

Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

SAMBA

UYGULAYICILAR İÇİN KAYNAK KİTAPÇIK

Okuyun :)



Bu kitapçık SAMBA uygulayıcıları için hazırlanmış olup, uygulamalarda yardımcı olabilecek temel bilgileri içermektedir.

Yazan

Kültegin Ögel

İçindekiler

Bağımlılık ve ilişkili kavramlar
Bağımlılıkta tedavi
Değişim süreci ve tedaviye hazır olmak
Görüşme teknikleri
Bağımlılıkta yinelemeyi (kayma-relaps) önleme
Bulaşıcı hastalıklar ve bağımlılık
Bağımlılık yapan maddeler
Farkındalık ve Kabullenme Terapisi

Dikkat

Bu kitapçık izin alınmadan çoğaltılamaz veya kaynak göstermeden içinden alıntı yapılamaz.

Önerilen kaynak gösterme biçimi

Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) - Uygulayıcılar için kaynak kitapçık. 2. Sürüm. Yeniden Yayınları, İstanbul, 2014

SAMBA Web sitesi

www.samba.info.tr

İletişim

ogelk@ogelk.net

BAĞIMLILIK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Kaynak: www.ogelk.net

Bağımlılık, madde kullanımı sorunu içinde önemli bir kavramdır. “Uyuşturucu” madde tanımında bile bağımlılık kavramı kullanılır. Bunlar “bağımlılık” yapıcı maddelerdir. Bu nedenle bağımlılığın çok iyi bilinmesi ve anlaşılması gerekir.

Bağımlılık bir sendromdur. Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasına ilişkin DSM IV adlı kitaba göre bağımlılığın çeşitli ölçütleri vardır. Buna göre aşağıda yer alanlardan sadece üçü bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

1. Tolerans gelişmesi (kullanılan madde miktarının aynı etkiyi sağlamak amacıyla giderek artırılması)
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında fiziksel veya ruhsal yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
3. Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar
4. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama
5. Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalır ya da tamamen bırakılması
6. Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması
7. Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi

Bağımlılığı tehlikeli kullanımdan ayırmak gerekir. Tehlikeli kullanım, madde kullanımının kişinin kendine, hayatına ve çevresine zarar vermesidir. Bunlar içinde çeşitli zararlar sayılabilir. Madde kullanımına bağlı olarak kişi işine gitmez, okula devam etmez, işinde başarısızlıklar ortaya çıkar, ailesini ve çocuklarını ihmal eder ya da bedeninde fiziksel bozulmalar olur. Madde kullanımı nedeni ile tartışma, kavga gibi yineleyen kişilerarası ve toplumsal sorunlar, madde taşımak ve bulundurmamak ya da madde etkisi ile gelişen davranış bozuklukları dolayısıyla yasal sorunlar ortaya çıkabilir.

Bağımlılık bir süreç içinde gelişir. Kişi önce maddeyi dener. Ardından düzenli kullanmaya başlar. Onunda kişide bağımlılık gelişir. Bu nedenle her madde kullanan kişiyi bağımlı olarak adlandırmak yanlış olacaktır. Bağımlılığın evreleri vardır. Ancak aşağıda yer alan evreler bütün madde kullananlar için geçerli değildir. Farklı seyir izleyen durumlar da olabilir.

1. Hazırlık evresi
2. İlk madde kullanımı

3. Madde kullanmayı sürdürme
4. İlerleme evresi
5. Bırakma evresi
6. Tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse)
7. Tekrar madde kullanımı (lapse)
8. Tekrar madde kullanmaya başlama (relapse)

Bağımlıların büyük çoğunluğu kontrol edebileceği inancı ile madde kullanmaya başlar. Hiçbir zaman bağımlı olabileceğini düşünmez. Amaç ara sıra kullanmaktır. Ancak sonuçta kişi bağımlı hale gelir. Çünkü, bağımlılık madde kullanımının kaçınılmaz sonucudur. Kişi bağımlı olduğunun farkına varamaz.

Hayatta her nesne bağımlılığa yol açabilir. İnsan herhangi bir maddeye bağımlı hale gelebilir. Her şeyin bağımlılık riski vardır. Ancak bazı maddelerin bağımlılık potansiyeli daha yüksektir. İşte bu bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelere insanlar daha kolay ve sık olarak bağımlı olmaktadır.

Kişi madde kullanmaya başladıktan ne kadar sonra bağımlılık gelişeceğine ilişkin yeterli veri elimizde yoktur. Bağımlılık gelişme riski kullanılan madde cinsine, maddenin saflığına, kullanılan kişinin fiziksel ve ruhsal yapısına göre değişir.

Bağımlılık yapan maddelerin psikolojik etkileri çok yoğundur. Bu nedenle bir kez kullanım bile sorun yaratabilir. Örneğin kokain bir kez kullanıldıktan ve etkisi geçtikten sonra 15-16 saat süre ile istenmeyen ruhsal etkilere neden olur. Katkı maddeleri ile fazla karıştırılmamış eroin, ilk kullanımdan sonra bile bağımlılık yapabilir. Bu nedenle bu maddelerin bir kez kullanılması bile sakıncalı yaratır ve bağımlılık riski vardır.

İnsan bir kez bağımlı oldu mu artık bir daha tam olarak bu bağımlılıktan kurtulamaz. Ancak bu demek değildir ki, bağımlılık düzelmez. Bağımlılık düzelir ancak iyileşmez. Kişi madde kullanmadığı sürece iyidir. Bir sorunu yoktur. Ancak madde kullandığı andan itibaren bağımlılık sorunu derhal canlanır ve her şey yeniden başlar. Örneğin alkol bağımlıları düzeldikten sonra her zaman arada sırada bir içmenin hayali ile yaşarlar. Ancak bu hayalin gerçekleşmesi mümkün değildir. Çünkü, bir kez alkol aldıktan sonra kısa bir süre içinde gene bütün gün içmeye başlarlar.

Bağımlılığı şeker hastalığı gibi düşünebiliriz. Şeker hastalığında da kişi eğer şeker kullanmaz ve diyetine dikkat ederse, rahat yaşar ve hastalık onun için bir sorun olmaz. Ancak ne zaman şeker yer ise hastalık canlanır ve o kişi için ciddi bir sorun yaşanmaya başlar. Bağımlılık uzun zaman ruhsal ve fiziksel bağımlılık olarak ikiye ayrılmıştır. Fiziksel bağımlılık; maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Beden uyuşturucu maddeye karşı bir adaptasyon geliştirir. Madde alınmadığı zaman, ortaya bazı belirtiler çıkar. Çünkü, bedenin bulduğu fizyolojik adaptasyon bozulmuştur. Kendini yeni duruma göre ayarlamak zorundadır. İşte bu dönemde belirtiler gözlenir. Ruhsal bağımlılık, alışkanlık, itiyat gibi diğer bazı terimler ile de açıklanır. Kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği,

gereksinimlerini tatmin etme, gidermek amacı ile o maddeye düşkünlüğü biçiminde tanımlanabilir, ruhsal bağımlılık. Ruhsal bağımlılıkta madde alındığında doyum, rahatlama ve haz meydana gelir. Ancak günümüzde bu iki tanım birbirinden ayrılmamaktır. Çünkü, kişide hem ruhsal, hem de fiziksel bağımlılık aynı anda görülebilir. Pratikte de bunun bir yararı yoktur. Fiziksel bağımlılık kısa bir süre içinde sonlanabilir. Ancak asıl sorun ruhsal bağımlılığın sonlandırılmasıdır. Bu daha uzun bir süreç ve çaba gerektiren bir durumdur.

Madde Kullanımına Yol Açan Etkenler

Madde kullanımını anlayabilmek için kişilik, aile ve çevre gibi temel etmenlerin gözardı edilmemesi gerekmektedir. Eğer bu etmenlerden bir tanesi yeteri kadar güçlü bir olumsuz etkiye sahipse, diğerlerinin olumsuz etkileri minimal olsa dahi yine kişide madde kullanma olasılığı yüksektir. Bu etmenlerden bir veya daha fazlası güçlü pozitif etki gösteriyorsa, kişi yüksek risk altında olsa dahi bu onu madde kullanımına karşı koruyabilmektedir.

Madde kullanımına yol açan çeşitli etmenleri şu şekilde özetleyebiliriz.

1. Arkadaş grubuna bağlı etkenler,
2. Ebeveyne bağlı etkenler,
3. Kişiye bağlı etkenler,
4. Biyolojik etkenler
5. Toplumsal, kültürel, sosyal etkenler.

Arkadaş grubuna bağlı etkenler

Arkadaş grubuna bağlı etkenler arasında en önemlisi kişinin arkadaşlarının madde kullanmasıdır. Arkadaşları madde kullanan bir kişinin madde kullanması beklenebilir bir durumdur. Arkadaş grubunun madde kullanımı ile ilgili tutumları da kişinin madde kullanmasında rol oynamaktadır. Madde kullanımına yönelik olumlu tutumu olan arkadaş grubu olan kişilerde madde kullanımı daha sıktır. Arkadaş grubuna bağlılık ve yönelmenin fazla olduğu kişilerde de yine madde kullanımı daha sık olarak bulunmuştur.

Aile ve ebeveyn

Aile büyüklerinden biri madde kullanıyorsa, bu kişide madde kullanımı daha sıktır. Ebeveynlerin madde kullanımı ile ilgili tutum ve düşünceleri, madde kullanımı yönündeysen, kişide madde kullanım riski artmaktadır. Ebeveynlerin madde kullanımı ve sapkın davranışlara gösterdiği toleransın fazla olması da madde kullanımı için risk oluşturmaktadır.

Ebeveyn-çocuk arasında yakınlık ve bağlılığın olmaması, ebeveynlerin çocuğun yaşamı ile ilgili olmaması ve uygun olmayan disiplin yöntemlerinin varlığı madde kullanımını artıran risk etkenleri arasındadır.

Bireysel etkenler

Erken çocukluk döneminde öfkeli, sinirli olma, erken yaşlarda davranım sorunları olan kişilerde madde kullanımı daha fazladır. Öte yandan içine kapanık, duygularını ifade etmekte güçlük çeken, kendini ortaya koyamayan gençlerde madde kullanımı ve bağımlılık riski yine yüksektir.

Çeşitli yaşam becerileri eksik olan kişilerde madde kullanımı daha yaygın olarak bulunmuştur. Buna örnek olarak, sorun çözme yetisi düşük olan, dürtülerini ve öfkelerini kontrol edemeyen, stresle başa çıkmakta zorluk çeken, çevre baskısına karşı koyamayan kişiler verilebilir.

Okulda başarısızlığı olan veya tehlikeli davranışlar sergileyen ergenlerde madde kullanım riski yüksek olarak bulunmuştur. Erken yaşta madde kullanmaya başlayanlarda, bağımlılık riski çok daha fazladır.

Biyolojik etkenler

Genetik yüklülük, maddelere verilen fizyolojik tepkiler ve ergende var olan nöropsikolojik eksiklikler de ergenlerde madde kullanım riskini artıran etkenler olarak belirtilmiştir.

Sosyal ve çevresel etkenler

Düşük sosyoekonomik düzey bazı ülkelerde bir risk etkenidir. Nüfusun çok ve fiziksel şartların kötü olması da madde kullanımı için bir risk olarak bulunmuştur. Yüksek suç işleme oranı olan ortamlarda madde kullanım oranı da yüksektir. Aynı şekilde yaygın madde kullanımı olan ortamlarda ve maddeye ulaşmanın kolay olması da ergende madde kullanım riskini artırmaktadır.

BAĞIMLILIKTA TEDAVİ

Kaynak: www.ogelk.net

Alkol ya da madde kullanımında tedavi yaklaşımları diğer psikiyatrik ve fiziksel bozukluklara göre farklılıklar gösterir. Bu bozuklukların tedavisinde çeşitli yaklaşımların farklı yeri ve önemi vardır. Alkol ya da madde kullananların tümüne etkili tek bir yaklaşımdan söz etmek mümkün değildir. Uygun tedavi görülenlerde seyir oldukça iyidir. Alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili sorunların giderilmesi seyri olumlu yönde etkilemektedir.

İyileşmeyi birçok etmen etkilemektedir. Bunlar arasında tedavi süreci ve tedaviye uyum, yardım arayan kişinin özellikleri, tedavi olmayı gerçekten isteyip istemediği, sorunlarının özelliği ve bütün bunlar arasındaki etkileşim sayılabilir. Tedaviye uzun süreli uyum ile başarı arasında doğrusal ilişki vardır. Alkol ya da madde kullanımı olmayan süre uzadıkça, yaşamın diğer alanlarındaki işlevler düzelmektedir.

Bağımlılık yapıcı bir sürü madde vardır. Bu nedenle madde kullanımıyla ilişkili tedavi yöntemleri de çeşitlilik göstermektedir. Madde bağımlılığında kişinin madde dışında birçok sosyal, ekonomik, tıbbi, psikolojik sorunları olmaktadır. En iyi tedavi yöntemi bireysel gereksinimlere göre düzenlenen tedavidir.

Yaklaşık bağımlıların tümü ilk dönemlerde maddeyi kendi başlarına bırakabileceklerine inanırlar ve tedaviye başvurmadan bırakma girişimde bulunurlar. Ancak bu çabaların önemli kısmı başarısızlıkla sonuçlanır. Araştırmalar madde kullanımının beyin işlevlerini bozduğunu göstermiştir. Bu bozukluk kişi, maddeyi bıraktıktan sonra uzun bir dönem de devam etmektedir. Bu nedenle tedavinin varlığı hastanın tekrar madde kullanmamaya başlamasını önlemek için gereklidir. Öte yandan madde kullanıcılarının beklentileri farklı olduğu için tek başına bırakma girişimleri de başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (örneğin maddeyi bırakıp, çevresini değiştirmeyi istememek gibi).

Tedavinin ana hedefleri içinde kişinin maddeyi bıraktıktan sonra aile ve toplum içinde üretken yaşamına geri dönmesi yer alır. Madde bağımlılığının tedavisi en azından diabet, hipertansiyon, astma gibi diğer kronik hastalıkların tedavisi kadar başarılıdır. Tedavinin kişinin maddeyi bırakması yanında suç işleme ve enfeksiyon bulaşma oranını azalttığı ve çalışmayı artırdığı gösterilmiştir. Ancak tedavinin başarısı temelde bireysel özelliklere dayanmaktadır.

Madde kullanıcılarının zaman zaman tedavi hakkında bocalamaları sık rastlanan bir durumdur. Değişmek için verdikleri kararlar ve sözler zaman içinde değişebilmektedir. Bu çatışma ve bocalamanın ardındaki neden bağımlılıktan vazgeçme isteksizliği ve maddeyi bırakma korkusudur. Tedaviye başlamadan önce umutsuz hisseden madde bağımlıların tedaviye başladıktan sonra, var olan sorunlarını inkar etme ve tedaviye direnç gösterme eğiliminde olurlar. Bocalamalar ve kararsızlıklar tedavinin ilk günlerinde ve haftalarında sık görülür ve tedaviyi uygulayan uzmanların zorlanmalarına neden olabilir. Bocalama ve

kararsızlık, inkardan farklıdır. Madde bağımlısı olan kişinin tedavideki kararsızlığının ve bocalamasının birçok nedeni olabilir. Tedaviyi uygulayan uzmanlar var olan sorunları ne kadar net görürlerse görsünler unutmamaları gereken şey, bu sorunların tedaviye başlayan kişilerin hayatında yıllardır maddenin olduğu ve çok uzun zamandır hayatlarının odak noktasının madde olduğudur. Madde bağımlısı olan kişiler için kullandıkları maddelerden aldıkları haz, hayatlarındaki diğer bütün ihtiyaç ve hazların üzerindedir.

“Doğru” ya da “en iyi” olan tek bir müdahale yöntemi yoktur. Eğer öyle olsaydı, madde kullanımı ve bağımlılığı sorunları kolayca çözülür ve farklı tedavi yöntemlerinin savunucuları arasındaki önemsiz çekişmeler son bulurdu. Belirlenen ihtiyaçları doğrultusunda tedavi planları derinlemesine düşünülmeli, tek bir müdahale yöntemi veya farklı müdahalelerin birleşimi veya farklı müdahale öğelerinin kullanımı sonucunda tedavi planı uygulanmalıdır.

Tedavinin en önemli yararlarından birisi özellikle damar yoluyla madde kullananlar arasında sıklıkla görülen HIV ya da hepatitis C gibi bulaşıcı hastalıkların önlenmesidir. Bu anlamda madde bağımlılığında tedavi aynı zamanda koruyucu bir etkinliktir. Tedaviye girenlerin bulaşıcı hastalıkları yayma olasılığı da azalmaktadır.

Bağımlılık tedavisinin yıllar içinde gelişimi

1970’lerden önce bağımlılığın düzgün bir tanımı ve bağımlılık kavramına aşinalık yoktu. Bağımlılığa nasıl müdahale edilebileceği ve tedavi yöntemleriyle ilgili bilgi çok azdı. 1960’ların sonu, 1970’lerin başında birçok ülkede bağımlılık tedavi servisleri kurulmaya ve yerleşmeye başladı. Bu servislerden önce bağımlılığın tedavisi yalnızca az sayıdaki uzmanlar tarafından ve genellikle akıl hastanelerinde ve hapisanelerde yapılırdı. İngilizlerin ve Amerikalıların bağımlılıkla ilgili tutum farkları, Birleşik Devletleri’nde 1916 yılında yayımlanan Harrison Kanunu ile İngiltere’de 1926 yılında yayınlanan Rolleston Raporu arasındaki farklardan anlaşılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bağımlılık tutumu tamamen denetim ölçeklerine dayanmaktadır. Öte yandan İngiltere, bağımlılığı bir bozukluk olarak kabul edip, tıbbi açıdan yönetme eğilimindedir. Günümüzde de İngiltere zarar-azaltma yöntemlerini, Amerika Birleşik Devletleri ‘sıfır tolerans’, ‘madde kullanıcılarının sorumlulukları’ ve ‘madde kullanmayan bir Amerika’ hedeflerini yerleştirmek amacındadır (Kleber 1993).

1968’den sonra İngiltere’de kurulan uyuşturucu klinikleri sadece psikiyatristler tarafından yürütülmekteydi. Madde bağımlısı hastalara kısa süreli görüşmelerin ardından geçici olarak teşhis konmaktaydı. O zamanın tedavi imkanları çok kısıtlı olduğundan bu yöntemlerle olabilecek en düşük zarar hedeflenmekteydi. Ayakta tedavi gören hastalar için henüz düzenli bir tedavi sistemi yoktu. Yatılı tedavi gören hastalar içinse, klinik görevlilerinin tercihleriyle şekillenen ve birçok farklı kaynaktan yararlanılarak oluşturulmuş düzensiz terapötik müdahaleler yapılmaktaydı.

Bağımlılığın tedavi yöntemleri 1960’lardan buna, özellikle son 20 yıl içinde, çok gelişmiştir. Bu konuda birçok umut vadeden tedavi müdahaleleri, uygulama şekilleri ve terapötik yaklaşımlar geliştirilmiştir. Farklı psikolojik tedavi şekilleri sistematik bir şekilde geliştirilip uygulanmaya başlamıştır. Önceleri çok az sayıda olan farmakolojik (ilaçlarla) tedavi seçenekleri son dönemlerde artış göstermiştir. Bütün bu yeniliklerin ve geliştirilen tedavi şekillerinin etkinlikleri konusunda gün geçtikçe daha fazla araştırma yapılmakta ve kanıtlar bulunmaktadır. Günümüzde sosyal çevre, davranışsal işlevsellik, bilişsel süreçler ve etkin başa çıkma stratejilerinin iyileşme süreci için önemi daha iyi kavranmış ve kabul

edilmiştir. Davranışçı Terapi ve Biyolojik Psikiyatri hala gelişmekte olan disiplinlerdir. Sosyal ve bilişsel öğrenme teorileri de son zamanlarda bu alanda kullanılabilir olmaya başlamıştır. Bununla birlikte bağımlılık tedavisi konusundaki araştırmalar devam etmektedir ve her geçen gün çoğalmaktadır. Madde bağımlılarının yaşadıkları sorunları ve kullandıkları madde miktarını azaltmaya verilen önem giderek artmaktadır.

Günümüzde bağımlılık tedavileri farklı altyapıları olan birçok kişi tarafından ve farklı yöntemler kullanılarak yürütülebilmektedir. Madde bağımlıları için erken müdahaleler genellikle yoğun ve uzmanlaşmış tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin gereksinimi olarak algılanmaktadır. Yoğun ve uzmanlaşmış tedaviler yoğun madde kullanımı olan kişilerin iyileşme ihtimallerini çoğaltmasına rağmen, yeni geliştirilen birçok tedavi yönteminin de etkinliği kanıtlanmıştır. Madde kullanımı ve madde bağımlılığının düzelmesi sorumluluğunu sadece uzmanlaşmış tedavilere yüklemek yanlıştır, tedavinin yanı sıra madde bağımlıları için birçok farklı hizmet ve yöntem bir arada yürütülmelidir.

Tedaviye uyum ve terapötik işbirliği

Bireyin tedaviye devam etmesini sağlayan en önemli etkenler arasında isteği, aile ve sosyal desteklerinin olması ve işyerinden, aileden ya da yasal yönden bireyin baskı altında olması sayılabilir. Tedavinin başarısını etkileyen en önemli etken tedavi edenin karşısındaki bireyle bir ilişki kurabilmesidir.

