olarak danışman tarafından yüksek sesle okunur. Riskli durumlar; 'asiri yorgunluk, dürüst olmama, sabirsizlik, münakasacılık, depresyon, hayal kırıklığı kendine acıma, sahte cesaret, gönül rahatlığı, baskalarından çok şey bekleme, disiplini elden bırakma, gereksiz ilaç kullanma, çok şey isteme, sükretmeyi unutma, basına bir şey gelmeyeceğini düşünme, herseye gücü olma' başlıkları altında konuşulmaktadır. Bu oturumda birincil yöntem bilgi vermektir. Ayrıca ‘tekrar yatışları’ olan grup üyelerinin deneyimleri üzerinde durulur. Gerektiğinde ‘inkarı’ olan grup bireylerine yüzleştirme yapılabilir.

Altıncı Oturum : Bu oturumun ana teması ayık kalabilmenin koşullarını grup üyeleri ile tartışmaktır. Tedavi ekibi bu oturumda grup üyelerinin ayık kalabilme ile ilgili olumlu değerlendirmelerini destekler. ‘Inkar’ 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, tiyatro, eğlence vs... gibi etkinlikler tartışılır. 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 ‘bos sandalye tekniği’ kullanılır. Bu da bağımlinin duygu ve düşüncelerinin değerlendirilmesi yanında, oturuma somut olarak katılım düzeyinin saptanmasına ek olarak 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 TOPLANTILARI (ÇARŞAMBA TOPLANTILARI) : 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. Toplantı sonunda; 3 ay, 6 ay, 1 yıl ve sonraki her ayık kalma yılı için sırasıyla kliniği simgeleyen bronz, gümüş ve altın renginde rozetler verilmektedir.

AİLE TOPLANTILARI : Haftada bir düzenli olarak yatan hastaların ve ayaktan izlenen hastaların birinci derecede yakınları ile toplantı yapılır. Bu oturumlarda hasta yakınlarının yaşantıları paylaşılır. Gerektiğinde bilgi verme, destek, yüzleştirme yapılabilir.

AA (Alcoholic Anonymous) TOPLANTISI : Kliniğimizde yatan hastalara AA’yi tanıtmak, bu sürece katılmalarını sağlamak amacıyla AA üyelerinin katılımı ile her hafta düzenli olarak bir toplantı yapılmaktadır.

BİLİNÇLENDİRME TOPLANTILARI: Haftada iki defa (Sali-Cumartesi) yapılan bu toplantıların amacı; hastalara alkol kullanım bozukluklarını, alkolün beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini 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 yasanti ile ilişkileri anlaşılır ifadelerle anlatılmaktadır (9). Cumartesi günü yapılan bilinçlendirme toplantıları; daha çok bağımlinin alkol ve alkol problemi konusunda öğrenmek istediği soruların yanıtlarına ayrılmaktadır. Bu toplantılara daha önce klinikte yatmış ve ayaktan izlenen hastaların katılım olanaklarının daha fazla olması ‘bağımlilik’ konusunda daha fazla bilgilendirme ve unuttuklarını tazeleme olarak sağlamaktadır. Bunun da ‘ayık kalma’ sürecini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

BİREYSEL GÖRÜŞME SÜRECİ

Birinci Görüşme : Bu görüşmenin amacı kişiyi ve sorununu tanımadır. Sorunun geniş bir öyküsü alınmaya çalışılır. Hastaya açık uçlu sorular sorularak görüşme sürecinin yapılandırılmasına yönelik ip uçları 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 kesinleştirildikten sonra birinci oturumda elde edilen ip uçlarına 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 yasantılarını yazması için ödev verilir. Bir sonraki oturumda bunların konuşulacağı söylenerek görüşme bitirilir.