Hastanın tedaviyle ilgili görüşleri, tedaviye devam etmek istemesi ve faydalanabilmesi bakımından çok önemlidir. Tedavi hastanın belirli ihtiyaçlarını karşılayabiliyorsa bu, hastanın memnuniyetini, tatminini ve tedaviye bağlılığını arttıracığından tedavinin olumlu sonuçlanmasını kolaylaştırır. Hastanın tedaviden memnun kalmasını sağlayacak unsurlar arasında tedaviye erişilebilirlik, yeterlilik, iletişim ve hizmetlerin etkisi sayılabilir. Tedavi memnuniyetinin sonuçlar üzerindeki etkisiyle ilgili çok az sayıda araştırma yapılmıştır ve birçok farklı sonuç elde edilmiştir.

Birçok tıbbi ve psikolojik tedavi sürecinde hastaların tedaviye sonuna kadar bağlı kalmaması çok sık karşılaşılan bir durumdur. Tedaviye bağlı kalmamak terapi seanslarına gelmemek, verilen ilaçları almamak, tedavi gerekliliklerini uygulamamak ve tedaviden vazgeçmek gibi doktorları kimi zaman çok zorlayan şekillerde olabilir.

Terapötik işbirliği tedavini süreci için çok önemli bir unsurdur. Önceleri terapötik uyuma psikanalitik teoriler için kullanılsa da bugün bu kavram ampirik bir temelde yeniden tanımlanmıştır. Terapötik işbirliği aşağıdaki unsurları kapsar:

- Hasta ve terapist arasında kurulan işbirlikçi ilişki
- Hasta ve terapist arasında kurulan duygusal bağ
- Hasta ve terapist arasında tedavinin hedeflerine ve aşamalarına dair anlaşma

Bu işbirliğinin tedavinin sonuçlarını doğrudan etkilediği ortaya çıkmıştır. Terapötik işbirliği, terapistin herhangi bir müdahale yapmasına gerek kalmadan hastayla kurduğu iletişimde değişimi ortak hedef olarak koyması durumunda, başlı başına etkin bir tedavi şekli olarak kabul edilebilir. Bunun yanı sıra terapötik işbirliğinin tedavi sonuçları üzerinde dolaylı yoldan etkili olabileceği veya bazı müdahaleleri kolaylaştırıcı etkiye sahip olduğu da söylenebilir. Bağımlılık tedavilerinin çeşitliliğinden çok tedaviyi yürüten terapistin bu alandaki becerileri ve etkin hizmet verebilme yetisi daha önemli olabilmektedir. Aynı tedavi

yöntemini uygulayan terapistler arasındaki fark, farklı tedavi yöntemlerinin arasındaki farktan daha fazla olabilmektedir.

Tedavinin süresi ve yoğunluğu

Birçok araştırma, tedavide ‘terapötik doz’un yüksek tutulmasının, çok daha iyi gelişmeler sağlayacağını ve daha olumlu sonuçlara varılabileceğini göstermiştir. Tedavinin etkinliği genellikle hastanın tedaviye ve tedavinin olumlu sonuçlarına olan inancı ve bağlılığıyla yakından ilgilidir. Hastanın tedaviye bağlılığı aynı zamanda tedaviye katılımın yoğunluğu ve süresiyle de ilintili bulunmuştur.

“Hasta ilacını kullanmazsa, tedavi mümkün değildir. Hasta penisilini almazsa veya reçetelendiği şekilde kullanmazsa Streptokokal Zatürree iyileşemez. İnsülin de kullanılmadığı sürece şeker hastalığını tedavi edemez. Panik atak bozukluğu için yapılan bilişsel terapi, hasta bütün terapi seanslarını kaçırırsa işe yaramaz. Madde bağımlılığı tedavisi, hasta tedaviye dahil olmak istemezse ve tedavi süresince katılım sağlamazsa herhangi bir yarar sağlayamaz.”

Onken, 1997

Tedavinin süresi birçok etkene göre değişmektedir. En azından tedavinin 3 ay sürmesi gerektiği, bu sürenin altında herhangi bir yararının olmadığı araştırmalarda gösterilmiştir. Genellikle tedavi birkaç kez uygulandıktan sonra başarı oranı artmaktadır.

Tedavinin süresinin uzunluğu, madde kullanıcılarında tedavinin başarısını belirleyen bir etkidir. Hizmetin sürekliliğinin tedavinin başarısı üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu durum kronik sorunların psikososyal tedavisinde de gözlemlenmiştir. Hizmetin sürekliliğinin kesilmesi durumunda, kişinin sağladığı iyileşmede kaybolmaktadır.

Tedavilerin, uzun süresinin de riskleri vardır. Kısa sürede elde edilen kazanımlar, bazen uzun süreli tedavilerde kaybolmaktadır. Çok uzun tedavi programlarında hem çalışanların hem de hastaların yön ve odak kaybetmesi tehlikesi vardır. Uzun süreli tedavi programları motivasyon veya bağlılık sorunu olan hastalara uygulandığında, programı yarıda bırakanlar programdan çok az biçimde faydalanmaktadırlar.

Daha uzun süreli olarak tedavide kalmış hastalarda daha iyi sonuçlar gözlemlense de, tedaviyi daha erken bırakan hastaların da izleme sırasında iyileşme gösterdikleri bilinmektedir. Tedavide göreceli olarak kısa dönemlerde kalan hastaların üçte birinden fazlasının 1 yıl sonra eroinden arındıkları, %61’inin de uyarıcılardan arındıkları gözlemlenmiştir.

Tedaviyi bırakma da farklı evrelerden oluşmaktadır. Tedaviyi erken bir süreçte bırakan hastalar, klinik içerisinde çok az hizmet alabilirler. Ancak, 3 aylık bir tedavi süresinden hemen önce tedaviyi bırakanlar ise tedavi programının bileşenleriyle önemli ölçüde tanışmış olacaklardır. Bu nedenle, tedaviyi erken bırakan hastaların belirlenen tedavi dönemlerinde farklı derecelerde fayda sağlamaları mümkündür. Hastaların sadece tedavi programına kabul edilmelerinin bile madde kullanım sorunlarında bazı iyileşmeler sağlayabildiği gözlenmiştir.

Kendi kendine değişim ve madde kullanımını bırakma

İyileşmek için her zaman tedavi görmek şart değildir. Madde kullanan istisnasız herkes (eroın ve kokain kullananlar dahil olmak üzere) bağımlı olur gibi bir yargı doğru değildir. Hatta bağımlı olsalar bile bazı kişiler tıbbi bir tedaviye ihtiyaç duymaksızın kendi kendilerine kullandıkları maddeden uzaklaşabilirler. Kendi kendine değişim süreçleri günümüzde sanıldığından daha sık yaşanmaktadır. Şüphesiz sigarayı bırakan kişilerin büyük çoğunluğu bağımlılıklarından herhangi bir tedavi görmeden kurtulmuştur. Aynı şekilde alkol kullanan birçok kişide bu alışkanlıklarından tedavisiz vazgeçmişlerdir. Madde kullanımının tarihsel süreciyle veya madde kullanıcılarının deneyimleriyle ilgili yapılan çalışmalar bize madde kullanımının nasıl ve hangi nedenlerle başladığı, nasıl sürdürüldüğü ve nasıl sonlandırıldığıyla ilgili kapsamlı bilgi vermektedir.

Madde bağımlılarının sağlık konusundaki davranışları kendilerine olan inançlarına, dünya görüşlerine ve değişebilme yetileri olduğuna inanmalarına bağlıdır. Bağımlılık ve diğer sağlık sorunları davranışları 1997 yılında Bandura tarafından kapsamlı olarak tartışılmıştır. Kendi kendine yeterlik duygusu, bireylerin kendilerini sınırlama, değişmek için gerekli motivasyon ve tedaviye başvurma motivasyonu gibi davranışlarını etkilemektedir. Daha da önemlisi terapötik müdahalelerin sağlık davranışı üzerindeki etkisi kendi kendine yeterlik kavramıyla şekillenmektedir. Bireyler kendilerini yeterli hissedemedikleri zaman, zorlayıcı durumlarla karşı karşıya kaldıklarında kendilerinde yeterli gücü ve müdahale etme isteğini bulamamaktadır. Kendi kendine yeterliğin, yatarak tedavi gören eroın bağımlılarının birçoğunun tedavi sonrası maddeden kaçınma davranışını pekiştirdiği de görülmüştür. Madde bağımlılarının kendilerini yeterli hissetmeleri için arkadaşlarının ve ailelerinin desteği çok önemlidir.

Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin büyük çoğunluğu daha önce kendi kendilerine maddeyi bırakma girişimleri olduğunu veya birçok defa tedavi görüp bıraktıklarını bildirmişlerdir. Genellikle önceki başarısız tedavi girişimleri bir sonraki tedavilerin süresinin uzamasını sağlamaktadır. Genellikle metadon kullanan kişilerin üçte ikisi tedavi süreçlerinde birçok defa ara verip sonra tekrar deneme eğilimindedirler.

Tedavide hekimin yeri

Birçok hekim alkol ve madde kullanım bozukluklarının kendisini ilgilendirmediğini ve bu konunun psikiyatri uzmanlarının alanı olduğunu düşünür. Oysa gerçek bu değildir. Alkol madde entoksikasyonunda veya yoksunluğunda hastaya acil yaklaşımın bilinmesi yaşam kurtarıcı olmaktadır. Alkol ya da madde kullanımının doğurduğu birçok tıbbi sorun ile psikiyatri dışı hekimler karşılaşmaktadır.

Bağımlılığın tedavisi zor ve pahalıdır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir. Araştırmalar, bağımlıların önemli bir bölümünün daha önce yoğun alkol kullanan, “ağır içiciler” olduğunu ve bu aşamada hekimin yapacağı kısa bir girişimle bağımlılığın önlenebileceğini göstermiştir. Hekimlerin önerileri ve topluma (okul, işyeri vb) verecekleri mesajlar bu sorunun yaygınlaşmasını önleyici bir etkidir.

Ülkemizde bu konuda uzmanlaşmış ruh sağlığı hekimlerinin ve kurumların sayıca yetersiz olması nedeniyle tüm hekimlere önemli görevler düşmektedir. Pratisyen hekimlerin, alkol ve madde kullanımının erken tanısında, danışmanlıkta, acil hizmetlerde ve özellikle koruyucu çalışmalarda rol alması gerekir. Dahiliye uzmanları alkol kullanımının medikal

komplasyonlarını ve yoğun alkol ya da madde kullanımına bağıli değişiklikleri erken tanıyarak sorunun gelişimini engelleyebilir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri gebelik ve doğum sırasında, çocuk hekimleri ise ergenlik döneminde dikkatli olmalıdır. Ağrıyı gidermek için sık kullanılan morfin ve benzeri maddelerin bağımlılık için risk oluşturduğu cerrahi branşlarda göz önünde tutulmalıdır.

1996 yılında yaptığımız AMATEM'e Ulaşma Yolları Çalışmasında AMATEM'e başvuranların %58'i daha önce başvurdukları hekime alkol ya da madde kullanımı ile bir sorunları olduğunu belirtmemiştir. Daha önce başvurdukları hekim tarafından alkol ya da madde kullanımı için önerilerde bulunanların oranı sadece %34'tür. AMATEM'e başvuran bağımlıların sadece %39'u hekimler tarafından gönderilmiştir.

Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili bozukluklarda her hekimin yapmak ve bilmek zorunda olduğu şeyler vardır. Bunlar:

- Görülen her hastayı alkol madde kullanımı ve bunun getirdiği sorunlar açısından da değerlendirmek.
- Gerek hasta, gerekse hasta olmayan popülasyona yönelik koruyucu hizmet sunabilecek bilgi ve beceriye sahip olmak.
- Değerlendirme sırasında alkol kullanımının düzeyini belirleyebilmek ve tehlikeli alkol kullanımı olan hastayı tanıyarak gerekli önerilerde bulunabilmek.
- Kötüye kullanım ya da bağımlılık ölçütlerine uyan hastayı tedaviye yönlendirebilmek ve hastayı eğitmek.
- Uzun süredir alkol madde kullanan hastayı, medikal komplasyonlar açısından değerlendirmek ve gerekli tedaviye başlamak.
- Acil durumlarda hastanın entoksikasyonda mı yoksunlukta mı olduğunu ayırt edebilmek ve detoksifikasyonu gerçekleştirebilmek.
- Hastayı izlemek ve olumsuz değişiklikleri anında fark ederek müdahale etmek.

Alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili olarak yapılacak eğitimde hekimin bilmesi gerekenler şunlardır:

- Alkol ya da madde kullanımı ile ilgili olarak tüm hastalara sorulacak tarama amaçlı sorular,
- Alkol ya da madde kullananlar ve aileleriyle uygun bir iletişim kurabilmenin kuralları,
- Alkol ya da madde kullanımı öyküsünü alırken dikkat edilecek noktalar,
- Alkol ya da madde kullanımında ortaya çıkan hastalıklar ve belirtileri,
- Düşük riskli, tehlikeli ve bağımlılık düzeyinde alkol kullanımının ayırıcı özellikleri,
- Alkol ya da madde kullanımı sonucu ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlar,
- Akut zehirlenmenin fiziksel sonuçlarının ve komplasyonların tedavisi,
- Alkol ya da maddenin bırakıldığı dönemde yoksunluk belirtilerinin tedavisi,
- Alkol ya da madde kullanan kişinin ailesinde ortaya çıkan sorunları tanımak ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceği,
- Girişim yöntemleri ve uygun girişim yönteminin (basit danışmanlık ya da özelleşmiş tedavi gibi) nasıl seçileceği.

Psikososyal tedaviler

“Psikoterapi” terimi madde bağımlılığı için klasik psikanaliz tekniklerinden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. En geniş anlamıyla, psikoterapi hasta ile terapist arasında geçen ve hastanın “hastalığını” değiştirmek ya da iyileştirmek için kullanılan iletişime ve hasta ile sağlık çalışanı arasında terapi için olanak sağlayan her karşılaşmaya verilen addır. Madde bağımlılığının tedavisinde psikoterapi yalnızca ara sıra başvurulmuş alternatif bir tedavi stratejisi değil, sürekliliği olan kapsamlı bir tedavi yöntemidir.

Nasıl madde kullanımı kişiler arası ilişkilerin bazı boyutlarının yerini alıyorsa, hasta ve terapist arasındaki destekleyici ilişkinin ve madde kullanımının yerine geçtiği fikri ortaya atılmıştır. Kimi zaman hastaların terapistlerine bağımlılık geliştirdiği de ileri sürülmektedir.

Terapistin görevi hasta ile arasında iyi ve destekleyici bir ilişki oluşturmak, intrapsişik süreçlerin, yorum ve inanç sistemlerinin yeniden yapılanmasını sağlamak, kognitif olarak tekrar çerçeveselendirme ve yardımcı olmayan inançların tartışılması gibi teknikler kullanarak hastaların kendilerini ve sorunlarını daha net görmelerini sağlamak, bu sorunlarla başa çıkmak için arzu ve yeti hissetmelerini sağlamaktır.

Zorunlu ve zorlama tedavi

Yanıt verilmesi gereken en önemli konu, zorunlu ve zorlama tedavinin madde kullanıcıları üzerinde olumlu bir etkisi olup olmadığıdır. Zorlama birçok şekilde gerçekleşebilir. En sık rastlanan zorlama örnekleri aile, eş ve arkadaş baskılarıdır. Zorlama aynı zamanda resmi bir kurum tarafından da yaptırım olarak uygulanabilir. En resmi zorlama şekli cezai adalet sistemidir. Bu sistemde suçlu işlemiş kişi madde kullanıcısıysa tedavi programına zorunlu olarak tabi tutulur ve bu süreç cezasından düşülerek cezası azaltılabilir.

Madde kullananların tedavi görme zorunluluğu yıllar öncesine dayanmaktadır. En azından 1930’lardan narkotik şubelerin varlığı bilinmektedir. Narkotik şubeler, madde bağımlılığı tedavisine verilen ilk ulusal cevap olmalarından dolayı büyük önem taşır. Başlarda bu servisler hapisane hastanelerinde zorla uygulanırken zaman içinde gönüllü tedavi olmak isteyenlerin sayısı artmıştır. O dönemde yapılan tedavilerin etkin olduğunu gösteren çok az sayıda kanıt vardır ve tedaviden sonra madde kullanımına tekrar başlayanların sayısı oldukça yüksektir. Cezai adalet sistemi tarafından tedaviye mecbur tutulan kişilerin, tedaviye gönüllü olarak başlayan kişilere oranla daha uzun sürede tedaviye yanıt verebildikleri gözlemlenmiştir.

Kişilerin madde kullanımından vazgeçme nedenlerinin başında, madde bağımlılığının olumsuz sonuçları (fiziksel sağlık sorunları ve bağımlılığın hakim olduğu bir hayat tarzı) ve aile bireylerinin, yakın arkadaşların ve iş ortamındaki kişilerin baskısının geldiği ortaya çıkarılmıştır. Tedavi sürecinde, kişiler bu kaynakların birden çoğunun baskısını üzerlerinde hissetmektedir.

Tedavide temel ilkeler

Tedavinin temel ilkeleri aşağıda verilmiştir.

1. Her bireye uygun tek bir tedavi yöntemi yoktur. Her bireyin kendine ait sorunları vardır ve uygulanacak tedavi yöntemi bireysel özelliklere göre belirlenmelidir.

2. Tedavi için hazır olunmalıdır. Çünkü madde kullanıcıları tedaviye girmekte ve kullandıkları maddeyi bırakmakta kararsızdırlar. Karar verdikleri dönemde tedavinin hazır olması önemli bir avantaj olacaktır.
3. Etkili tedavi bireyin sadece madde kullanımıyla değil, çeşitli gereksinimleriyle başa çıkmaya uğraşır. Bireyin sosyal, ailevi, ekonomik ve yasal sorunlarıyla uğraşabilmeliyiz.
4. Bireyin tedavi programı süreklilik göstermeli ve kişinin değişen gereksinimlerine uyabilmelidir. Tedavi süresince bireyin gereksinimleri değişebilir, bu nedenle gerekli esneklik gösterilebilmeli ve uygulamalarda gerekli değişiklikler yapılabilmelidir.
5. Tedavinin etkili olması, bireyin tedavide kaldığı süre ile yakından ilişkilidir. Kısa süreli tedavilerin etkinliği düşüktür. Süre uzadıkça başarı artmaktadır.
6. İlaç ve psikolojik tedaviler birlikte uygulanabilmelidir
7. Madde kullanan ya da kullandığı maddeye bağımlı olan bireylerde görülen ruhsal sorunların tedavisi birlikte ele alınmalı ve eş zamanlı olarak tedavi edilmelidir. Çünkü bu bozuklukların birlikte görülme sıklığı oldukça fazladır.
8. Detoksifikasyon tedavinin başlangıcıdır. Ancak uzun süreli etkinliği yoktur. Tek başına detoksifikasyonun etkinliği çok düşüktür.
9. Bireyin tedavi sırasında madde kullanıp kullanmadığı sürekli araştırılmalıdır. Tedavi sırasında yeniden başlama sık görülür. Ancak bunun testlerle takip edilmesinin bireye de yararı vardır. Böylece kişi kendini kontrol etmeyi öğrenir. Testlerle erken teşhisin konması da tedavi eden için önemli bir avantajdır.
10. Yardım sırasında muhakkak AIDS, hepatit, tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarının takibi yapılmalıdır. Hasta bu konuda bilgilendirilmeli, söz konusu hastalıklar konusunda riskli davranışlar düzeltilmeye çalışılmalıdır.
11. Madde bağımlılığında düzelme uzun sürelidir ve sıklıkla birçok kez tedavi gerektirir. Madde bağımlılığı kronik bir hastalıktır ve diğer kronik hastalıklar gibi tekrarlayabilir ve yeniden tedavi gerekir.

Tedavinin hedefleri

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisinin hedefleri şunlardır:

- Alkol ya da madde kullanan kişinin kullandığı maddeyi tamamen bırakmasını ya da azaltmasını sağlamak
- Alkol ya da madde kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel yönden düzelmesini sağlamak
- Kişinin sosyal yönden düzelmesini, ekonomik yönden avantajlı duruma gelmesini sağlamak
- Herhangi bir madde kullanmadan yaşamının tadını hissetmesini sağlamak

- Alkol ya da madde kullanımı ile ortaya çıkan yasal olmayan etkinliklerden uzaklaşmasını sağlamak
- Kendisine ve topluma zarar veren davranışların azalmasını sağlamak
- Yasadışı yollardan sağlanan maddeler için, her kullanıcının olası bir satıcı sayılabileceği düşüncesinden hareketle, madde pazarını ve sunumunu azaltmak

Tedavinin aşamaları

Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde uygulama belirli aşamalar gözönüne alınarak yapılmalıdır. Aslında tedavi iki temel yaklaşımdan oluşur.

- Tıbbi tedavi
- Psikososyal tedavi

Kişinin tedavisine tıbbi tedaviyle başlanmalıdır. Ancak kişi eğer uzun süreli olarak madde kullanmıyorsa, o zaman tıbbi tedaviye gerek olmayabilir. Tıbbi tedavi çoğu zaman tek başına yeterli değildir. Bu durumda psikososyal tedaviler eklenmelidir. Tıbbi tedavi öncesinde kişinin motivasyonunu artırmak ya da hazırlık amacıyla da psikososyal tedavilere geçilebilir. Tedavinin aşamalarını ise şöyle özetleyebiliriz:

İlk yardım (1.-2. gün): Entoksikasyon ya da akut yoksunluk belirtileri ve akut tıbbi sorunları tedavi edilir. İntihar ve saldırganlık, akut anksiyete reaksiyonu ve akut psikotik reaksiyonlarıyla uğraşılır.