Üçüncü Görüşme : Bu görüşmede hastanın alkol ile ilgili yasantıları kendi ifade ettiği biçimi ile ele alınır. Bu yasantılarla ilgili yüzleştirmeler yapılır. Alkol kullanımının bedensel etkileri, yoksunluk belirtileri, iş ve sosyal yasantıdaki etkiler, aile yasantısı üzerindeki etkiler ele alınır. 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 karşılaştırılması yapılır. Alkol alma nedenleri üzerinde durulur. Eğer şu andaki durum bir 'relapse' ise bunun nedenlerini yakalamaya yönelik sorular sorulur. Ayıklık sürecinde görülen olumlu aktiviteler desteklenir, 'relapse' neden olan etkenler gösterilmeye çalışılır. 'Relapse' riskini arttırdığı ileri sürülen sosyal ortam, kişiler arası çatışmalar ve ruhsal durum (10) üzerinde durulur. Bu görüşmenin sonunda hastanın hastaneden çıktıktan sonrasına yönelik düşüncelerini ve tekrar içmeye neden olacağını düşündüğü "çağrışımları" yazması istenir 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 bulunulur. Bunlar :

*Eski alışkanlıkların değiştirilmesi : Alkol almayı hatırlatabilecek durum, olay ve nesnelere uzak durulması

*Alkollü ortamlardan uzak durulması

*Yalnız kalmaktan kaçınma

*Kendine asiri güvenin tehlikeli olabileceği

Bu öneriler hastanın durumuna göre yapılabilmektedir.

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 HİZMETLER : 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 yasanti ve is ortamlarının düzenlenmesini amaçlamaktadır. Klinigimizdeki sosyal hizmet uygulamaları; hastanın toplumsal kosullarının aile, okul, is alanlarında ilgili kisilere bir sosyal hizmet uzmani tarafından yüzyüze görüsme yapılarak ayrıntılı biçimde ortaya çıkarılması ve degerlendirme sonucunda müdahale edilmesini kapsamaktadır. Ayrıca ayaktan izleme sürecinde; hasta, ailesi ve isyeri ile iletisim kurularak bagimlinin tedaviye devami kolaylastirilmaya çalisilir.

TARTISMA VE SONUÇ

Nicelik ve niteligi ne olursa olsun bütün tedavi programlarının birincil hedefi kisiyi alkolden uzak tutmaktır. Birlesik Devletler’de kökeni 1950’ lerde atilmis ‘Minnesota Modeli’ bu konuda siki kurallari olan bir modeldir. Son zamanlarda tedavi kurallarında bazı yumusamalar olsa da bu modelde öncelikle 4 haftalik sabit bir yatis süresi vardır. Detoksifikasyondan sonra, hasta öncelikle bagimliligin anlatildigi toplantılara katilir. Bu dönemde ek olarak hastaya alkolün yaptigi psikolojik ve medikal zararları anlatilir. Hasta alkol kullanımının dogal sonucunu, kullanımın aile üzerindeki etkilerini, kosullanma durumlarını, tekrar baslamayı önleme tekniklerini, yasam tarzında degisiklik yapması gerektiğini ve basa çıkma düzeneklerini öğrenir. AA toplantılarında oldugu gibi, uzmanlar ve diger 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’ :

- 1- Grup terapisi
- 2- Yüzletirme
- 3- Eski bir alkoligin varligina dayanir.

Ayrıca bu modelde zaman zaman sistem müdahalesi olarak sorunun kavranması için isveren ve diger aile üyeleri de görev almaktadır.

Minnesota Modeli programındaki birçok tedavi grubu AA ve Narcotic Anonymous gruplarının ilkelerine dayanmaktadır. Bu programların ana amacı hastaneden çıkistan sonra bu hastaları söz konusu gruplara entegre etmektir. Bu modelde psikiyatristin görevi birlikte var olan psikiyatrik bir hastalığın tedavisini yapmaktır. Danisman ve psikiyatrist arasındaki bütünlük degiskendir ve isbirliği yapmaktan tam bir bütünlüğe kadar degisebilir.

Minnesota Tedavi Modeli Programı; grup terapisi, es degerlendirmesi ve alkol kullanımını kendi kendine bırakmış danismanlar yoluyla aliskanlık, düşünce ve inanışları geniş bir şekilde araştırma olanagi sağlamaktadır. Bu programın en önemli yönü kendini çaresiz hisseden bagimliya umut vermesidir. Bu ve benzeri programlar iyileşme sürecinde ruhsal durumun önemi üzerinde durmaktadır (3). Cook (11) bu tedavi modelinin en önemli tedavi edici yönünün ‘geniş ve dogmatik bir ideoloji’ olmasıyla açıklamaktadır. Ayrıca böyle programların bir yönü de ‘eleştiri’ özelliklerinin olmasıdır. Klinigimizde 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 özellenen birimlerin kurulma çabalarını arttırmıştır (12). Ancak bazı araştırmacılar; bağımlılık hastalarında görülen psikiyatrik bozuklukların 'primer' bir psikiyatrik bozukluk olmalarından çok 'sekonder' olduğunu ileri sürmektedirler (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 bağımlisi blumik bir hasta ile yaşlı, depresyonlu alkolik bir hastanın aynı ortamda tedavi edilmesi bazı zorluklar arz edebilir (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.

Minkoff birlikte psikiyatrik başka bir hastalığı olanların 'özellenmiş bağımlılık birimlerinde' tedavi edilmelerinin daha uygun olduğunu ileri sürmektedir. Minkoff bağımlılık tedavisi ile ilişkili kavramların çoğunun diğer psikiyatrik hastalıklardaki gibi olduğunu ifade etmektedir. Bu kavramlar şu şekilde özetlenebilir (14) :

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

Sonuç olarak; Mart 1996-Ocak 1997 tarihleri arasında yaklaşık 300 hastanın 400 yatışı yaptığı 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.

TABLO 1: ANATOLIA ALKOL TEDAVİ KLİNİĞİ TEDAVİ PROGRAMI

SAAT	PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA
8:00-8:30	Yürüyüş ve Spor	Yürüyüş ve Spor	Yürüyüş ve Spor
8:30-9:30	Kahvaltı	Kahvaltı	Kahvaltı
9:30-10:30	Visit	Visit	
10:00-12:00			Konsey Visiti
10:30-11:30	Grup Toplantısı	Grup Toplantısı	

12:00-13:00	Ögle Yemegi	Ögle Yemegi	Ögle Yemegi
13:00-15:30	Bireysel görüşme		
13:00-14:00		Bilinçlendirme Top.	
15:30-16:30	AA toplantisi		
14:00-15:00			Ayaktan Grup Toplantisi
	PERTEMBE	CUMA	CUMARTESI
8:00-8:30	Yürüyüş ve Spor	Yürüyüş ve Spor	Yürüyüş ve Spor
8:30-9:30	Kahvalti	Kahvalti	Kahvalti
9:30-10:30	Visit	Visit	
10:00-11:00			Bilinçlendirme Top.
10:30-11:30	Grup Toplantisi	Grup Toplantisi	
12:00-13:00	Ögle Yemegi	Ögle Yemegi	Ögle Yemegi
13:00-17:00	Bireysel görüşme		
14:00-15:00		Aile Toplantisi	
11:00-12:00			Bireysel Görüşme

KAYNAKLAR

- 1- Pies RW: Clinical Manual of Psychiatric Diagnosis and Treatment; a biopsycosocial approach American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC London, England, 1994
- 2- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P: Oxford Textbook of Psychiatry, Third Edition, Oxford University Press, Inc., New York, 1996
- 3- Weiss RD: Inpatient Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment. M Galanter ve HD Kleber (eds) pp 359-368, American Psychiatric Press Inc. Washington DC, London, England, 1994.
- 4- Dogan YB: Alkol bagimlilik sendromunun tedavisinde tümlesik 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 JC, Sturgis ET, et al: Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. Am J Psychiatry 1989; 146:617-621.
- 7- Naranjo CA, Sellers EM, Sullivan JT, Woodley DV, Kadlec K, Sykora K: The serotonin uptake inhibitor citalopram attenuates ethanol intake. Clin Pharmacol Ther. 1987; 41:266-274.

8- Montgomery SA, Bullock T, Pinder RM: 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 GA, Baret 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, London, England 1994.

11-Cook CCH: The Minnesotto 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 RE: Psychopathology and Addictive Disorders. New York, Guilfird, 1986.

13-Weiss RD, Mirin SM, Frances RJ: The myth of the 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