Erken dönem (0-4 hafta): Detoksifikasyon devam eder. Detoksifikasyon sırasında ruhsal destek sağlanır. Motivasyon artırılmaya çalışılır. Kısa danışmanlık yapılabilir

Uzun dönem (4-24 hafta): Kronik tıbbi sorunları araştırmak ve tedavi etmek gerekir. Ruhsal bozuklukları araştırmak ve gerekiyorsa tedavisini yapmak önemlidir. Aile desteği sağlanmalıdır.

Rehabilitasyon (6 ay-2 yıl): Uzun süreli tedavi programına katılımı izlenmeli, uzun süreli tedavi programına girmesine yardımcı olunmalıdır. İzlemeye devam etmeli ve ilişki koparılmamalıdır.

Tedavi stratejisinin belirlenmesi

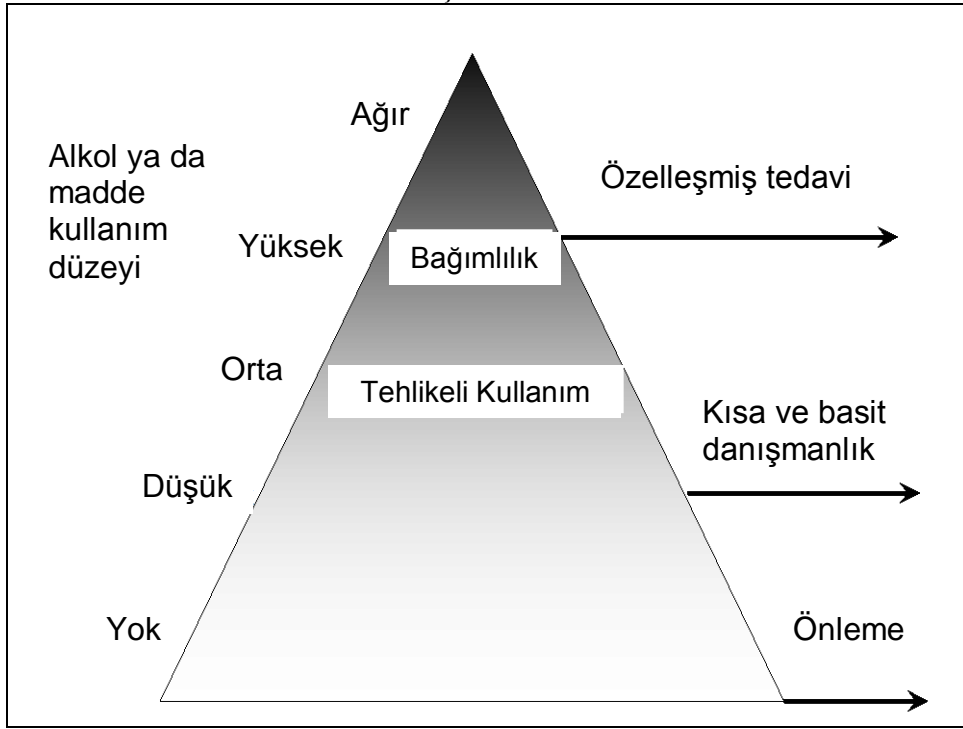
Stratejiye karar verirken en önemli belirleyici hastanın isteğidir. Hastanın isteği dışında ona yardım edilemeyeceği unutulmamalıdır. Tedavi eden kişi hastaya uygun gördüğü yöntemi belirtebilir, ancak seçim sonuçta hastaya aittir.

Alkol madde kullanım düzeyine uygun tedavi yönteminin seçilmesinde en önemli kriterlerden birisi kişinin kullandığı maddeye bağımlı olup olmamasıdır. Alkol ya da madde kullanımının tehlikeli ya da bağımlı düzeyinde olduğunu düşündüğümüz kişide uygulayacağımız strateji çok önemli farklılıklar gösterir.

Tehlikeli düzeyde olmasa bile, alkol ya da madde kullanan her kişinin bilmesi gereken bazı noktalar vardır. Bu nedenle kullanıcılara gerekli bilgiler verilmelidir. Bu noktada yapılacak çalışma bir önleme çalışmasıdır. Tehlikeli düzeyde alkol ya da madde kullandığı saptanan kişinin kullandığı maddeyi tamamen bırakması ya da azaltması istenmelidir. Bu

durumda kısa girişimler veya basit danışmanlık yararlıdır. Ancak kişinin madde kullanım düzeyi bağımlılıksa, bu durumda özelleşmiş tedaviye başvuru gereklidir (Şekil 1).

Şekil 1:



Tedavi hizmetleri bakımından değerlendirmenin amaçlarının aşağıdaki gibi olması gerektiği öne sürülmüştür:

- Herhangi bir acil ya da akut sorunun tedavisi
- Madde kullanım sorununun başlangıcından itibaren geçen süreç, muayene ve idrar tahlili yoluyla hastanın madde kullandığının doğrulanması
- Bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi
- Madde kullanımından kaynaklanan sorunların tanımlanması ve riskli davranışların saptanması
- Diğer tıbbi, sosyal ve akıl sağlığı sorunlarının belirlenmesi
- Zarar azaltmayla ilgili önerilerde bulunulması, uygun olursa eğer steril şırınga sağlanması, HIV testi yapılması ve Hepatit B'ye karşı bağışıklığın güçlendirilmesi
- Hastanın tedaviden beklentilerinin anlaşılması ve değişim için ne kadar hazır ve motive olduğunun belirlenmesi
- Tedavi için gerekli olan yetkinlik derecesinin saptanması (bu zamanla değişiklik gösterebilmektedir) ve diğer servislerle iş birliği içinde çalışılması
- Kullanılan maddenin yerine verilebilecek ilaca olan ihtiyacın belirlenmesi

Varsayımlar: Hem tedavi hem ilişki için birer engel

Tedavi eden kişinin karşısındaki madde kullanıcısı ya da bağımlısı hakkında bazı varsayımları tedaviye yansıyabilir. Bu nedenle tedavi eden kişi varsayımlarının farkında olmalı ve bunları kontrol edebilmelidir. Sıklıkla düşülen hatalı varsayımlar şunlardır;

- “Bu kişi değişmek zorundadır”.

Bizler sağlığa verdiğimiz değer yüzünden değişimin gerekli olduğunu düşünebiliriz ancak karşımızdaki aynı fikirde olmayabilir.

- “Bu kişi değişmek istiyor”.

Bunu anlamının çok kolay bir yolu vardır. Ona sorun!

- “Bu kişi sağlığının olumsuzluğu nedeniyle değişmeye hazırdır”.

Birçok kişi sağlığının kötü olmasını ya da ölüm korkusunu önemsemmez. Başka değerler onlar için daha önemli olabilir.

- “Kişi ya tedavi olmaya isteklidir ya da değildir”.

Tedaviye istekli olmak ya hep ya hiç fenomeni değildir. Bir derecelendirme söz konusudur.

- “Katı yaklaşım en iyisidir”.

Katı yaklaşım artık çok zor durumda olanlar için etkili olabilir. Geri kalan çoğunluk için etkisizdir.

- “Ben uzmanım. Benim önerilerimi dinlemeli”.

Ama madde kullanan o. İster bırakır, ister bırakmaz. Bu onun özgür seçimidir.

Önyargılar: Hem tedavi hem ilişki için bir başka engel

Varsayımların yanında önyargılar da dikkat edilmesi gereken bir diğer noktadır. Önyargılar hasta ile görüşmeci/hekim ilişkisini zedeler. Bu ise başlamadan tedavinin sonlanması demektir.

Sıklıkla karşılanan önyargılar şunlardır;

- “Madde kullanıcıları toplumun pislikleridir”.

Madde kullanıcılarının farklı bir yaşam biçimi bulmaları için nasıl yardımcı olunabilir diye sorulmalıdır.

- “Bağımlı bağımlıdır”.

Bağımlı tanısını hemen koymamak daha doğru olur. Kişinin sorunu nedir ve bu sorunu nasıl tanımlayabiliriz.

- “Madde kullanımını tıbbi değil, sosyal ve yasal bir sorundur”.

Madde kullanımını sonucunda tedavi edilmesi gereken tıbbi sorunlar ortaya çıkar. Ayrıca bağımlılığın kendisi de bir hastalıktır.

- “Madde kullananlar tedavi edilemez”.

Madde kullananlar savunma içindedirler. Uzun süreli, yapılandırılmış tedavilerden yarar görecektir.

- “Tedavi olsalar bile hemen yine kullanmaya başlıyorlar”.

Kullanmadığı dönem içinde sağlanan bireysel ve toplumsal kazanç küçümsenemeyecek düzeydedir.

- “Madde kullananlar yalancı, saldırgan ve kabadırlar”.

Onların bu davranışlarına neler neden olmaktadır? Bu davranış biçimleri ile nasıl başa çıkabiliriz?

- “Madde bağımlıları sadece hastanede tedavi edilebilir”.

Kimi zaman bağımlının kısa süre hastanede yatması gerekebilir. Ancak sorun toplumun içinde ortaya çıkmaktadır ve bu düzeyde yapılacak girişimler önemlidir.

- “Madde kullanımını ile sadece konunun uzmanları ilgilenmelidir”.

Tüm madde kullananların tedavisine yetecek sayıda uzman yoktur. Uzmanlar danışmanlık yapabilirler.

- “Hekimin görevi acil durumlar ile sınırlıdır”.

Hekimlik bilgisi hastanın ruhsal olarak desteklenmesinde ve uzun süreli tedavisinde büyük önem taşır.

- “Bağımlıların zorla tedavi edilmesi gerekir”.

Zorla yapılan tedavilerin hiçbir başarı sağlamadığı bilinmektedir.

- “Kişi tedavi olmayı istemiyorsa yapacak hiçbir şey yoktur”.

Kişiyi tedavi olmaya motive etmek için bazı teknikler kullanabiliriz.

- “Narkotik ilaçlar tehlikelidir, kullanılmamalıdır”.

Narkotik ilaçların bağımlılık potansiyeli yüksektir, bu nedenle dikkatli kullanılmalı ve hasta izlenmelidir.

Unutulmaması gereken gerçekler

Alkol ya da madde tedavisinde beklenmeyen ya da olumsuz bir durumla karşılaşmak, hastanın tekrar madde kullanmaya başlaması sık görülen bir durumdur. Bu nedenle sağlık çalışanları sıklıkla hayal kırıklığı yaşarlar. Hayal kırıklığı yaşanmaması için tedavide göz

önünde bulundurması gereken noktalar vardır. Bunlardan birisi alkol ya da madde kullanımı ile ilgili sorunu olan birçok insan herhangi bir tedavi görmeksizin sorunlarının üstesinden gelebildiği gerçeğidir. Öte yandan, tedavi görenlerin bir kısmı, tedavi sonrasında, öncekine göre daha fazla alkol ya da madde kullanmaya başlamaları sıktır.

Tedaviye zorla başvuranlarda ise başarı şansı tedaviye hiç başvurmayanlarla eşittir. Tedavi sonrası alkol ya da madde kullanımını bırakanların kullanmaya yeniden başlama riski yüksek olduğunu unutmamak gerekir. Bir başka deyişle tedavide birinci adım, kişinin alkol/maddeyi bırakmayı istemesidir. Relapsın sık karşılaşılan bir durum olduğu hatırlanmalı ve tedaviyi yürüten kişi buna hazırlıklı olmalıdır. Relaps durumunda, hasta değişim için tekrar yüreklendirmelidir. Alkol ya da madde kullanım düzeyi arttıkça, buna bağlı olarak yaşanan sorunlar da artış gösterebilmektedir.

Tedavinin etkinliği

Tedavinin etkinliği karışık bir kavramdır. “Bağımlılık tedavisi işe yarıyor mu?” sorusu çok basit, yetersiz ve sığ bir sorudur. Tedavi, farklı özelliklere sahip kişiler için farklı hedefler belirleyen, farklı yöntemler ve uygulama şekillerinden oluşan bir süreçtir. En basit anlatımıyla tedavi, değişimi başlatmayı ve korunmayı sağlamayı hedefler. Kullanılan maddeyi bırakmak ilk aşama, maddeden uzak kalmak ise ikinci aşamadır. Madde bağımlılığı tedavisi içerik, süre, yoğunluk, hedefler, uygulama şekli, uygulayıcı ve hedef kitleden oluşan geniş kapsamlı bir müdahaledir.

Tedavilerin etkinliğiyle ilgili yapılan çalışmalardan çıkarılması gereken sonuç, tek tip tedavinin herkes için aynı etkiye sahip olamayacağıdır. Madde kullanıcıları çok farklı özelliklere sahip, farklı hayat tarzları ve kişilikleri olan geniş bir kitledir. Bu farklılıklar tedavi şekillerinin farklı olması gereğini doğurmaktadır. Farklı kişiler, farklı tedavi yöntemlerini tercih edip ve faydalanabilmektedir.

Tedavide el kitapları

Etkili tedavi yöntemlerini uygulama becerisine sahip eğitim almış personelin sınırlılığı tedavide karşılaşılan bir sorundur. Mevcut servislerde sunulan tedavi standartlarını kısıtlı kaynaklar ile iyileştirmek için tedavi el kitaplarının (manuals) kullanımı iyi bir seçenek oluşturmaktadır. Tedavi el kitapları psikoterapi araştırmalarında küçük bir devrim niteliği taşır. Klinik uygulamada tedavi el kitaplarının kullanımı, klinik psikolojide halen tartışılmaktadır. El kitapları, seanslarda terapistin ne yapması ve seansların nasıl yapılması gerektiğini belirleyerek tedavinin yöntem ve kurallarını belirlemektedir. Özellikle yeterli eğitimleri olmayan terapistler tarafından uygulanan tedavilerde el kitapları çok yararlıdır. Bu noktada, mevcut servislerde günlük şartlar altında yapılan müdahalelerin gerçekliğiyle, ideal uygulamalar arasında ayırım yapılmalıdır.

Madde bağımlısı hastalarda karşılaşılan çeşitli ve belirgin olmayan sorunlar vardır. El kitaplarının avantajı, müdahaleleri konuya özel somut tanımlarla açıklamaları ve yol göstermesidir. Ancak, uygulayıcı eğer hastaların değişen ihtiyaçlarını hesaba katacak kadar esneklik gösteremez ve el kitabına körü körüne bağlı kalırsa iyi sonuç almak mümkün değildir ve dezavantaja da dönüşebilir. Terapi alanındaki uzmanlığın, el kitaplarından öğrenileni uygulamaktan ibaret değildir, ancak el kitapları kişiyi uzmanlaşması konusunda eğitebilir.

Tedavi masrafları ve tedavinin maliyet etkinliği

Tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi madde bağımlılığı tedavisinde de giderek artan bir şekilde maliyet sorgulanmaktadır. Madde bağımlılığında tedavinin maliyetinin giderlerle kıyaslandığında çok düşük olduğu gözlenmiştir. Örneğin bir kişinin cezaevinde yatmasının maliyeti, metadon ile tedaviden beş kat yüksektir. Sağlık giderleri de göz önüne alındığında madde bağımlısının tedavisinin 1'e 12 kazandırdığı gösterilmiştir. Hastalık maliyeti araştırmalarına dahil olan üç çeşit masrafın tanımı yapılmıştır

1. Doğrudan masraflar: Bağımlılığın tanı ve tedavisi, buna bağlı tıbbi koşullar, hapisane ve yasal uygulama gibi tıbbi olmayan masrafları içerir.
2. Dolaylı masraflar: Beklenmeyen ani ölümler veya hapse girmeye bağlı olarak kazançların kaybını içerir.
3. Psikososyal masraflar: Madde bağımlısı ve ailesinin yaşam kalitesinde azalma sonucu oluşan kayıpları içerir.

Dolaylı ve psikososyal masraflar önemlidir ancak miktarlarının saptanması güçtür. Madde tedavisinin toplumsal maliyeti dört alanda incelenebilir:

1. Müdahaleyi sağlayan kurumun masrafları
2. Müdahaleyle ilgili olan diğer kurumların masrafları (örneğin, diğer kurumlara sevk, ve kurum tarafından karşılanmayan tedavi masrafları)
3. Hasta tarafından karşılanan masraflar (örneğin yolculuk masrafları, tedavi ücretleri, tedavi görürken ve tedavi yapılacağı yere götürülürken hastanın zaman masrafları)
4. Verim masrafları. Kurumda kalarak tedavi görenlerin işten kaybettikleri potansiyel zaman vardı. Hastanın hastane dışında tedavi gördüğü programlar da işe gitmelerini engelleyebilir. Bu durumu ve kaybedilen verimli zamanının değeri konusunda ise bir mutabakat yoktur.

Tedavinin sonuçları da dört ayrı kategoride incelenebilir:

1. Kişinin hayat kalitesi ve ömür süresiyle ilgili sonuçları
2. Tedavi sayesinde kaybedilmeyen kaynaklar (örneğin sağlık bakımı ve cezai hukuk işlemlerinden kaynaklanan harcamalar)
3. Diğer kazanılan değerler (toplumun diğer üyeleri üzerindeki etkiler -muhtemel bir suçun potansiyel mağdurları olabilirlerdi- ve madde kullanımının azalmasıyla yerel topluluklardaki iyileşmeler)
4. Meşru iş pazarına yeniden girebilmesiyle kişinin üretkenliğinin artması

Yasadışı madde kullanıcılarının sadece %5'i eroin aldığı halde, yasadışı madde kullanımının toplam ekonomik maliyetinin yaklaşık %20'sinin eroin kullanımına bağlı olduğu bulunmuştur (Kutu 1).

Yaşam kalitesi de ömür süresi kadar önemlidir. Kar-zarar yöntemini kullandığını iddia eden çalışmaların çoğu kişisel kazanımlarla ilgili bulguları sonuçlara eklemeyi genellikle ihmal eder. Bu önemli bir ihmaldir ve madde kullanıcılarının sıfır değerde olduğunu iddia etmekle eşdeğerdir. Bu durum da ahlaki anlamda diğer sağlık hizmetlerinin ilkeleri ile çelişir.

1996 yılında ABD’de eroin bağımlılığının toplam ekonomik maliyetinin 21.9 milyar Amerikan Doları olduğu tahmin edilmektedir. Bunun en büyük bölümü (%53’ü) kaybedilen verimden kaynaklanan dolaylı masraflardan ileri gelmektedir. Suça bağlı masraflar toplam maliyetin % 24’ünü oluşturarak ikinci büyük bölümü oluşturmaktadır. Eroin bağımlılığına bağlı tıbbi bakım masrafları ise %23’ünü oluşturmaktadır. Bunun da % 16’lık payı ile en geniş kısmı, HIV/AIDS, tüberküloz, Hepatit B ve C ile gebelik komplikasyonları gibi tıbbi komplikasyonların tedavisine harcanmaktadır. Bağımlılık tedavisinin doğrudan masrafları sadece toplam maliyetin % 6’sını oluşturmaktadır (Mark, 2001).

Maliyet ve amaçlar farklı perspektiflerden, farklı yanıtlar bulabilir. Klinisyenin görevi, hastaya en etkili tedaviyi sunmaktır. Sağlık alanında satın alanın amacı (kamu kurumları, sigortalar vb), eldeki mali kaynaklarla halkın sağlık alanında edindiği karları maksimize etmektir. İşletmecinin işi mutabık olunan hacimde ürünü sunmaktır (kaç gün kaç kişilik yatak, tedavi aralıkları). Hastanın amacı, organizasyona ve başkalarının kararlarına bağlı olan maliyet konusuna bakmaksızın, kendisine en uygun ve klinik açıdan en etkili tedaviyi almaktır.

Ayaktan tedavi

Ayaktan tedavinin amaçları bağımlıların alkol/ madde kullanımını bırakmaları için motivasyon kazandırmak, alkol/ madde yoksunluğu ve onu izleyen dönemde, alkol/madde kullanımı ile başa çıkma yöntemlerini öğretmek, relapsları önlemek, alkol/ madde kullanımına yol açabilecek sorunlar ile başa çıkabilmeyi sağlamaktır. Ayaktan tedaviye alınma koşulları arasında şunlar sayılabilir:

- Detoksifikasyonun tamamlanmış olması,
- Kişinin istekli olması,
- Zihinsel bir bozukluğun ve ağır fiziksel engelinin olmaması,
- Ağır kişilik bozukluğu ve aktif psikotik süreç içinde bulunmaması,
- Herhangi bir nedenden dolayı yatarak terapi programını tamamlayamadan yarıda bırakmış olması
- Yatarak tedavi görmek istemeyip ayaktan belirli aralıklarla gelebilecek olması

Yatarak tedavi

Hastanın çeşitli nedenlerden dolayı yatırılması uygun olabilir.

- Bağımlılık şiddetinin değerlendirilmesi için,
- Maddelerin tıbbi etkileri üzerinde etkinlik sağlamak için,
- Alkol ve ağır madde bağımlılığında arındırma için,
- Madde kullanımının yan etkilerini tedavi için (örneğin apse, hepatit, kan zehirlenmesi, HIV enfeksiyonu, AIDS),
- Ağır madde bağımlılığının yol açtığı genel kaos ortamından çıkartmak için,

- Ruhsal durumun değerlendirilmesi için,
- Maddeden uzak tutmak için.

Madde bağımlılığının yataklı servisleri genelde çok çeşitli tıbbi, psikolojik, sosyal sorunları olan ve idaresi güç hastaları barındırır. Kolay bir grup olmadığını da rahatlıkla söyleyebiliriz. Bilindiği üzere, madde kullanımı ve madde bağımlılığında hastaneye zorunlu kabul yoktur. Her ne kadar hastaneye kendi istekleri ile gelseler de, her zaman önerilen tedavi rejimine uymazlar ve madde bulmak için alışılmadık yöntemler uygularlar.

Kasıtlı olarak görülebilecek bu tip davranışlar, yaşadıkları bağımlılığın ciddiyetinin ve geçmişlerindeki başarısız arınma deneyimlerinin bir göstergesi olarak kabul edilmelidir. Bazı hastaların madde bağımlılıklarını daha zor idare edilebilir kılan farklı bir durumları (hamilelik, psikoz, beyin hasarı) ve ciddi kişilik bozuklukları bulunabilir. Ancak, zorluklar büyütülmemelidir. Bir çok hastanın aslında iyileşmeye hevesli olduğu unutulmamalıdır.

Yataklı servislerde, çeşitli etkinlikler olmalı, hastanın düzeni ve dengeli katılımı sağlanmalıdır. Bunlar arasında grup terapileri, bireysel görüşmeler, psikososyal becerileri artırmaya yönelik eğitimler, sosyal etkinlikler sayılabilir. Fizyoterapi, relaksasyon egzersizleri, yoga, düzenli spor gibi hastanın genel sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefleyen aktiviteler de olabilir. Oyunları ve sanatsal etkinlikleri içeren eğlenceli aktiviteler de organize edilebilir. Tedavi ortamında hastanın, madde ve madde alımı üzerine kurulu olmayan ve hastaların uygulanabilir buldukları, yeni bir yaşam biçimi ve günlük iş programı geliştirmeye başlayacağı umulur. Yine de yaşam stilinde ve bunun altında yatan tavırlarda bir değişiklik yapmanın kolay olduğunu varsaymak, iyimserliktir.

Yatıştan önce, hastalardan servisin kurallarını anladıkları ve bu kurallara uymayı kabul ettiklerini belirten bir sözleşmeyi imzalamaları istenebilir. Servise madde girişi ciddi bir şekilde önlenmelidir. Bunun için çeşitli önlemler alınmalıdır. Sürekli ve düzenli idrar testi yapılmalıdır. Maddeden arınmış bir ortamı sağlamak için, madde kullananlar için yataklı servisler zorunlu olarak kapalı servislerdir. Ziyaretçi kısıtlı sayıda ve güvenilir isimlerle sınırlandırılmalıdır. Paketler, kutular, hediyelerin araştırılması gerekebilir. Bu önlemler biraz acımasız olabilir, ama bunların uygulanması gerekir. Zira tek bir kişi koğuşa madde sokmayı başarır ise, bu maddeleri paylaşma eğilimi yüksektir. Kurallara uymayan hastalar taburcu edilmelidir. Ancak, taburcu edilen hastanın tekrar yatma hakkı her zaman vardır. Bunun yanında, yatışlar arasında bir süre koymak yararlı olacaktır.

DEĞİŞİM SÜRECİ VE TEDAVİYE HAZIR OLMAK

Kaynak: www.ogelk.net

Değişim süreci ve değişim evreleri

Bağımlılık yapan tüm maddelerde bağımlılığın gelişmesi bir süreç içinde olmaktadır. Kullanılan maddenin cinsine göre bu süreç uzun ya da kısa olabilir. Madde önce bir kez denir. Daha sonra zaman zaman, belli durumlar veya sosyal ortamlarda kullanım başlar. Bunu düzenli kullanım ve bağımlılık izler. Size başvuran kişinin bu sürecin neresinde yer aldığı önem taşır. Ancak alkol kullanımından farklı olarak kontrollü madde kullanımına da müdahale etmek gerekir. Bağımlılık gelişmemiş bir kişiye yapılacak erken müdahale bağımlılığın gelişmesinin önlenmesinde çok yararlı olabilecektir.

Aynı şekilde kişinin bağımlılığını bırakması da bir süreçtir. Kişinin bağımlılığını bırakması ise bir değişim gerektirir. Değişim de bir süreçtir. İnsanlar kimi zaman davranış biçimlerini değiştirmek istemezler. Bu özgür seçimden döndürmenin yolu, onları değişime inancılarını sağlamaktır. Zorlama başarıyı değil, çözümsüzlüğü getirecektir. Motivasyon değişmeye hazır ya da istekli değildir. Duruma ve zamana göre değişkenlik gösterir. Kişinin değişim süreci içinde bulunduğu evreye göre yaklaşımlar da farklı olmak zorundadır. Bu nedenle öncelikle kişinin değişimin hangi aşamasında olduğu tespit edilmelidir.

Birçok değişim aşaması modeli öne sürülmüştür. Bu modeller değişime direnç gösterme, bocalama, kararsızlık ve değişime sadık kalma konusunda etkili olmaktadır. De Leon (1996) 10 tane değişim evresi tanımlamıştır. Bunların altı tanesi tedavi öncesi, geri kalan dört tanesi tedavi süreci için geçerlidir. Tedavi öncesi değişim evreleri şunlardır:

1. İnkâr: Varolan sorunları kabul etmeden madde kullanımına devam etmek.
2. Bocalama/Dengesizlik: Sorunların varlığını kabul etmek fakat sonuçların ciddiyetinin farkına varamamak.
3. Dışarıdan gelen motivasyon: Sorunların varlığını görmek ve kabul etmek ama sorunların kaynağının dış nedenler olduğuna inanmak.
4. İçsel motivasyonlar: Madde kullanımını ve kullanıma bağlı sorunları görmek ve kabul etmek.
5. Değişime hazır olmak: Tedavi istemeden değişim için olası seçenekleri değerlendirmek.
6. Tedavi için hazır olmak: Değişebilmek için tedaviye ihtiyaç duyulduğunu kabul etmek.

Tedavi sürecindeki değişim evreleri ise şunlardır:

1. Bağımlılıktan arınma: Madde kullanımını kesmek, davranışsal ve farmakolojik arınma.
2. Sakınma: Maddeden uzak kalınan süreci devamlı kılmak.

3. Devamlılık: Ayıklık hali ve maddeden uzak kalma davranışları, tutumu ve değerleri sergilemek.
4. Bütünlük ve kimlik değişimi: Tedavinin etkilerinin toplamı, sosyal ve kişisel değişimle sonuçlanan iyileşme ve hayat deneyimleri.

Ancak bu değişim modellerinden en bilinen Prochaska ve Di Clemente'nin öne sürdüğü değişim modelidir. Bu model şekil 1'de görülmektedir. Buna göre değişimin farklı evreleri vardır.

Farkındalık öncesi evresi (Precontemplation)

Kişi bu evrede madde kullanımının getirdiği olumsuz etkilerin farkında değildir. Maddenin herhangi bir zararı olmadığına inanmaktadır. Bu evrede kişi henüz değişmeye hazır değildir. Bu evrede kişi bir sorunu olduğunun farkında bile değildir ya da değişmeye gereksinim duymamaktadır. Bu evredeki bir kişiye sorunu olduğu söylendiğinde kişi kendisini savunmaktan çok şaşkınlık duyacaktır. Bu evrede kişiler nadiren tedavi için başvurmaktadır ve daha çok zorlama ile tedaviye getirilmektedirler. Kişiye bilgi vermek, sorun ile ilişkili farkındalığını artırmak ve değişme ihtimalini gündeme almak bu evrede yapılacak en uygun yaklaşımdır.

Farkındalık evresi (Contemplation)

Bu evrede kişi kullandığı maddenin zararlarının farkına varmıştır. Maddenin kendisini olumsuz yönde etkilediğinin farkındadır. Ancak henüz madde kullanımını bırakmayı düşünmemektedir. Bu evrenin en önemli özelliği ambivalanstır. Kişi hem değişmeyi kabul eder hem de bunu reddetmektedir. Herhangi bir zorlama yapmadan sadece sorun hakkında konuşmasına izin verildiğinde sorununu kabul etme ve reddetme arasında gider gelir. Bu durum, değişmek ya da aynı kalmak için gerekli etkenler arasında gidip gelen bir tahterevalliyeye benzetilebilir. Bu evredeki yaklaşım dengenin değişim lehine bozulmasını sağlamaktır. Bu evrede tedaviye başvuru siktir ve motivasyonel görüşme oldukça yararlı olmaktadır. Öte yandan, dirençle karşılaşma olasılığı da oldukça yüksektir. Zaman zaman denge değişme lehine bozulur.

Karar verme evresi (Decision)

Bu evrede kişi madde kullanımını bırakmaya karar vermiştir. Maddeyi bırakmayı istemektedir. Ancak bırakmak için henüz bir eyleme geçmemiştir. Bu evre, eylem evresine geçmek için kişinin geçirdiği bir hazırlık dönemi olarak görülebilir. Bu evredeki kişinin düşünceleri arasında "Bu sorunla ilgili birşeyler yapmak zorundayım", "Bu ciddi bir sorun. Bir şeyler değişmeli", "Ne yapmalıyım? Nasıl değişebilirim?" verilebilir. Bu süreç açık kalan pencereye benzetilebilir ya da fırsat olarak adlandırılabilir. Eğer bu zaman zarfında kişi eyleme geçerse değişim süreci devam eder. Eğer bu olmazsa farkındalık öncesi evresine geri döner.

Eylem evresi (action)

Kişi bu evre kullandığı maddeyi bırakmıştır. Bunun için gerekli iradeyi göstermiş ve mücadeleye başlamıştır. Ancak bu evrede tekrar başlama riski vardır.

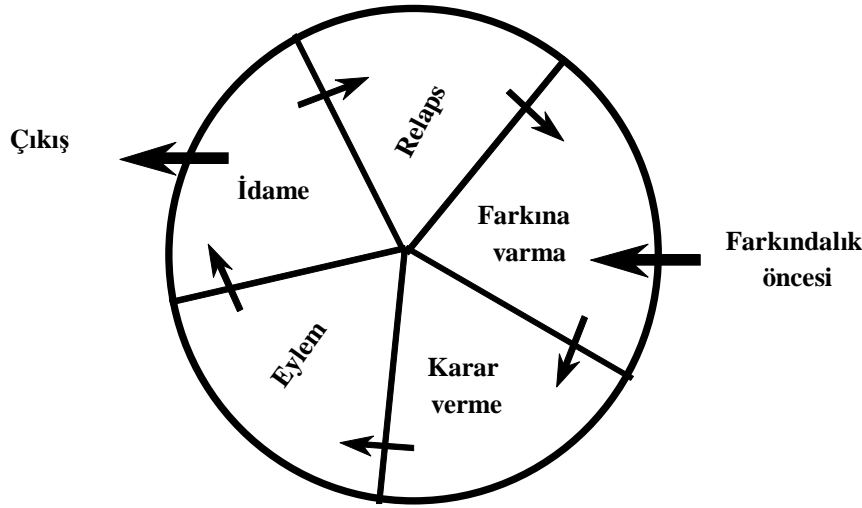
İdame evresi (maintenance)

Kişi maddeyi bir önceki evrede bırakmış, bu evrede ise temizliğini sürdürmektedir. Tekrar madde kullanmaya başlamamıştır. Tekrar başlamamak için bir çaba göstermektedir. Bundan sonra ya madde kullanmamayı sürdürecektir ve “çıkış” evresine girecektir, ya da tekrar madde kullanarak relaps evresine geçecektir.

Relaps evresi

Bu evrede kişi tekrar madde kullanmaya başlamıştır. Örneğin tekrar sigara içmeye başlar. Bu evrede çemberin tekrar çevrilmesi sağlanmalı kişinin burada çakılıp kalması önlenmeye çalışılmalıdır. Kayma ve relapsları doğal kabul etmek gerekir. Burada önemli olan kişinin cesaretini kaybetmemesinin sağlanmasıdır. Bundan sonra ya madde kullanmaya devam edecek, ya da kullandığı maddelerin zararın farkına tekrar varacak ve bırakma kararını verecektir.

Şekil 1: Değişim döngüsü



Bu modelin en önemli getirisi, kişiyi farklı evrelerde görmek ve o evrelere göre müdahale yapmasını sağlamaktır. Örneğin farkındalık öncesinde olan bir kişiden maddeyi bırakmasını istemek beyhude bir çabadır. Bunun yerine bu modele göre hedef, kişinin farkındalık evresine geçişi sağlamaktır. Farkına varma evresinde ise, kişinin maddeyi bırakmasından ziyade, madde kullanımını bırakma kararını verdirmeye çalışacak yöntemlerin kullanılması gerekmektedir.

Değişim döngüsü modeli, iyileşme sürecinin ve sonucundaki davranışsal değişimin ilk denemede değil, birçok teşebbüs, zorluk ve kararsızlık yaşanarak uzun bir dönemde gerçekleşebileceğini göstermiştir. Bunun yanı sıra model, tedavi sürecinin sadece değişime hazır hisseden kişiler için değil, aynı zamanda değişimin zor olduğunu düşünen hatta değişmeye direnç gösteren kişiler için de faydalı olabileceğini de ortaya koymuştur.

Model farklı kişiler için farklı tiplerde tedavi yöntemlerinin gerekliliğini vurgulamış ve değişimin farklı evreleri için farklı müdahaleler geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Ayrıca model, terapistlerin kişileri değişime motive edebilmeleri için çeşitli müdahaleler önermektedir. Örneğin, tedaviye yeni başlayan bir kişi için doğru olan yaklaşım ilk etapta sorunların varlığı ile yüzleşmesi, kabullenmesi ve farkındalığının artması olmalıdır. Bu aşamadaki bir kişi için davranışsal değişim beklentisi yersizdir. Harekete geçme evresindeki

kışıye yapılacak müdahalede ise yeti kazandırma eğitimleri, çeşitli faaliyetler ve öğrenilenleri uygulama provaları gibi davranışsal değişimi hedefleyen prosedürler uygulanır.

“Tedaviye Hazır Olma” kavramı

Değişime hazır olmak bireyden bireye değişir. Kimi kullandığı maddenin etkilerinin ve yarattığı sonuçların farkındadır. Kimisi ise, istediği zaman bırakabileceğini, şu anın bırakmak için uygun olmadığını, daha önce uzun bir süre bırakabildiğini, yaşamını olumsuz etkilemediğini ve bırakmayı bir gereklilik olarak değerlendirmedeğini ileri sürer.

Değişimin ilk basamaklarından birisi kişinin önemlilik ve kendine güveninin ortaya konmasıdır. Bu değerlendirme bize kişinin gerçekte ne düşündüğünü ortaya koyacaktır. Kişinin değişmeye istekli olup olmaması, onun konuya verdiği önem ve kendine olan güveninden doğrudan etkilenmektedir.

Önemlilik, kişinin konuya verdiği kişisel değerdir. Kişi için değişmek ne kadar önemlidir. Kimi zaman kişi değişmeyi çok önemli bulabilir ancak bunu başarmak için gerekli olan kendine güven oranı çok düşüktür. Bu durum özellikle sigara içenler için oldukça geçerlidir. Bırakmaları gerektiğini, ancak bırakma konusunda kendilerine güvenmediklerini söylerler. Tersine bir durum yoğun alkol kullananlar için geçerlidir. İstedikleri zaman alkolü bırakabileceklerini, ancak alkolü bırakmanın kendileri için çok önemli olmadığını düşünürler.

Önemlilik ve kendine güvenme yanında isteklilikte değerlendirilebilir. Ancak öncelik önemlilik ve kendine güvenmede olmalıdır. Değerlendirmede görüşmecinin görevi kişiyi dinlemek ve sonunda bir özet yaparak konuyu toparlamaktır. Hastanın ne hissettiğini anlamak önemlidir.

Aşağıdaki gibi bir görüşme kişiyi değişime yönleltmeyecek, aksine kişinin değişime olan direncini artıracaktır.

“Sigarayı bırakmanın senin için ne kadar önemli olduğunu ikimizde biliyoruz. Seni bu konuda çok hevesli görmüyorum, ancak kendine güvenmelisin. Sen bunu başarabilirsin.”

Gerek önemliliği, gerekse kendine güvenmeyi değerlendirirken, görüşmecinin meraklı gözükmesi önemlidir. Görüşmeci bir sorgucu ya da bir anketör gibi davranmamalıdır. Değerlendirme sözel ya da kağıt üstünde çizilerek uygulanabilir. Öncelikle yapılacak olan değerlendirme hakkında kişi bilgilendirilmelidir.

“Tam olarak ne düşündüğünüzü anlayamadım. Bunun için size birkaç soru soracağım. Ondan sonra ne yapacağımıza karar veririz.”

Önemlilik

Önemliliği değerlendirmek için doğrudan şu soruyla başlayabiliriz.

“... sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0’dan 10’a kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli”yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”

Alınan yanıtla göre değerlendirme derinleştirilebilir ve bu amaçla aşağıda yer alan yöntemlerden birisi seçilebilir.

1. Eğer kişinin yanıtı çok düşük bir sayı ise, bu belirsizliği kabullenin. Ne yapacağınızı bilmiyorsanız o zaman bunu kişiye sormak iyi olabilir.

“Ne yapmak gerektiği konusunda emin olmadığınızı söylediniz. Sizi herhangi bir karar vermeniz için zorlayamam. Kararı siz vereceksiniz. Sizi bu konu üstünde düşünmenizi öneriyorum. Kimi insan sizin gibi beklemeyi, kimi ise değişmeyi tercih eder. Değişmek için uygun olan zamanı siz kendiniz belirleyeceksiniz.”

Böyle bir durumda ilişkiyi bozmayacak şekilde basitçe kişiyi bilgilendirmek yararlı olabilir.

2. Kişinin yanıtını derecelendirme, onun anlamasını kolaylaştıracak, önemliliği ayrıntılı olarak değerlendirmesine ve üretken bir tartışmaya yol açacak ve kişiyi değişim konusunda daha derin düşünmeye itecektir. Eğer kişi çok düşük sayıyla yanıt vermediyse, ona basitçe neden bu sayıyı verdiğini ama daha düşük bir sayı vermediği sorulabilir.

“... konusunda oldukça düşük derecelendirme yaptınız. Neden 4 olarak belirttiniz de, 1 demediniz?”

Böyle bir soruya verilecek tüm yanıtlar, kişinin içinde bulunduğu durumu değerlendirmesine yol açacaktır. Örneğin *“1 demedim çünkü bu şekilde devam edemem”* gibi. Bu aşamada görüşmeci, kişinin değişmek için nedenlerini ortaya çıkarmalıdır. Bir diğer yol ise, ters yönde izlenecek yoldur. Burada temel soru neyin onun daha yüksek derecelendirmesine yol açacağını bulmaktır.

“4 olarak belirlediniz. Sizi 4’ten 7’ye ne çıkarabilir? Neden 4 dediniz de 7 demediniz?”

Bu tartışmada kişinin dikkatle izlenmesi gerekir. Eğer ileriye gittiğinizi ve kişinin direnç göstermeye başladığını düşünüyorsanız, o noktada durmayı tercih edin.

3. Eğer kişi tam ortada kaldıysa, yani 10 üstünden önemlilik için 5 veriyse, o zaman avantaj ve dezavantajların belirlenmesi yoluna başvurmak yararlı olacaktır. Burada bir denge söz konusudur ve görüşmeci bu dengenin hangi yöne doğru ağır bastığını bulmak için çalışacaktır.

Kişiyi böyle devam ederse, ödeyeceği bedelleri anlatmak ya da eğer değişirse kazançlarının neler olacağını söylemenin bir yararı yoktur. Değerlendirme iki yanlı yapılabilir. Davranışı devam ettirmenin ve değişimin, avantaj ve dezavantajlarının araştırılması. Örneğin *“sigara içmenin iyi yanları neler?”*. Daha sonra *“sigara içmenin iyi olmayan yanları neler?”*. Örneğin *“sigarayı bırakmanın iyi yanları neler?”*. Daha sonra *“sigarayı bırakmanın iyi olmayan yanları neler?”*.

4. Bir başka derinleştirme yolu ise kişinin madde kullanımı hakkında kaygılarını dile getirmesidir. Bilinmesi ve dikkat edilmesi gereken nokta görüşmecinin bir dinleyici olduğu, kişinin ise duygularını paylaştığıdır. Kaygıları araştırmak için seçilmesi gereken soru şu şekilde olabilir.

“... konusunda ne gibi endişeleriniz var?” ya da “... konusunda sizi en çok ne endişelendiriyor?”.

Kendine güvenme

Kişinin yeterlilik duygusu kendine güvenme konusunda belirleyicidir. Ancak burada kendine güvenmeden kastımız genel anlamda güven hissi ya da kendilik değeri (self esteem) değildir. Burada anlatılmak istenen kişinin değişim için yapması gerekenleri becerme konusunda kendine olan güvenidir. Yeterlilik öğrenmeyle de ilişkilidir. Bu nedenle yeterlilik üstünde çalışmak önem taşımaktadır.

Kimi insan değişmek konusunda çok isteklidir. Ama bunu başarma konusunda karamsardırlar. Yeterlilik duygusu durumlara göre de farklılık gösterebilir. Örneğin bir kişi işyerinde sigara içmeme konusunda kendine güvenirken, arkadaş ortamında sigara içmeyi engelleyemeyeceğini düşünebilir. Kendine güveni değerlendirmek için aşağıdaki soru sorulabilir.

“Eğer ... düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Eğer kendinize olan güveni 0’dan 10’a kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”.

Alınan yanıtı göre değerlendirme derinleştirilebilir ve bu amaçla aşağıda yer alan yöntemlerden birisi seçilebilir.

1. Eğer kişinin yanıtı çok düşük bir sayı ise, bu belirsizliği kabullenmek en iyisidir. Böyle bir durumda aktif olmamak, sadece konuyu gündeme getirmek ve birşeyler yapılabileceği hissini vermek yeterli olabilir.

2. Kişinin yanıtını derecelendirme, onun değerlendirmesini kolaylaştıracaktır.

Eğer kişi çok düşük sayıyla yanıt vermediyse, ona basitçe neden bu sayıyı verdiğini ama daha düşük bir sayı vermediği sorulabilir.

“... konusunda oldukça düşük derecelendirme yaptınız. Neden 4 olarak belirttiniz de, 1 demediniz?”.

Böyle bir soruya verilecek tüm yanıtlar, kişinin içinde bulunduğu durumu değerlendirmesine yol açacaktır. Örneğin “1 demedim çünkü eğer ... yapmaya devam edebilirsem belki başarabilirim” gibi. Bu aşamada görüşmeci, gözlemini aktarma şansına sahip olmuştur “eğer ... yapabilirseniz başarabileceğinize inanıyorsunuz. 1 yerine 4 vermek için başka nedenleriniz nedir?”.

Bir diğer yol ise, ters yönde izlenecek yoldur. Burada temel soru neyin onun daha yüksek derecelendirmesine yol açacağını bulmaktır.

“4 olarak belirlediniz. Belli oranda kendinize güvendiğinizi belirttiniz. Sizi 4’ten 7’ye ne çıkarabilir? Neden 4 dediniz de 7 demediniz?”

3. Geçmiş deneyimleri gündeme getirmek kimi zaman yarar sağlayabilir. Beklentilerimiz genellikle daha önceki deneyimlerimizle ilişkilidir. Yeterliliğin öğrenmeyle ilişkisini belirtmiştik. Bu nedenle kendine güvenme ile deneyimlerimiz arasında önemli bir bağlantı vardır.

Onun çabasını, azmini övün ve onu yüreklendirin. Onun maddeyi bırakma konusundaki en başarılı girişimini öğrenin. Bunu tekrar başarması için önünde bir engel olup olmadığını sorun. Bunu başaranın yine kendisi olduğunu vurgulayın.

Ancak eğer kişinin geçmişte gerçekten önemli bir başarısı yoksa onun girişimlerini abartılı bir şekilde başarı olarak göstermek, yetersizliğini tekrar hatırlatarak direnç gelişmesine yol açacaktır. Hedef en azından geçmişteki başarının tekrarlanması olarak vurgulanmalıdır.

4. Kimi zaman hastalar ne yapmaları gerektiğini doğrudan duymak isterler. Ancak bunun doğrudan söylenmesinin doğru olmayacağı ya da yarar getirmeyeceği açıktır. Basit tavsiyelerde bulunmak, hastanın isteği bile olsa kimi zaman geri tepebilir.

Bunun için yanıtı kişinin bulması için onu yüreklendirmek gerekir. Hedef ve yöntemi kendisinin belirlemesi için kişi yönlendirilmelidir. Onunla birlikte seçenekler oluşturulabilir ve onun seçeneklerden birini seçmesi sağlanabilir. Böylece onların özgürlüklerini de kısıtlamamış olursunuz.

Öncelikle onu bazı seçenekler bulması için cesaretlendirin. Başkaları için nelerin çalıştığını ona örnek olması amacıyla verebilirsiniz. Ardından seçeneklerin üstünden gidilmelidir. Seçenekler üstünde uzun süre durmaktan kaçınılmalıdır. Eğer kişi bir seçenek üstünde çok duruyor ve tartışıyorsa, tek bir fikre takılmamak gerektiğini hatırlamak doğru olabilir. Bu noktada doğal olmak ve onu seçimini yapması için özgür bırakmak önemlidir. O seçimini yaptıktan sonra aşırı iyimserliği önlemek ve gelecek için gerekli önlemleri almak için bu seçeneğin çalışmama ihtimalinin de olduğu, o zaman diğer seçeneklerin devreye sokulabileceği vurgulanmalıdır.

Önemlilik mi, kendine güvenme mi?

Önemlilik üstünde mi duracağız, yoksa kendine güven mi? Bu sorunun yanıtı yukarıda yer alan değerlendirmelerden sonra izleyeceğimiz yolu belirlemek açısından önem taşımaktadır. Eğer kişi ikisinden birisi konusunda kararlı ise, o zaman kararsız ya da ortada kalınan diğerine eğilmek daha uygun olacaktır. Ancak her ikisinde de bir sorun yaşıyorsa o zaman aşağıdaki seçenekler gözden geçirilmelidir.

- Eğer önemlilik düşük ise, onun üstüne odaklanmak daha doğru olacaktır.
- Aralarında ciddi bir farklılık varsa, hangisi daha düşük ise ona eğilmelidir.
- Eğer her ikisi eşitse, önemlilikten başlanmalıdır.
- Eğer her ikisi de çok düşük ise, kullanılan yöntemin doğru seçilip seçilmediği, başka alanlara eğilmenin gerekliliği üstünde durulmalıdır.

İsteklilik

Önemlilik ve kendine güvenme yerine ya da onlarla birlikte istekliliği değerlendirmenin yararlı olacağı durumlar vardır. İstekliliği konuşmak değerlendirmeyi bir adım öteye götürebilir. Özellikle direncin nedenlerini anlamayı kolaylaştırabilir.

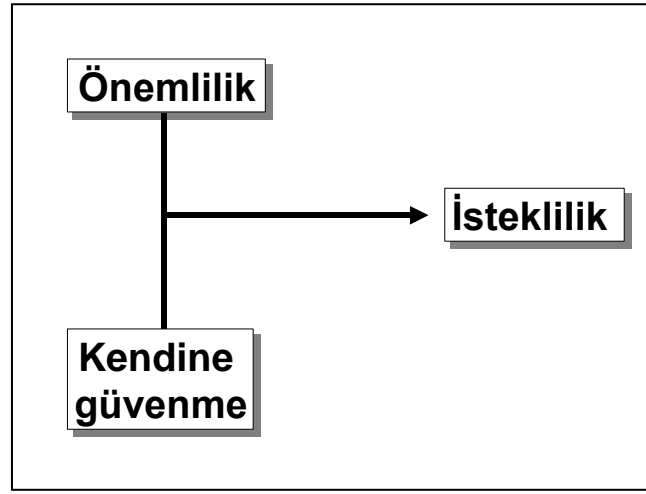
İsteklilik aslında bir anlamda önemliliğin de göstergesidir. İsteklilik aynı zamanda hazır olmanın da belirleyicisidir. Hazır olmayan kişi isteksizdir. İsteksiz kişi de hazır değildir.

İstekliliği araştırırken spesifik olmak gerekir. Bunun için kişinin neye istekli olduğu netleşmelidir. Örneğin kişi alkolü tam olarak bırakmaya mı, ara sıra içmeye mi istekli? Ama öncelikle istekliliğini derecelendirmek uygun olacaktır. Bunun için aşağıdaki soru sorulabilir.

“... ne kadar isteklisiniz? Eğer isteğinizi 0'dan 10'a kadar bir cetvel yaparak derecelendirirsek ve 0 “hiç istekli değilim” ve 10 “çok istekliyim”i gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”

Kişinin yaptığı derecelendirmeye göre değerlendirme derinleştirilebilir.

“... için 4 dediniz? Neden 4 dediniz de 1 demediniz?”. Ya da “... için 4 dediniz? 4 yerine 7 ya da 8 demeniz için ne olması gerekli?”



Hastanın içeride bu teknikleri uyguladıktan sonra bir anda değişmeye karar verip, kullandığı maddeyi bırakacağını zannetmeyin. Burada bir süreç başlatıyorsunuz. Başka bir bölümde anlattığımız gibi değişim bir süreç ve bir döngü.

Uygulamadan hemen sonra genellikle kişinin düşüncelerinde herhangi bir değişikliğe rastlanmaz. İçeri girdiği gibi çıktığı izlenimi edinilebilir. Bu durumda hayal kırıklığına ya da karamsarlığa kapılmaya gerek yoktur. Önemli olan söz konusu tekniklerin kuralına göre uygulanıp uygulanmadığıdır.

Bir süre sonra kişi tekrar başvurur. İşte o zaman fark gözlenebilir. Değişmeye karar verebileceği gibi, kimi zaman değişmiş olarak gelir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken kişideki ilerlemeyi görüp, hızlanmamaya dikkat etmektir. Aynı dikkat ile görüşmelere devam edip, kişide direnç gelişmesine yol açmamaya özen gösterilmelidir.

GÖRÜŞME TEKNİKLERİ

Alkol ya da madde kullanan kişi ile görüşme ilkeleri, psikiyatrik görüşmenin genel ilkelerinden ayrılamaz. Ancak genel olarak alkol, madde bağımlılarında tedavi motivasyonları düşük olduğu için, özel görüşme tekniklerinin de bilinmesi yararlıdır.

Genel görüşme ilkeleri

Hastaya bir şey söylemek yerine onu dinleyin ve onu dinlediğinizi gösterin. Aktif dinleme gerçekleştiği zaman hastayla aranızda tedavi ilişkisi kurulabilir. Aktif dinlemenin kuralları şunlardır;

- Dinlerken karşınızdakinin yüzüne bakın.
- Gereken yerlerde konuya açıklama getirmesini isteyin.
- Dinlerken kendi yanıtınızı hazırlamakla uğraşmayın.
- Ne söylediğine ve bunu nasıl ifade ettiğine dikkat edin.
- Sözleriniz ve yüz hareketlerinizle onu anladığınızı belirtin.
- Söylediği önemli sözleri, onun ardından yorumsuz bir şekilde tekrarlayın. Onun söylediklerini farklı bir şekilde ona tekrar anlatın.
- Tam olarak ifade edilmeyen, yarım kalmış cümlelere dikkat edin.
- Konuşurken aralarda sessizliğe izin verin.
- Sıkıntısını göstermesine ya da ağlamasına izin verin.
- Konuşuklarınızı belli aralıklarla özetleyin.

Alkol ve madde kullanımına özel teknikler

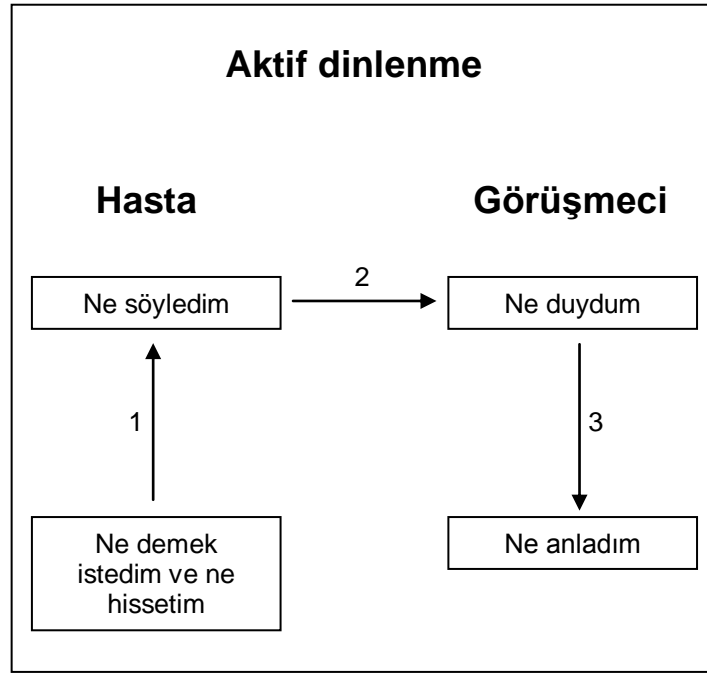
- Alkol ya da madde kullanımının yaşamı üzerindeki olumsuz etkisini anlamasına yardımcı olun. Kişiler buldukları yerle olmak istedikleri yer arasındaki ayrımı fark ettikçe değişme yönünde motive olurlar. Kimi zaman olumsuz etkiler henüz ortaya çıkmamış ancak kullanım tehlikeli düzeyde olabilir. Bu durumda tehlikeli düzeyde kullanımın ne olduğu anlatılmalıdır.
- Tartışmaktan kaçının. Tartışma beraberinde savunmayı getirir, madde içme ve kullanma davranışında değişiklik oluşmasını sağlamaz.
- Hastayı yargılamayın. Onu çok fazla alkol kullanmak, eşine ve ailesine ilgisiz davranmakla suçlamayın. Onu olduğu gibi kabul edin.
- Onu etiketlemeyin. Alkolik, eroinman, bağımlı gibi sözcüklerle etiketlerseniz, onu tümünden kaybedebilirsiniz.
- Kendine güvenmesini sağlayın. Başarma umudu olmayan kişiler değişme yönünde adım atmazlar.
- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunların sorumluluğunu kendisine bırakın. Onu bir yetişkin, kendi kararlarını verip bu kararların sorumluluğunu taşıyacak bir kişi olarak görün ve buna uygun davranın.
- Yaşadığı sorunların ve gördüğü zararların farkına kendi kendine varmasını sağlayın. İkna etmeye çalışmayın. Tüm olumsuz noktaları sizin ona anlatmanız, anlattıklarınızın hepsi doğru olsa bile onun değişmesine yardımcı olmayacaktır.

- Ona tedaviye ilişkin çeşitli alternatifler sunun. Bir sonraki adımın ne olacağına o karar versin.

Hasta merkezli görüşme

Hasta merkezli görüşme özellikle alkol ya da madde kullanıcıları ya da bağımlıları ile görüşmede gerekli olan teknikleri içerir. Çünkü hasta istemediği takdirde görüşmecinin yapabileceği bir şey yoktur.

Hasta merkezli görüşme hastaya iyi davranmaktan ibaret değildir. Dikkatli dinlemeyi de içerir. Pasif değil aktif bir süreçtir. Hasta merkezli görüşmenin bazı ilkeleri aşağıda verilmiştir.



Değerlendirme görüşmecinin hastayı ve onun hastalık yaşantısını anlamak için onun dünyasına girmektir. Görüşmeci hastanın hastalıkla ilgili düşüncelerini, duygularını, görüşmeciden beklentilerini ve hastalığın onun işlevlerini ne düzeyde bozduğunu anlamaya çalışmaktadır. Hastalık hakkındaki bilgiler ile hastanın yaşantısı onu bir bütün olarak anlamak için kaynaştırılmalıdır. Hasta ve görüşmeci ortak olarak sorunun tanımını yapar, hedefleri koyar.

Bunları gerçekleştirirken hasta kaygılarını ifade etmesi ve aktif olması için cesaretlendirilir. Ne öğrenmek istiyorsa o bilgi verilir. Karar verme gücü kazandırılmaya çalışılır ve ortak kararlara ulaşılır.

Yukarıdaki amaçlara ulaşmak için görüşmeci meraklı davranır, açık uçlu sorular sorar. Aktif dinleme esastır. Aktif dinlemede görüşmeci hastanın sözlerinin ne anlam taşıdığını anlamaya çalışır. Bu yöntemde yukarıdaki şekilde görülen alttaki iki kutu birleştirilmeye çalışılır. Genelde düşündüklerimizi söylemeyiz, farklı duyar ve farklı yorumlarız. Bu nedenle amaç gerçek anlamı bulmaya çalışmaktır.

Yapılmaması gerekenler

Aşağıda bir alkol ya da madde hastası ile görüşürken yapılmaması gerekenler özetlenmiştir. Bunlar ilişkiyi tamamen bozacak ve kişiye hiçbir yardımı dokunmayacak davranışlardır.

1. Emretmek, yönetmeye kalkmak
2. Tehdit etmek ya da uyarmak
3. Mantıkla iknaya kalkmak ya da ders vermek
4. Ahlakla açıklamak, öğüt vermek
5. Yargılamak, eleştirmek ya da suçlamak
6. Hak vermek, onaylamak ya da övmek
7. Utandırmak, saçma bulmak
8. Yorumlamak, analiz etmek
9. Rahatlatmak, teselli etmek ya da şefkat göstermek
10. Sorgulamak, araştırmak
11. Dikkati başka yöne çevirmek, konuyu değiştirmek ya da uzaklaşmak

Israrla ilaç talep eden bağımlı ile görüşme

Günlük pratikte, sürekli olarak yeşil ya da kırmızı reçeteye tabi ilaçlar isteyen hastalarla sık karşılaşılır. Kimi zaman kişi hekimi tehdit edebilir, üst düzey tanıdıkları olduğunu söyleyebilir, bu ilaçları kullandığını ya da bu konunun uzmanı bir doktor tarafından bunların kendisine yazıldığını söyleyebilir. Sık karşılaşılan bu durumla başa çıkmak için yapılabilecek olanlar aşağıda belirtilmiştir.

- Onunla ilgilendiğinizi gösterin ve kendine güvenli davranın. Kendinize güvenmezseniz onu da ikna edemezsiniz.
- Bu ilaçları kullanmasını gerektiren fiziksel ya da ruhsal bir rahatsızlığı var mı araştırın. Eğer bulamazsanız, bunları kullanmasının gerekli olmadığını belirtin.
- Başka ne tür maddeler kullandığını soruşturun.
- Neden ısrarla bu ilaçları talep ettiğini sorun. Talep ettiği ilaçların bağımlılık yaptığını hatırlatın. Karşınızdaki kişi bunun zaten farkında olabilir, ancak bunu belirtmeniz tartışmayı daha gerçekçi bir düzeye çekecektir.
- İsterse, yeşil ya da kırmızı reçeteye bağlı olmayan anksiyolitik ilaçlar yazabileceğinizi söyleyin. Bu davranışınız onunla ilgilendiğinizi gösterecektir.
- İsteklerini başka yardım yolları göstererek yanıtlayın. Eğer bırakmayı isterse kendisine yardımcı olabileceğinizi anlatın.
- Sınırlarınızı koyun. Neler yapıp, neler yapamayacağınızı açıkça söyleyin. Sınırlarınızı net olarak koyduğunuz takdirde, ısrar azalacaktır.
- Tehditlerini sakın ve güvenli biçimde yanıtlayın. Tehdit olarak söylediği her şeyi yapabileceğini, ona “yapamazsın” demediğinizi, ancak sizin elinizden gelen başka bir şey olmadığını söyleyin.
- Öfkelenmeyin. Öfkelenmek size hiçbir şey kazandırmaz, aksine kontrolü kaybetmenize yol açabilir.

Öfkeli ya da saldırgan hasta ile görüşme

Günlük pratikte alkol ya da madde kullanan ve bir nedenle öfkelenmiş kişilerle karşılaşılmaktadır. Bu kişiler, alkol ve madde etkisi altında iseler hekim için bir tehlike oluşturabilirler. Çünkü, bu maddelerin etkisi altında iken kişinin inhibisyonları kalkmıştır ve

çevreye zarar verebilir. Öte yandan, eroin gibi maddeleri kullananlar madde bulamayıp başka bir maddenin arayışına girdikleri zaman, kendilerine engel olabilecek kişilere zarar verebilirler. Servis içinde bağırın, tehditler savuran, duvarlara vuran öfkeli bir hasta söz konusu olduğunda;

- Kendinize güvenli davranın. Sakin olun. Telaşlısanız dahi belli etmeyin. Bedeninizle kendinize olan güveninizi ortaya koyun. Dik durun. Ancak kendinize güveniniz ona meydan okuma tarzında olmasın.
- Kişiyile doğrudan göz kontağı kurmayın. Bunu meydan okuma olarak görebilir. Bu nedenle hemen gözlerinin altına bakabilirsiniz.
- Kendisiyle konuşmak istediğinizi söyleyin, sorunun ne olduğunu anlatmasını isteyin. Hatta neden bağırdığını sorun.

Görüşmede temel hedefler

Bağımlılık tedavisinde öncelikle temel hedefler bilinmeli ve strateji buna göre çizilmelidir. Tedavi stratejisi bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte, bağımlılığın temel özellikleri nedeniyle genelde benzerdir. Ancak uygulamada tedavi edici esnek olmalı ve kendi stratejisini belirlemeye çalışmalıdır.

- Hastanın kimyasal bir maddeye bağımlı olduğunu anlamasını sağlamak
- Bağımlılığın belirtilerini hastanın deneyimlerine uygun biçimde göstermek.
- Madde kullanımı için duyduğu şiddetli isteğin farkına varmasını sağlamak.
- Hastayı temiz kalmak için cesaretlendirmek ve motive etmek.
- Yaşamsal sorunlarıyla başa çıkmada madde kullanımına başvurduğunu ve madde kullanımının sorunlarını çözümede yetersiz olduğunu anlamasını sağlamak.
- Bağımlıya yeni ve daha etkili sorun çözme yöntemleri kazandırmak.
- AA, NA gibi kendine yardım gruplarına gitmesini ve bunlara devamını sağlamak.
- Relapsa neden olan düşünce ve davranışlarını tanımasını ve farkına varmasına yardımcı olmak.
- Hastanın kendilik imajının düzeltilmesine yardımcı olmak.
- Yeni bir çevre, iş, ortam kısaca yeni bir hayata başlamasını ve eski alışkanlıklarından kurtulup değişmesini sağlamak.

Her görüşmede yapılması gerekenler

İdrar ya da kan analizleriyle madde kullanıp kullanmadığının araştırılması uygundur. Eğer her görüşmede bu yapılamayacaksa o zaman belirsiz zamanlarda bu testleri yapmak gerekir. Bunun için hasta ile önceden anlaşma yapılmalıdır. Son görüşmeden sonra neler olup bittiği sorulmalıdır. Burada madde kullanımı olup olmadığı, bu ortamlara girip girmediği ve madde kullanım isteği yaşayıp yaşamadığı araştırılmalıdır. Eğer madde kullandıysa, madde kullanımının nedenleri araştırılmalı ve gelecek relapsları önlemek için önlemler alınmalıdır. Eğer tercih maddesi dışında bir madde kullandıysa başka madde kullanımının relaps üstüne olan etkisi ve önemi üstünde durulmalıdır. Üstüne odaklanılmasını gerektirecek acil bir sorunu olup olmadığı araştırılmalı ve gerekirse planlanan görüşme ötesinde tüm görüşme boyunca bu sorun üstünde durulmalıdır.

Genelde bağımlıların gösterdikleri inkar davranışları

1. Bağımlı olduklarını kabul etmek istemezler ve tedavinin bazı kurallarına uymayı ret ederler.

Bu nedenle bağımlılık konusu öncelikle ele alınmalı ve üstünde durulmalıdır. Bağımlılık üstünde durulurken hastanın umutsuzluğa kapılmasını ve etiketlemeyi önlemek gerekir.

2. Kullandıkları maddeyi tamamen kesmek yanlısı değildir.

Genelde azaltmak ya da kestikten kısa bir süre sonra tekrar başlamak niyetindedirler. Madde kullanımını kontrol altında tutabileceklerini zannetmektedirler. Özellikle bağımlıların madde kullanımını kontrol etmesi mümkün değildir.

3. Tercih maddeleri dışındaki diğer maddeleri tehlikeli olarak algılamazlar.

Başka maddeleri kullanma eğilimindedirler. Halbuki başka maddeleri kullanmaya devam etmeleri relapsın habercisidir. Çünkü diğer maddeleri satın aldıkları yerde tercih maddeleri de satılmaktadır. Ayrıca diğer maddelerin etkisi altındayken kendileri üstündeki kontrollerini kaybedip tercih maddelerini kullanma tehlikesi büyüktür.

4. AA ve NA gibi kendine yardım gruplarının gereksiz olduğuna inanırlar.

Bunu savunurken genelde kendisinin oradakiler gibi olmadığını söylerler . Onları sorunu kendisinininkinden daha büyük ve şiddetlidir. Ya da onlar aralarında boş boş konuşmaktadırlar, ya da orada madde konusu geçince içinden içme isteği gelmesinden korkmaktadır. Terapist hastanın oraya her koşulda devam etmesini sağlamak için onu yönlendirmeli, bilgilendirmeli ve yüreklendirmelidir.

5. Eski ve özellikle madde kullanan arkadaşlarıyla görüşmeye devam etme eğilimi gösterebilirler.

O ortamda onlar içse bile aklına hiç madde kullanmak gelmediğini savunur, hatta onların kendisini maddeden soğuttuğunu iddia eder. Halbuki bu düşünce hastanın değişimden yana olmadığını bir göstergesidir. Hasta madde kullananların yanında bulunmasının kendisi için ne kadar tehlikeli olduğunun farkına varmalıdır. Çünkü birgün ısrarlara dayanamayabilir, ya da kendini denemek isteyebilir.

Tedaviye karşı ambivalans

Tedaviye karşı ambivalans sık görülür. Hasta tedavi olup olmamak konusunda ya da tedaviye tam olarak uyum sağlayıp sağlamama konusunda kararsızdır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi kullandığı maddenin olumlu emosyonel etkileridir. Bu olumlu etkilerinden diğer tüm olumsuzluklara rağmen vazgeçememektedir.

Bir diğer neden ise, madde sorunlarla bir başa çıkma yolu olarak kullanılmaktadır. Sorunlarla başa çıkmak için başka bir yol bilmediği için maddeyi bırakıp bırakıp bırakmama konusunda kararsızdır. Kimi zaman hasta bağımlılığı kırmak ve mücadele etmek için kendisini zayıf görmektedir. Böyle çetin bir mücadeleye girmeye hazır değildir.

Kararsızlığın temelinde yatan şey aslında kişinin madde kullanımı sonucu yaşadığı olumsuzlukların yeterince ağır basmamasıdır. Kullanım sonucu gelişen olumsuzluklar dengeyi değiştirebilir. Bunu dibe çökmek olarak açıklayabiliriz. Hasta dibe çöktüğü zaman kararsızlığı azaltmakta ve motivasyonu artmaktadır.

Tedavide atılması gereken temel adımlar

Tedavi öncesinde hastayla tedavinin kuralları konuşulmalıdır ve bu kurallara uyumun şart olduğunun belirtilmesi gerekir. Söz konusu kurallara terapistte uymalıdır. Bağımlılık kavramı üstünde durulmalı ve bağımlılığın özellikleri konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Bağımlılığın bir hastalık olduğu vurgulanmalıdır. Tedavinin ne olduğu ve onun tedaviden ne anladığı tartışılmalıdır. Tedavi sadece kişinin kullandığı maddeyi bırakması değil, madde kullanımına yönelen davranış biçimlerinin değiştirilmesini de içerir. Bu nedenle hastanın aktif olmasının gerekliliği vurgulanmalıdır. İyileşme yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

Madde kullanımını başlatan etkenler kişiler, yerler ve durumlar hastayla birlikte gözden geçirilmelidir. Bu etkenler tanımlanmalı ve bunlardan uzak durması sağlanmalıdır. Eğer uzak duramayacaksa bunlarla başa çıkmasının yolları araştırılmalıdır. Bu etkenleri yüksek riskli durumlar olarak adlandırabiliriz. Yüksek riskli durumlar önceden saptanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır. Eğer kişinin yaşam biçimi kaotik ve düzensizse o zaman terapist hastaya zamanını düzelleme konusunda yardımcı olmalıdır. Özellikle maddeyi bıraktıktan sonra kişi bir boşluğa düşmektedir. Çünkü zamanın büyük bölümünü madde bulmak ve kullanmak için geçirmektedir. Bu nedenle terapist kişinin haftalık zamanını yapılandırmalıdır.

Craving adı verilen şiddetli madde isteğinin hasta tarafından tanınması ve başa çıkma yollarının bilinmesi gerekir. Çünkü relapsların önemli bir bölümü craving'i takiben gelişmektedir. Craving bir okyanus dalgasına benzetilebilir. Çok şiddetlidir ama bir kez vurur ve daha sonra çekilir gider. Bu nedenle bu şiddetli istek anının bir şekilde geçirilmesi gerekmektedir. Sosyal baskılar relaps için önemli bir diğer etkidir. Arkadaş baskısı gibi kişiyi madde kullanmaya zorlayan sosyal baskıların tanımlanması ve bunlarla başa çıkma yollarının kazandırılması, reddetme tekniklerinin öğretilmesi gerekir. 12 basamak tedavisine ve kendine yardım gruplarına katılması için hasta yönlendirilmelidir.

Relaps önleme tedavinin en önemli parçasıdır. Bu nedenle üstünde önemle durulmalıdır. Relaps bir süreçtir ve hasta tarafından relapsın öncül sinyalleri tanınırsa, hasta relapsı önleyebilir. Madde kullanan kişinin sosyal becerileri azalmıştır ve ilişki kurmakta zorlanır. Bu nedenle hastanın ilişkileri gözden geçirilmeli ve sağlıklı olarak belirtilebilecek ilişkiler kurmasına yardımcı olunmalıdır. Madde kullanıcısının maddeyi bıraktıktan sonra yeni bir hayat kurması gerekmektedir. İyileşme yaşam boyu sürecektir. Boş zamanları değerlendirme, yeni arkadaşlar, yeni bir iş, yeni bir yaşam tarzı. Tüm bunlar zaman içinde düzenlenmeli ve kişi yeni bir hayata başlamak için cesaretlendirilmelidir.

Bağımlı kişi kendi sorumluluğunu üstlenmeyi öğrenmelidir. Kendi sorumluluğunu üstlendiği takdirde, davranışları için bahaneler bulmadığı, kabahati başkaları üstüne atmadığı zaman iyileşmenin olabileceği hastaya öğretilmelidir. Aile üyeleri genelde sorumluluğu üstlenmeye her zaman hazırdır. Bu nedenle aile üyeleri de bu konuda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Utanç ve suçluluk duygusu bağımlı kişilerde çok yaygındır. Bu duygular kişinin kendilik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir. Madde kullanırken yaptığı davranışlar ve sonuçları ciddi bir utanç ve suçluluk duygusuna yol açar ve pişmanlık duyulur. Bu duygular

gündeme getirilmeli, rahatlaması için gerekiyorsa onu kırmadan başkalarından özür dilemesi ve böylece kendine olan saygısının devam etmesi sağlanabilir.

Yaşam öyküsünü yazması için hasta cesaretlendirilebilir. Bu öykü içinde özellikle bağımlılığın onu ve çevresini nasıl etkilediği, onun bağımlılığa yol açan kişilik özellikleri özellikle vurgulanmalıdır. Bağımlılık sadece kimyasal maddelere özgü değildir. Hasta bir maddeye olan bağımlılığını yenerken, öte yandan başka bağımlılıklar geliştirebilir. Örneğin bir insana, işe ya da terapistine karşı bağımlılık geliştirebilir. Böyle bir durumda hasta uyarılmalıdır. Olumsuz duygularla başa çıkmakta ya da kendini ifade etmekte birçok bağımlı zorlanabilir. Bu durumlarda relaksasyon teknikleri, öfkeyle başa çıkma yolları ve assertiveness öğretilmelidir.

Terapist için bazı ipuçları

- *Onun tuzaklarına düşmeyin.*

Madde kullanan bireyler çevresindekiler için birçok tuzak hazırlar. Bunlar arasında onu öfkeliendirmek ve böylece herkesin kendisini anlamadığını göstermek sayılabilir.

- *Geriye dönüşlerde hayal kırıklığı yaşamayın.*

Bağımlılıkta iyileşme bir süreçtir ve geri dönüşler çok sık olur.

- *Aileye umut verin.*

Aile sık sık umutsuzluğa kapılır ve desteğini çekme eğilimi gösterebilir. Böyle bir durumda aileyi bilgilendirin ve cesaretlendirin.

- *Siz stabil olun.*

Bırakın o gidiş ve gelişler yaşasın. Siz stabil olduğunuz sürece o sizin yolunuza dönecektir. Belki sizi bırakacak ama bir süre sonra yine dönecektir.

- *Esnek olun.*

Bağımlılarla uğraştığınızı unutmayın. Belirli kurallardan taviz vermeden gerekli esnekliği gösterin. Katı davranarak hastayı küstürmeyin.

- *Kolay kolay pes etmeyin.*

Onlar sizin pes etmenizi bekliyor. Siz kalelerinizi istikrarlı bir şekilde koruyun. İnatçı olun. Onun umutsuzluğa kapıldığı noktada siz umut aşılalım.

- *Kurallara uyduğu sürece hep var olduğunuzu hissettirin.*

Sizin varlığınız onun için önemlidir. Onu öylece kabul eden biri olarak sizin varlığınız ona güç verecektir.

- *Çekişme ve çatışmayı sonlandırın.*

Hayatının diğler alanlarında yaşadığı çekişmeyi sizin odanıza da taşımaya istekli olacaklardır. Sizin hedefiniz belirli. Amacınız kavga değıil.

- *Onun sorumluluğunu ona verin.*

Onun sorumluluğunu siz üstlenmeyin, başkalarının da üstlenmesine izin vermeyin.

- *Destekleyici ve cesaret verici olun.*

Onun umutsuzluğu size de yansımazın. Küçük başarılarının arkasında durun ve onu ödüllendirin. Unutmayın, bağımlılıkla mücadele oldukça güç bir iştir.

- *Onu anladığınızı hissettirin.*

Yapacağı şeyin zor olduğunu bildiğinizi söyleyin. Sınırlı düzeyde empati kurmaya özen gösterin. Anlaşılmamak onların bir tercihi olabilir.

- *Gerçekçi olun.*

Bağımlılıkla uğraşıyorsunuz. Her an başarısızlıkla karşılaşabilirsiniz.

- *Samimi davranın.*

Yakın olun ve yapmacık davranmayın. Mesafeli durmayın ama sınırınızı da kaybetmeyin.

Tedavide karşılaşılan sorunlar

Tedavinin başlangıcında görüşmelere zamanında gelmesi konusunda hasta uyarılmalıdır. Gelmeyeceğı zaman 24 saat öncesinden haber vermesi istenmelidir. Eğer hasta tedaviye geç geldiyse görüşme sırasında konu gündeme getirilmeli ve yüzleştirilmelidir. Geç kalmanın sonucu görüşme süresinin kısılmasıdır. Görüşmelere gelmeme durumunda hasta uyarılmalı, bu davranış arka arkaya tekrarlırsa tedavi sonlandırılmalıdır. Ancak bu konuda hasta önceden uyarılmalıdır.

Her hasta görüşmeye temiz gelmelidir. Eğer madde etkisi altında ise görüşme yapılmamalı ve ertelenmelidir. Eğer amaç zarar azaltmak ise, o zaman hasta görüşme yapabilecek durumda olmalıdır. Hastanın motivasyonu yeterli değilse motivasyonel görüşme tekniğı uygulanmalıdır. Konuya ilişkin bilgi ilgili bölümde anlatılmıştır. Yine relaps tedavide karşılaşılan önemli bir sorundur. Relapsa ilişkin bilgi ilgili bölümde anlatılmıştır. Ortaya çıkabilecek yaşam krizlerinde sorun öncelikle ele alınmalı ve madde kullanımıyla ilişkisi içinde konu değerlendirilmeye çalışılmalıdır.

BAĞIMLILIKTA YİNELEMİYİ (KAYMAYI) ÖNLEME

Yineleme (kayma-relapse) kişinin alkol madde kullanımını bıraktıktan sonra tekrar kullanmaya başlamasıdır. Erken kayma (slip) ya da kayma (lapse) terimi ise kişinin bırakma dönemini takiben birkaç kez alkol ya da madde denemesine verilen isimdir. Bu dönemlerde kişi henüz daha eski kullanma düzeyine ulaşmamıştır.

Yineleme alkol/madde bağımlılarında %40 ile 80 oranında görülür. Bu nedenle hastaları ayık tutmak için çeşitli programlar üretilmiştir. Yineleme kişinin hedef davranışını değiştirme yolunda bir kesilmeyi ifade eder. Yinelemelerin üçte ikisinin genellikle ilk üç ay içinde ortaya çıktığı gösterilmiştir.

Yinelemeye yol açan etkenler

Bir kişinin yeniden madde kullanmaya başlamasında birçok etken vardır. Ancak bunları şu şekilde sınıflandırabiliriz.

Duygusal değişkenler ve duygudurum:

Olumsuz duygudurumlar, öfke, anksiyete, sıkıntı, depresyon, boşluk, suçluluk ya da yalnızlık hissi gibi. Olumlu duygudurumları da yinelemeye neden olabilir. Buna örnek olarak çocuğunun evlenmesi verilebilir.

Davranışsal değişkenler

Başa çıkma yetileri ve kişisel beceriler önemli rol oynar. Sorun çözme yetilerinin düşük olması, boş zamanlarını değerlendirememesi, sosyal becerilerin eksikliği yinelemede önemli etmenlerdir.

Bilişsel değişkenler

Yineleme kişinin madde kullanımı, iyilik ve yineleme hakkındaki bilgi, tutum ve beklentilerinden etkilenir.

Çevresel ve ilişkisel etkenler:

Maddelere kolay erişilebilirlik, kullanma için sosyal baskıların ve ısrarın varlığı, sosyal desteklerin azlığı, önemli yaşamsal değişimler, evsizlik yinelemeyle bağlantılı olabilir.

Fiziksel değişkenler:

Bağımlılığın şiddeti, fiziksel bir hastalığın varlığı, ağrı ya da şiddetli istek yinelemeye yol açabilir. Yine uzamış yoksunluk bulgularının varlığı bu grup içinde değerlendirilebilir.

Psikolojik ve psikiyatrik değişkenler:

Öğrenilmiş davranışlar, kişilik özellikleri, psikiyatrik hastalık, başka bağımlılıklar, geçmişte taciz öyküsü bunlar arasında sayılabilir.

Tinsel nedenler:

Utanç ve suçluluk, yaşamın anlamsızlığı, hiçbir şeyden zevk alamama gibi etkenler bu kategoride yer alır.

Yinelemeyle başa çıkmada temel ilkeler

Yinelemeyle başa çıkmada bilinmesi gereken temel ilkeler şunlardır:

- Yinelemeyle başa çıkma yöntemleri diğer tüm tedavi yöntemlerine entegre olarak kullanılabilir ya da farklı bir tedavi yöntemi olarak uygulanabilir. Tedavi sırasında ortaya yineleme çıktıysa terapist yinelemeye neden olan olayları, düşünceleri ve duyguları tanımlamaya ağırlık vermeli ve görüşme bu konuya ayrılmalıdır. Buna yineleme analizi adı verilir.
- Yineleme sık görülen ve hasta için duygusal yükü olan bir durumdur. Terapist hastasına yinelemenin her şeyin bittiği ve tedavinin başarısızlığı anlamına gelmediğini anlatması gerekir. Çünkü hasta yineleme sonrası bir umutsuzluğa kapılır. Aynı umutsuzluk aile üyelerinde de gözlenir. Aslında kaybedilen sadece bugüne kadar elde edilen temiz gün sayısıdır. Temiz kalınan dönemler içinde edinilen bilgi ve deneyim ise halen kazanç hanesinde durmaktadır. Bundan sonra amaç, en az bir önceki dönem kadar bir süre temiz kalmaktır.
- Terapist hastasını yineleme konusunda bilgilendirmelidir. Yineleme tedaviyi bozan bir durum olmakla birlikte, aslında hem hasta hem de terapist için öğreticidir.
- Yineleme tedavide bir eksikliği göstermektedir ve bu eksiklik saptanarak üstüne gidilmeli ve tedaviye devam edilmelidir.

Yinelemenin aşamaları

Yineleme üç ayrı düzeyde değerlendirmek gerekir. Terapist yinelemenin bu üç ayrı düzeyine göre tedavi yöntemini belirlemelidir. Ancak unutulmaması gereken her üç düzeyde sonuç olarak bir yinelemedir.

1-Erken kayma (slip)

Kayma terimiyle de açıklanabilir. Kişinin alkolü veya maddeyi kullandığı ilk girişimdir. Alınan ilk doz/yudum, ilk kadeh ya da bu ilk kadehi içme düşüncesine verilen addır. Erken kayma düzeyinde yineleme bireyin tedavisi için güçlendirici bir olay olabilir. Bunun için tedavideki zayıf alanların tespit edilmesi, çözümlerin üretilmesi ve gelecekte olabilecek bir yinelemeyi önlemek için gerekli davranış değişiklikleri gözden geçirilmelidir.

2-Kayma (lapse)

Kişinin erken kaya dönemindeki ilk madde kullanma girişiminin bir kaç kez devam etmesidir. Birçok kez madde kullanıldıysa ve birkaç gün sürdüyse tedavi hemen yoğunlaştırılmalıdır. Bu durumda genelde bağımlılık belirtileri de yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlar. Tedavinin yoğunlaştırılması genelde yinelemeyi durdurmaktadır. Ne olduğunun gözden geçirilmesi için kişi yöreklendirilmeli ve yaşadığı bu deneyimden gelecekteki bir başka yinelemeyi önleyebilmek için bir şeyler öğrenmesi sağlanmalıdır. Kişinin tedavi programına sahip çıkması sağlanmalıdır.

3-Yineleme (relapse)

Kişinin alkol veya madde kullanımına devam ederek, alkol veya madde kullandığı dönemde oluşan davranışlarına, yaşam biçimine dönmesidir. Uzun bir süre kişi madde kullandıysa ve bağımlılık belirtileri tam olarak ortaya çıktıysa durum o zaman daha zordur. Genelde bu kişiler tedaviden de uzaklaşırlar. Eğer kişi tekrar tedaviye dönecek olursa, tedaviye alkol ya da maddeden arındırılma ile başlanması gerekmektedir.

Yinelemenin belirtileri

Yinelemenin belirtilerinin tanınması ve önceden saptanması büyük önem taşır. Yinelemenin önlenmesi için bağımlılar; yinelemenin ön belirtileri hakkında duyarlılaşmış olmalı, zararsız gibi gözükken kararların büyümekte olan relaps tehlikesi işaretleri olduğunu kavramalı, bu kararları bir yinelemenin öncülleri olarak tanımalı ve uygun başa çıkma stratejileri ortaya çıkarabilmelidirler. Bu konuda hasta eğitilmelidir. Kişiyi yinelemeye götüren 11 basamak aşağıdaki biçimde tanımlanmıştır.

1. Kişinin tedavi programına katılmanın gerekliliğine ilişkin tutumunun değişmesi.
2. Yaşam olaylarına karşı abartılı bir tepki olarak artmış stresin varlığı.
3. İnkârın yeniden ortaya çıkışı (Genelde kişi inkârın ortaya çıkışını da kabul etmez ve bunu konuşmaktan kaçınır).
4. Özellikle stresli olaylarda sonra yeniden yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.
5. Davranış değişiklikleri (Stres karşısında farklı davranış biçimleri göstermeyle ya da günlük aktivitelerin değişmesiyle kendini gösterir).
6. Sosyal yıkım (Kişinin yeni baştan kurduğu sosyal yapı değişmektedir. Örneğin ayık arkadaşlarıyla görüşmemekte, inzivaya çekilmekte ya da ailesinden giderek uzaklaşmaktadır).
7. Yeniden yapılanmanın kaybı (Tedavi sürecinde kişinin oluşturduğu günlük program aksamaktadır. Örneğin geç yatmaya, başlar, öğünlerini aksatır, traş olmaz vb).
8. Muhakemenin kaybı (Kişi karar vermekte zorlanmakta ya da uygunsuz kararlar almaktadır).
9. Kontrolün kaybı (Kişi akılcı olmayan seçimlerde bulunmaya başlamıştır).
10. Seçeneklerin yitirilmesi (Artık kişi zorluklarla karşılaştığı zaman tek seçeneğinin kaldığını düşünmektedir, o da madde kullanımındır).
11. Yineleme

Tüm bu aşamalar terapist tarafından yakından gözlenmeli ve farkına varıldığı zaman hasta uyarılmalı ve bu aşamalardan geri dönülmesi sağlanmaya çalışılmalıdır.

Yinelemeyi Önlemede Yaklaşımlar

Yinelemeyle başa çıkma öğrenilirken, bağımlılar ayık kalma arzusuyla, verilmiş bir kararın farkını görebilmeli ve ayık kalma kararıyla ilgili neden ve sorunlarla yüzleşmelidirler. Bunun yanında ayık kalma kararının her an değişebilir olduğunu ve potansiyel bir yineleme tehlikesinin varlığını görmeli ve ayık kalma kararını güçlendirecek ve kendilerine karşı olan sorumluluk duygularını arttıracak bir başa çıkma stratejisi öğrenmelidirler.

Sosyal destek yaklaşımı

Aile, arkadaş ya da diğer kullanıcıların desteğini kazanmak yinelemeyi önlemede etkili olabilir. Sosyal destek stres ve sorunları azaltarak, iyileşmenin izlenmesini sağlayarak, zor durumlarda kişinin yanında olarak ve örnek olacak davranış modellerinin gelişimini sağlayarak kişinin yineleme yaşamasını önler. Aile tedavisi programları ve AA ya da NA'nın uyguladığı 12 basamak tedavisi sosyal destek yaklaşımlarına örnek verilebilir.

Yaşam biçimini değiştirme yaklaşımı

Yaşam biçimini değiştirmenin iki önemli parçası vardır. Madde kullanan kişilerden uzak durmak ve koruyucu bir toplum içinde var olmak. Araştırmalar diğer madde kullanıcıları ile bağlantılarını kesen, yeni ilgiler ve sosyal ilişkiler geliştiren kişilerde yinelemenin daha güç olduğunu göstermektedir.

Bu amaçla uygulanacak olan yaşam becerileri eğitimi, iş becerileri kazanma, boş zamanı değerlendirme ve aile ilişkilerinde yardım alma yaşam biçimini değiştirecek girişimler olacaktır. Dolaşmaya çıkmak, ev içinde bir şeylerle uğraşmak gibi pozitif davranışlar, alışverişe çıkmak, boya yapmak, kendine güzel bir yemek hazırlamak gibi pozitif güçlendiriciler öğretilmelidir. Sosyal desteğin artırılması da önemlidir (Biriyle telefonlaşmak, duygular ve zorluklar üzerine konuşmak, yardım grubuna girmek gibi).

Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranışçı terapi yineleme sürecini çok güzel açıklar. Bilişsel davranışçı terapiye göre önce anksiyete veya depresyon gibi iç veya maddeyi görmek gibi dış tetikleyiciler kişide alkol ve madde kullanımıyla ilişkili inançları aktive edebilir (örneğin "beni sadece alkol sakinleştirir"). Ardından otomatik düşünceler gelişir (örneğin "her şeyimi kaybettim"). Otomatik düşünceler arzu ve dürtüleri artırır. Bunları takiben kolaylaştıran inançlar devreye girer (örneğin "alkol daha rahat konuşmama yardımcı olur"). Bu inançları gerçekleştirmek için kişi yardımcı olacak stratejilere yönelir (örneğin tekeli bayii aramak). Bunun sonucunda kayma veya yineleme gerçekleşir (Şekil 1).

Bilişsel davranışçı terapinin yinelemeyi önlemede etkin olduğu bilinmektedir. Burada amaç kişinin yinelemeye yol açan etkenleri öğrenerek bunlardan uzak durmasını sağlamaktır. Bilişsel davranışçı tedavide aşağıdaki uygulamalar yer almaktadır.

- Yinelemeye neden olabilecek uyaranların tanınması
- Yüksek riskli durumların tanınması ve bunlardan uzak durmak
- Uzak durulamayacak yüksek riskli durumlarla başa çıkma yolları
- Kaymaların idaresi
- Madde kullanma isteği ve arzusuyla başa çıkmak

Yinelemeyi Önleme Stratejileri

Yüksek riskli durumların tanınması

Yineleme üzerinde yapılan çalışmalarda bireyin kendisini hiç beklemediği bir anda yüksek risk içinde bulunduğu sonucuna varılmıştır. Sıklıkla birey kendisini çok çabuk olarak gelişen bir kullanım ortamında bulur ve madde kullanımını reddetmeye yönelik başarılı bir yanıt veremez, tekrar madde kullanmaya başlar. Bu nedenle kişinin yineleme döngüsünü tanınması ve bununla baş etmek için gerekli stratejiler öğrenmesi ve kazanması önemlidir.

Yinelemeyi önlemede atılacak ilk adım, kişinin tekrar madde kullanımına neden olabilecek kendine ait yüksek riskli durumları bilmesini sağlamaktır. Yüksek riskli durumlara örnekler Tablo 1'de verilmiştir.

Madde kullanma isteği ve arzusuyla başa çıkmak

Madde alma arzu ve dürtüsü, madde kullanımını kesen bağımlıların maddeyi tekrar kullanma riskini yüksek oranda artıran bir etkidir. Bu arzu kişinin hiç beklemediği bir anda fiziksel ya da ruhsal belirtilerin eşliğinde gelebilir. Bu durum bağımlı için bilinmesi ve başa çıkmasını gerektiren önemli bir sorundur.

Birbiri içine girmiş dört madde kullanma isteği (craving) söz konusudur.

- Yoksunluk semptomlarına yanıt olarak gelişen istek olabilir
- Hazzın yitirilmesine yanıt olarak gelişen istek olabilir
- Madde işaretlerine bağlı olarak koşullandırılan bir istek olabilir
- Her şeyin zevk üzerine kurulu olmasına dair (hedonik) isteklere yanıt olan bir istek olabilir

Bağımlılar tedavi sürecinde; alkol veya madde isteğini mutlaka “normal” bir reaksiyon olarak değerlendirmeyi öğrenebilmeli, alkol veya madde isteği fenomenini oluşum, ortaya çıkma ve gidiş hakkındaki bilgilendirmelerle daha iyi anlayabilir duruma gelmeli ve bilişsel-davranış odaklı başa çıkma becerileri edinmelidirler.

Alkol veya madde alma arzusu ve dürtüsü alkolün veya maddenin bırakıldığı herhangi bir dönemde gözlenebildiği, bu nedenle bu duyguyu ve belirtilerini iyi tanımak zorunda oldukları, bu isteğin hiç beklemedikleri anda gelebileceği alkol ve madde kullanıcılarına belirtilmelidir.

Arzu ve dürtüleri tetikleyen çeşitli etkenler vardır. Bu etkenlerin de iyi bilinmesi gerekir. Alkol veya madde alma arzusu ve dürtüsünün fiziksel belirtileri içinde midede gerginlik ya da bedeninizde bir ağrı ya da sinirlilik sayılabilir. Alkol veya madde alma arzusu ve dürtüsü ile gelişen düşünceler arasında alkol veya madde kullanıldığında kişinin kendini ne kadar iyi hissettiği düşüncesi, geçmişte alkol veya madde kullandığı dönemleri hatırlama vb. sayılabilir.

Alkol veya madde kullanma arzusu hakkında bilgilendirme yapılmalıdır: “Alkol veya madde alma arzusu ya da dürtüsü aniden gelir. Ancak belirli bir zamanla sınırlıdır. Bir kaç dakika içinde geçer. Arkasından tekrar gelir. Bir dalga gibidir. Yavaş yavaş azalarak kaybolur.

Alkol veya madde alma arzusu yükselme anında hiç dayanılmayacakmış gibi hissettirebilir. Ama bir süre sonra kaybolacağını unutmamak gerekir”.

Şiddetli kullanma isteğiyle (craving) başa çıkmada kullanılacak stratejiler şunlardır:

- İsteği fark etmek (gevşemek ve beklemek)
- Dikkati başka yöne çevirmek, bir aktivitede bulunmak (ayağa kalkmak, ortamı terk etmek, birkaç adım yürüme)
- Konuşma (alkol veya madde isteği hakkında biriyle konuşmak)
- İçmenin olumsuz sonuçlarını düşünmek (içmeye başlamanın eski sorunların tekrar ortaya çıkmasına neden olacağını düşünmek)
- Olumlu düşünmek (kendi kendine cesaret vermek: “Başaracağım”, “içmek istemiyorum”, “ayıkken kendimi daha iyi hissediyorum” gibi).
- Gevşeme egzersizi uygulamak
- Duş almak
- Ayıklık süresini hatırlamak
- Tedaviye verilen emeği hatırlamak
- Düşüncelere meydan okumak ve değiştirmeye çalışmak. Bu amaçla kişi aşağıdaki iç konuşmaları yapabilir.

- *“Bu istek şimdi çok güçlü, Ancak ben ayık kalmak istiyorum. Bedenim henüz bunu öğrenemedi. 15 dakika sonra bunlar kaybolacak ve eski haline döneceğim.”*
- *“Bu istek ve dürtüler aç kalmak ya da susuzluk gibi değil. bir süre sonra kendiliğinden geçer.”*
- *“Ayık kalmanın kimi zaman zor yanları vardır. Şu anda da onlardan biriyle karşı karşıyayım. Ben bunu başaracağım ve alkole teslim olmayacağım.”*

Alkol veya madde alma arzu ve dürtüsünün günlük şekilde kayıt edilmesi, bu dürtünün kontrolü için yararlıdır. Gevşeme egzersizi de yine yararlı olan bir yöntemdir.

Israrlara karşı koyabilmek

Yinelemenin oluşmasında rol oynayan faktörlerden birisi, alkol veya madde için yapılan ısrara “hayır” diyememektir. Kişinin böyle bir durumda yeni bir davranış modeli kazanması ve neler yapacağı konusunda hazırlanması gerekir.

Alkol veya madde kullanımı olan kişilerin büyük çoğunluğu alkol veya madde alınan ortamlara girerler, bu ortamlarda alkol kullanmayacaklarına ya da alkol veya madde alma isteği ile baş edebileceklerine ilişkin bir yanlış inançları vardır. Kendisine bu ortamlarda yapılacak ısrarlara yönelik geliştirdiği yeni bir davranış modeli olmadığı için bu durumlarda yineleme riski yüksektir.

Alkol veya madde kullanılmadığı dönem içinde alkol veya madde kullanmayan kişiye yönelik ısrarlar başlar. Bunlar iki türlü olabilir.

1. Doğrudan (Bir kişinin doğrudan alkol ikram etmesidir).
2. Doğrudan olmayan (Eskiden alkol veya madde kullanılan yerlere gitmek, alkol veya madde kullanan kişiler ile görüşmek, aynı şeyleri yapmak vb. Burada kişi kendine gizli, gizli “alkol veya madde iç” mesajı vermektedir).

Doğrudan yapılan ısrarla başa çıkma yollarına karşı sözel ve sözel olmayan yöntemler öğretilmelidir.

Alkol ve madde ile ilgili düşüncelerle başa çıkmak

Alkol veya madde kullanımıyla ilgili düşüncelerin alkol veya madde kullanımını bırakan kişinin aklına gelmesi doğal ve beklenen bir durumdur. Önemli olan bu düşüncelerin kişinin aklına geldiği dönemde bunlarla başa çıkabilmesini sağlamaktır.

Bu düşünceler kimi zaman duyguya, kimi zaman davranışa dönebilir. Bunlara örnek olarak kendine güven kaybı, ya da kendini test etme, rahatlama verilebilir. Bunları tanımak ve baş etmek yinelemenin önlenmesinde önemli bir adımdır. Çeşitli dönemlerde kişinin alkol ve maddeyle ilgili olarak aklına gelen düşünceleri tanımalarını ve bunlarla başa çıkmasını sağlayacak baş etme yollarını edinmesini sağlamak hedeflenmelidir.

Tekrar kullanmak için insanların farklı düşünceler gelir. Bu düşünceler sonrası insanlar tekrar içmeye başlayabilirler. Bunlar arasında aşağıdakiler sayılabilir.

- Eskiye özlem
- Kendini test etme
- Kriz durumu
- Ayıkken kendini rahat hissetmeme
- Kendine güven kaybı
- Kendine fazla güvenme
- Kaçış
- Rahatlama
- Sosyalleşme
- Kederlenme
- Bıkma

Bunlardan kurtulmak için ne yapılabilir? Bunlara örnek olarak kişiye aşağıdaki öneriler sunulabilir veya öğretilir.

- Karşıt düşünceler geliştirmek.
- İçmemenin yararlarını hatırlamak.
- Alkol veya madde aldığınız döneme ait kötü yaşantıları hatırlamak.
- Başka şeyler düşünmeye çalışmak.
- Ne kadar bir süredir alkolü veya maddeyi bıraktığınızı hatırlamak.
- Kararlarınızı geciktirmek.
- İçinde bulunduğu ortamı değiştirmek.
- Düşüncelerini başkalarına anlatmak ve onlardan yardım istemek.

İçmemenin yararları ve alkol veya madde alınan döneme ait kötü yaşantıların hatırlanması bu düşüncelerden uzaklaşmak için yararlıdır.

Acil durumlarla başa çıkmak

Kişi alkolü bıraktığı dönem içinde hızla gelişen çeşitli nedenlerden dolayı tekrar içme riskiyle karşı karşıya gelebilir. Bu durumlarla başa çıkmak önem taşır. Ayrılık, sağlık sorunları, yeni sorumluluklar, ekonomik zorluklar gibi durumlar zorlayıcıdır ve yinelemeye neden olabilir. Olumlu yaşam olayları da tekrar kullanma için bir risk etkenidir. Çevrede veya hastanın yakınlarının yaşadığı olaylar da riski artırır.

Kişinin karşılaşacağı yaşam olaylarını tanımasını ve bu tür olay ve durumlarla karşılaştığı zaman başa çıkmasını sağlamak hedeflenmelidir. Olumlu ya da olumsuz yaşam olaylarının, çevremizde ya da yakınlarımızda gelişen bazı olayların kişiyi etkileyeceği ve tekrar madde kullanımına itebileceğini anlatılmalı, karşılaşılabilecekleri bir yaşam olayını ya da durumu söylemeleri istenmelidir. Karşılaştıkları bu gibi durumlarda neler hissedecekleri ve nasıl davranacakları, tehlikeden kurtulmak için neler yapabilecekleri sorulmalıdır. Zorlayıcı acil durumlarda başa çıkma için, sayılan yöntemlerin dışında eklemeler yapılmalıdır. Bunlara örnek olarak aşağıdakiler verilebilir:

- Yardımcı olabilecek bir kişiyi aramak
- AA'ya gitmek ya da daha sık gitmeye başlamak
- Sorun çözme yöntemlerini uygulamak
- Hastaneye gelmek

Kişiden acil durumla ilgili bir plan yapması istenmeli, planların üstünde tartışılmalı ve üstünde düşünmeye zorlanmalıdır (Örneğin, ya o evde yoksa, telefon numarası ne, yanında mı gibi).

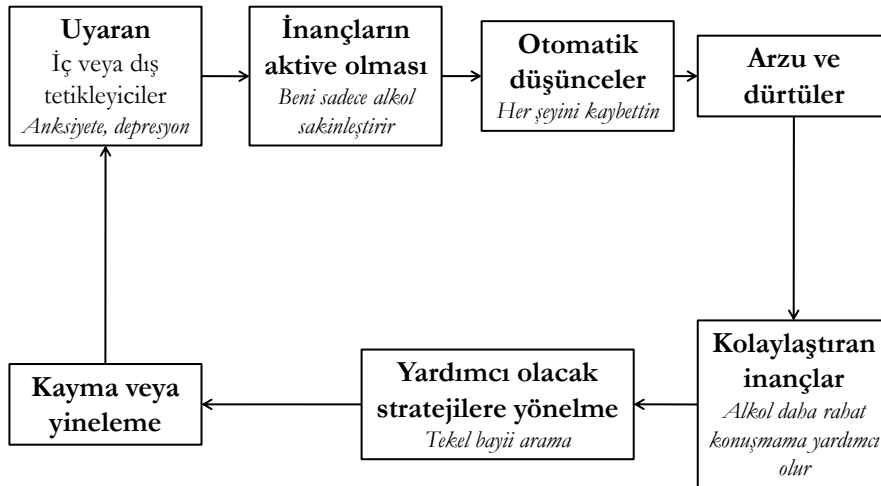
Emosyonel Krizler

Emosyonel krizler yineleme için büyük risk taşır. Emosyonel krizlerde bağımlılar sıkıntı yaratan duygularını tanımlayabilmeli, kendi “emosyonel krizleri”ni tetikleyen etkenleri tanıyabilmeli, tipik “olumsuz” düşünceleri teşhis edebilmelidirler. Bunun yanında rahatlatıcı etkisi olan “olumlu” düşünceleri ve davranışları belirleyebilmelidir.

Tablo 1
YÜKSEK RİSKLİ DURUMLAR

Alkol kullandığım yerlerde bulunmak	Çevremde alkol kullanan kişiler olması	Alkol kullanan kişileri görmek
İş sonrası (mesai çıkışı)	Cuma akşamları	Kutlama/davetlerde olmak
Alkol kullandığım son zamanları düşünmek	Birisiyle alkol kullanımı ile ilgili konuşmaya başlamak	Sevgilimi/eski sevgilimi görmek
Kendimi çok iyi hissetmek	Sıkıntıda olmak	Kızgın olmak
Üzgün olmak	Seks arayışında olmak	Seks öncesinde
Kendimi çok iyi hissettiğim duyguları hatırlamak	Arkadaşlarımın alkol teklif etmesi	Alkol karşıtı bir poster/reklam/afiş görmek
Bir yudum içmek	Alkol yoksunluğunda yaşadığım acıyı hatırlamak	İş için hazırlanmak
Yorgun olmak	Yıpranmış olmak	Stresli olmak
Kadeh görmek	Kumar oynamak	Alkol ile ilgili rüya görmek
Spor izlemek	İşte baskı altında olmak	Eşime/sevgilime kızmak
Ailemin alkol kullanmamam hakkında beni sıkması	Tedavisi olmayan bir hastalığa yakalandığımı öğrenmek	Televizyonda alkol ile ilgili film izlemek
Alkol almış biriyle karşılaşmak	Çok ciddi hastalığı olan birine bakmak	Uzun süre alkol kullanmamış olmak
Çok duygulanmak	Birinin beni eleştirmesi	Barda iyi bir gün geçirmek
Ailemle kavga etmek	Endişe duymak	Alkol kokusu almak

Şekil 1



BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIMLILIK

Kaynak: www.yeniden.org.tr

HIV/AIDS

AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu=Acquired Immunodeficiency Syndrome) virüs yoluyla bulaşan bir hastalıklar bütünüdür. Bireye HIV (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü= Human Immunodeficiency Virus) bulaşması sonucunda vücudun savunma gücü zayıflar ve birey bazı mikrop ve hastalıklara sağlıklı kişilerden daha duyarlı hale gelir. Sonuçta birden fazla hastalık ve kanserlerin ortaya çıkması ile AIDS tablosu oluşur ve hastalık ölümle sonuçlanır.

HIV/AIDS'in Bulaşma Yolları

Kan Yoluyla

Kan ve kan ürünleri, organ ve doku nakli ile, tıraş bıçağı, diş fırçası ve enjektör paylaşımı ile, kesici ve delici aletler yolu ile bulaşır.

Cinsel Yolla

Mikrobu taşıyan erkeğin veya kadının cinsel organ salgıları aracılığıyla, her türlü cinsel ilişki (vajinal, anal, oral) ile, erkekten kadına, kadından erkeğe, erkekten erkeğe, kadından kadına bulaşır.

Anneden Bebeğe

HIV'li anneden gebelik süresince, doğum ve emzirme sırasında bebeğe bulaşır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre küresel toplamda vakaların %70-80'ini cinsel yolla bulaşma oluşturmaktadır. Bu oranın %70'i vajinal, %10'u anal yolla bulaşmadır. Aşağıdaki yollardan ise HIV bulaşmaz:

- Günlük yaşamda ve sosyal ilişkilerle bulaşmaz.
- Öpüşme, dokunma, sarılma, el sıkışmayla bulaşmaz.
- Herkese açık tuvalet, havuz, duşta bulaşmaz.
- Başkalarının eşyalarını kullanmakla bulaşmaz.
- Sivrisinek, böcek sokması, hayvan ısırması ile bulaşmaz. (AIDS hastalığından sorumlu olan HIV virüsü oldukça hassas yapıdadır. AIDS virüsü böceğin içinde yeterli süre yaşayamaz ve üreyemez. Sindirim sistemi içinde yok olur gider, dolayısıyla da tükürüğü yolu ile bulaşamaz. Çünkü vücutlarında AIDS virüsüne misafirperverlik gösterecek, insandaki T-hücreleri gibi veya benzeri tipte hücreler yoktur. Bu yüzden de bir sivrisinek veya böcek tarafından enfekte bir kişiden alınıp bir başka kişiye aktarılınca kadar uzun bir zaman boyunca canlılığını koruyamaz.)

AIDS Hastalığının Seyri

HIV virüsün kişiye bulaşmasından 2-6 hafta süre içerisinde kişinin vücudunda aniden ortaya çıkan ancak belirti göstermeyen bir enfeksiyon sürecine girer. Bağışıklık sisteminin etkilenmesine bağlı olarak belirtiler farklılık gösterebilir. Bu sürenin geçişinden sonra

yaptırılacak olan testlerde net sonuç alabilmek için 6-12 haftalık antikor (alınan virüse karşı oluşturulan direnç) oluşturma sürecinin tamamlanmış olması gerekmektedir.

Yapılan testlerde pozitiflik elde edilse bile kişide 8-10 yıl gibi uzun bir sürede belirti göstererek ve/veya göstermeden süreç devam eder. Yaygın bir şekilde lenf bezlerinde büyümeler başlar. Kalıcı yapısal hastalık haline geçişinden önce

- Kilo kaybı
- Nedensiz ateş
- Tedavi edilemeyen/uzun süreli ishal
- Geçmeyen uçuklar
- Ağızda mantar vb. enfeksiyonlar ile kendisini gösterir.

Hastalığın seyri ilerledikçe AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Eksikliği Sendromu) oluşur. Bağışıklık Sisteminin etkilenme düzeyine bağlı olarak kişinin vücudunda var olmayan enfeksiyonlar ve kanserler ortaya çıkabilir.

Tanı

Kişi şüpheli bir davranışta bulunduysa ve şüphe ediyorsa mevcut test yöntemlerine başvurması gerekmektedir. ELISA olarak adlandırılan uygulanması kolay, pratik ve oldukça güvenilir tarama testi uygulanmaktadır. ELISA testinin pozitiflik göstermesi bir takım ileri doğrulama testlerinin de yapılması ile sonuç netleşmektedir. Ancak testin doğru sonuç vermesi için 6-12 hafta süre geçmesi gerekmektedir. Bunun da sebebi alınan virüse karşı antikorun oluşturulması ve tamamlanması gerekmektedir.

Tedavi

HIV enfeksiyonunun henüz tam iyileşme elde edilebilecek tedavisi ve aşısı bulunmamaktadır. Tedavinin ömür boyu sürmesi, sürekli ve düzenli olması gerekmektedir. Tedavide kullanılan ilaçlar oldukça pahalıdır ve yan etkileri çok fazladır.

Tedavinin amacı yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini artırmak ve oluşabilecek enfeksiyonları azaltmaktır.

HEPATİT

Karaciğerde meydana gelen iltihabi reaksiyon tıp biliminde hepatitis olarak tanımlanır. Türkiye’de yaygın olarak hepatit olarak tanımlanır. Ancak ülkemizde de hepatit denilince yaygın olarak hepatit B kavramı anlaşılır. Ancak hepatitin tek sebebi virüsler ve hepatit B değildir. Hepatite virüsler (hepatit B ,hepatit C ...), bakteriler, çeşitli ilaçlar, uzun süreli alkol kullanımı ve çeşitli endüstriyel maddelere maruz kalmak yol açabilir.

Ne sebeple olursa olsun ortaya çıkan hepatit karaciğer hücrelerinde hasara sebep olur. Karaciğerde hassasiyet şişme ve iltihap ortaya çıkar. Hepatit bazı durumlarda kalıcı hasarlara sebep olur. Burada önemsenmesi gereken en önemli durum virüslerle ortaya çıkan hepatitin bulaşabilmesidir. Başlıca Hepatit virüsleri ve bulaşma yolları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Virüs	Bulaşma Yolu
Hepatit A	Dışkı-ağız yoluyla: Virüs bulaşmış yiyecek veya içecek
Hepatit B	Cinsel yolla, anneden çocuğuna, kan yoluyla (kan nakli, damar içi madde kullanımı dövme)
Hepatit C	Kan yoluyla (kan nakli, damar içi madde kullanımı dövme); cinsel yolla, anneden çocuğuna daha nadir

Hepatit B

Hepatit B virüsü ile ortaya çıkan karaciğer hücre iltihabı ve hasarı hepatit B hastalığı olarak tanımlanır. Ülkemizde taşıyıcılık oranı %3 ile %7 arasındadır.

Hepatit B Nasıl Bulaşır?

İnsandan insana vücut sıvıları yolu ile geçer. Bunlar;

- Kan
- Semen (meni)
- Vajinal sıvı ve salgılar (adet kanı dahil)
- Doğum sırasında anneden bebeğe geçiş (perinatal hepatit)

Kan, kan ürünleri

Kan yolu ile bulaşma özellikle gelişmiş ülkelerde damardan yasa dışı ilaç kullananların, kullandıkları iğnelerin bir şekilde diğer insanlara yayılması ile ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yine bu kişilerin kullandıkları eşyaların diğer kişilerce kullanılması da bulaşmayı sağlar. Ancak dünya üzerinde hepatit B açısından oldukça yüksek riskli bir grup olan sağlık çalışanları açısından iğne yolu ile bulaşma son derece önemlidir. Çeşitli sağlık birimlerinde çalışan sağlık personeli özellikle kaza sonucu iğne batması ile hepatit B ye yakalanmaktadır. Ayrıca yine sağlık çalışanları hasta kişilerin kanının bulaştığı bir cisimle yine kaza sonucu yaralanır veya temas ederlerse yine hepatit B ye yakalanabilirler. Yine normal popülasyon ve sağlık çalışanları için kan nakli sonucu bu hastalığa yakalanma riski vardır. Gelişmiş ülkeler bu sorunu kan nakilleri sırasında tarama yaparak çözmüşlerdir. Ve bu tür bir bulaşma yolu dolayısıyla ortadan kalkmıştır.

Cinsel ilişki

Cinsel ilişki sırasında hepatit B ile enfekte bir kişinin vücut sıvılarının diğer partnerin vajina, makat(rektum, özellikle ters ilişki) idrar kanalı (üreterler) ve ağızdaki yaralı veya çizik bölgelere teması ile hastalık geçer.

Dövme ve Piercing

Ülkemiz ve tüm dünyada dövme (tattoo) ve piercing sırasında kullanılan iğnelerin yeterince steril ve temiz olmamasından dolayı kişiye bulaşması söz konusudur.

Tıraş takımı ustura ve diş fırçası

Hastalıklı kişilerin kullandığı ve kan bulaşmış ustura, traş fırçası ve diş fırçalarının kullanılması ile hepatit B bulaşabilir.

Hamilelikle geçiş

Doğum sırasında anneden çocuğa hepatit B mikrobu geçmesi sonucu ortaya çıkan durum perianatal geçiş olarak tanımlanmaktadır.

Hepatit B'nin Belirtileri:

Yenidoğan bebekler hepatit B ile ilgili belirgin olarak herhangi bir belirti vermez. İlerleyen yaş belirti verme ile doğru orantılıdır. Yaş ilerledikçe yapılan araştırmalar belirtilerin arttığını göstermiştir. Hepatit B'nin hastalık belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Tüm vücutta aşırı halsizlik
- Hafif derecede ateş
- Baş ağrısı
- İştah kaybı
- Bulantı kusma
- Özellikle karaciğer bölgesinin üzerinde ağrı ve hassasiyet
- Kabızlık veya ishal
- Kas ve eklemlerde yaygın ağrı
- Deride kızarıklık

5 yaşın üzeri ve yetişkinlerin % 40 da sarılık ortaya çıkabilir. Ayrıca bebeklerin ise %10'unda ancak sarılık görülebilir. Son olarak ise bazı hastalar kan verene yahut hekimleri tesadüfen hepatit B için tarama testi isteyene kadar hepatit B olduklarını bilemezler. Bunun sonucu ise bazı vakalarda hepatitin belirti vermeden geçer veya anlaşılamaz.

Dikkat edilecek olursa yukarıdaki belirtiler, herhangi bir gribal enfeksiyonda görülebilir. Ancak karaciğer bölgesi üzerindeki ağrı, sarılık gibi semptomlara özellikle dikkat edilmelidir. Aşılanmamış bireylerin özellikle tarama testleri yaparak hastalığı geçirip geçirmediğini anlamaları ve bunun sonucuna göre sonuçlar negatif ise aşılanmaları, pozitif ise ömür boyu gözetim altında olmaları gerekir. Çünkü hepatit B siroz ve karaciğer kanserine sebep olabilecek sinsi bir hastalıktır. Kimi karaciğer kanseri ya da aniden çıkan siroz vakalarının altında hepatit B virüsü olduğu sonradan belirlenmekte ve bu hastalar bu teşhis konulana kadar hepatit B den habersiz dolaşmaktadırlar.

Hepatit B Virüsü Alındıktan Sonra Vücutta Neler Olur?

Hastalık alındıktan sonra hastaların büyük çoğunluğu antikor oluşumu ile ilgili olarak 4-8 hafta içersinde kendilerin iyi hisseder. Özellikle yaşlı hastalarda belirtileri daha ağır olabilir. Bu hastalarda bazen belirtiler uzayabilir.

Hastaların az bir kısmında hepatit B virüsü hastanın kanında ve karaciğerinde saptanmaktadır. Bu hastalar kronik hepatit B dediğimiz formdaki hastalardır. Bu hastalarda karaciğer enzim testlerinde yükselme görülebilir. Bu hastalar hiçbir belirti vermeden yıllarca kronik formla beraber yaşarlar. Ancak daha önce de altını çizdiğimiz gibi kronik hepatit B taşıyıcıları için beraber yaşadıkları ev halkı ve seks partnerleri hastalığı kapma açısından büyük risk taşımaktadır.

Hepatit B Virüsü ile Ortaya Çıkabilecek Kötü Sonuçlar

- Siroz (Kronik yaygın ve ilerleyici karaciğer iltihabıdır. Öldürücü bir hastalıktır. Ortalama yaşam süresi 38-40 aydır)
- Karaciğer kanseri
- Karaciğer yetersizliği
- Fulminan hepatit denilen çok kısa sürede (1 ay gibi...) karaciğer yetersizliğine götüren ölümcül bir hastalık tipi
- Hepatit D hastalığı

Hepatit B Hastalığında Risk Faktörleri

- Hepatit B taşıyıcı bir seks partnerine sahip olma
- Çok eşlilik
- Başka bir cinsel yolla bulaşan hastalığın olması
- Hepatit B'li hastaların çatal, kaşık, bıçak, jilet, ustura ve benzeri eşyalarını paylaşmak
- Damardan ilaç kullanımı
- Meslek (doktorlar, hemşireler, dişçiler, kan ve kan ürünleri ile uğraşan laboratuvar ve kan merkezi çalışanları)
- Hepatit B virüsü açısından yüksek riskli ülkelerde 6 aydan fazla yaşamak (Çin, Afrika, Asya kıtasının merkezi ve kuzey doğusu, Ortadoğu, Doğu Avrupa)
- Uzun süre hepatit B virüsü taşıyıcı bir insanla aynı odayı çeşitli sebeplerle paylaşma (yatakhane, hapisane...vs)
- Homoseksüel veya biseksüel olma
- Temiz ve hijyenik olmayan yerlerde dövme veya piercing yaptırma ve buralarda çalışma
- Hijyenik şartları iyi olmayan berberlere tıraş olma
- Annede hepatit B virüsü ile enfeksiyon olması yeni doğan bir çocuk için her zaman risk faktörüdür. Ancak çocuk doğar doğmaz hepatit aşısı ve hepatit B koruyucu immunglobin (koruyucu serum) yapılırsa hastalığa yakalanmaz.
- Hepatit B'li bir kişi tarafından ısırılmak
- Hemofili veya diyaliz hastası olmak (bu kişiler kan almak veya sürekli kan temizlenmesi gereken grupta olduklarından hepatit B açısından son derece yüksek risk grubundadır).

Hepatit C

Hepatit C virüslerle bulaşan hepatitler arasında kan yolu ile en sık bulaşan tiptir. Bu sebeple özellikle kan nakli ve kan ürünleri ile edinildiğinin bilinmesi oldukça önemlidir. Son zamanlarda tıp literatüründe de yayınların sayısı arttıkça hepatit C ile ilgili bilgilerimizde artmaktadır.

Hastalık çoğu zaman akut(aniden ve kısa sürede) başlar. Hafif ve orta derecede geçirilen bir takım belirtiler kişi tarafından çoğu zaman algılanmaz. Bu arada karaciğer enzimlerinde hafif yükselme ile giden bir kan tablosu hakimdir. Akut dönemde hastalığı geçiren kişilerin yaklaşık % 85 inde hastalık kronik hepatit e doğru gider. Bu oldukça yüksek bir rakamdır. Ve daha da önemlisi bu hastaların % 20 sinde siroz denilen(siroz = Kronik yaygın ve ilerleyici karaciğer iltihabıdır) tablo ortaya çıkar.

Hepatit C'nin Seyri

Kronik HCV enfeksiyonlu hastaların çoğu belirti göstermez

10-20 yıl



Akut Hepatit C



Kronik Hepatit C
%75 - %85



Siroz %20

Hepatit C Hastalığının Belirtileri:

Hepatit C belirtileri hafif olarak algılanabilir ya da farkında olmadan geçirilebilir. Genel olarak küçük çocuklarda belirtisiz seyreder. Ancak daha büyük çocuklarda yetişkinlerde bazı belirtiler görülür;

- Halsizlik ve kaslarda zayıflık hissi
- Baş ağrısı
- Karın ağrısı (karaciğer bölgesinin hemen üzerindeki bölge)
- Bulantı
- Koyu renkte idrar (kola rengi)
- Kilo kaybı
- Yağlı yiyeceklerden tikslenme
- Nadiren sarılık
- Eklem ağrıları

Hepatit C Nasıl Bulaşır?

Hepatit C'nin kan yolu ile bulaştığını belirtmiştik. Kan ve kan ürünleri ile geçebilmektedir. Ayrıca uyuşturucu kullananlarda iğnelere bulaşması dolayısıyla oldukça yaygın görülür. Ayrıca tüm sağlık çalışanları hepatit B de olduğu gibi hepatit C içinde riskli bir gruptadır. Sağlık çalışanlarına yine iğne batması ve diğer tıp ekipmanı ile bulaşması söz konusudur.

Doğal olarak akla gelen hepatit C nin cinsel ilişki ile de geçip geçemediği sorusudur? Hepatit C cinsel yolla da bulaşır, ancak bu olasılık son derece düşüktür. Tek eşli çiftlerde bu olasılık daha da zayıftır. Ancak çok eşli, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ve AIDS li kişilerde cinsel yolla bulaşma olasılığı yüksektir. Ayrıca organ nakli sırasında hepatit C geçme olasılığı da çok yüksektir. Ancak özellikle kan nakli ve organ nakillerinde kan ve organlar hepatit C yönünden taranmaktadır. Bu da hastalığın yayılmasını önlemektedir.

Alkolün rolü

Hepatit C'de alkolün rolü şu şekilde özetlenebilir;

- Alkol karaciğere zarar verebilir

- Alkol artı hepatit C virüsü daha çok fibrosise ve sirozun daha hızlı gelişmesine neden olmaktadır
- Hepatit C'li kişilere tavsiye: alkol tüketiminin güvenli bir seviyesi yoktur.

VEREM (Tüberküloz)

Verem mikrobu bedene girdiğinde vücudumuz bu mikropla savaşıır. Bu mikrobu bazen yener bazen yenemez. Yendiği zamanlar da tümüyle onu yok edemeyebilir. Bu durumda mikrobun etrafı sarılır ve etkisiz hale getirilir. Kişide verem mikrobu vardır ama hastalık yoktur. Yıllar sonra bu mikrop aktif hale gelir. Bu durum vücudumuzun zayıf düştüğü bir sırada ortaya çıkabilir. Artık kişi verem hastasıdır.

Verem hastalığının belirtileri şunlardır:

- Geçmeyen (2-3 haftadır süren) öksürük.
- Yorgunluk.
- Gece terlemeleri.
- Kilo kaybı.
- Kan tükürme.

Nasıl bulaşır?

Verem (Tüberküloz), soluduğumuz hava ile akciğerlere giren verem mikrobunun yol açtığı bulaşıcı bir hastalıktır. Verem mikrobu, aktif verem hastalığı olan bir kişinin öksürmesi, hapşırması ya da konuşması ile havaya yayılır. Vereme genellikle verem hastası birisi ile uzun süre kapalı bir yerde birlikte bulunmak suretiyle yakalanılır. Verem mikrobu, yemek tabaklarından, bardaklardan ya da diğer nesnelere başkalarına bulaşmaz

Veremin bulaşması nasıl önlenir?

- Verem aşısı (BCG) yaptırılmalıdır.
- Verem hastalığının sağlam kişilere bulaşmasının önlenmesinde en önemli faktör, hastalara hızlı tanı konmasıdır. Birlikte olduğunuz kişilerde verem belirtileri varsa onları doktora yönlendiriniz.
- Verem hastası olanlar ağızlarını maske ile öksürük ya da hapşırık sırasında mendille kapatmaları konusunda uyarılmalıdır. Hasta kişinin odasına girip çıkanlar da mutlaka maske takmalıdır.
- Verem hastalarının bulunduğu ortamları havalandırmak, bu ortamlara temiz hava sağlamak bulaşma olasılığını azaltır. Odanın güneş görmesi ortamdaki mikropları öldürür.
- Verem hastalarının kullandığı mutfak malzemeleri (bardak, tabak, kaşık, çatal vs.), nevresim, havlu gibi ev gereçleri için normal temizlik yapılması yeterlidir.
- Verem hastalığını geçirmiş ancak tedavi olarak iyileşmiş kişiler çevrelerindeki insanlara bu hastalığı bulaştırma riski taşımazlar. Bu bakımdan verem tedavisi görmüş ve iyileşmiş kişilerle bir arada bulunmanın bir sakıncası yoktur.

Mikrobun tetkik edilmesi

Manto testi [Mantoux Test] adı verilen bir deri testi, vücutta verem mikrobu olup olmadığını gösterir.

MADDE KULLANIMI VE HIV ARASINDAKİ İLİŞKİ

Madde bağımlılığı ile AIDS arasında yakın bir ilişki olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Her ikisi arasındaki ilişki birçok etkenden kaynaklanmaktadır.

1. Damar İçi Madde Kullanımı

Damar içi kullanılan maddeler; opiyatlar, amfetamin veya amfetamin benzeri maddeler, kokain, fensiklidin veya benzer etki gösteren maddeler, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitiklerden benzodiazepinler, barbitüratlar, karbamatlar şeklinde sayılabilir.

Opiyatlar; morfin, eroin, kodein, hidromorfon, metadon, oksodon, meperidin, fentanil, petidin gibi maddeleri kapsar.

Amfetamin ve amfetamin benzeri maddeler arasında; amfetamin, dekstroamfetamin ve metamfetamin gibi feniletamin yapısında maddeler bulunur. Bu maddeler genel olarak oral ya da damar içi yoldan alınır.

Kokainin; hidroklorür tozu genellikle burundan çekilir ya da suda eritilerek damar içi olarak enjekte edilir. Bazen eroin ile karıştırılarak “speedball” olarak bilinen bir madde bileşiğinin damar içi yolla kullanıldığı da bilinmektedir.

Halüsinojenler; ergot ve ilişkili bileşikler (Liserjik asit dietilamid [LSD]), fenil alkilaminleri (meskalin) ve MDMA (ekstazi), indol alkolitleri (psilosibin, DTM [dimetiltriptamin] kapsar. Halüsinojenler genellikle oral yolla alınır. DMT damar içi yolla da kullanılabilir.

Fensiklidinler ya da fensiklidin benzeri maddeler; fensiklidin (PCP, Serynlan) ve ketamin (ketalar, Ketaject) gibi benzer etki gösteren bileşikler içerirler. Ağızdan ya da damardan alınabilirler.

Sedatif, hipnotik ve anksiyolitik maddeler benzodiazepinleri, karbamatları (örn. glutetimid, mebromamat), barbitüratları (örn. sekobarbital) ve barbitürat benzeri hipnotikleri (örn. metakualon) içerir. Bu maddeler genel olarak oral ya da damar içi yoldan alınır.

2. Şırınga kullanımı

Bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini artıran en önemli nedenlerden birisi madde bağımlılarının şırınga kullanmasıdır. Damar yolu ile madde kullanan kişilerde şırınga temizliğine dikkat edilmemesi ve birçok bağımlının aynı şırıngayı kullanması enfeksiyonun bulaşmasına neden olmaktadır. Bağımlılar çoğunlukla toplumun diğer üyelerinden ayrı, gruplar halinde yaşam sürmektedir. Özellikle bağımlıların grup halinde yaşadığı ve birlikte madde kullandığı alanlarda bulaşma çok hızlı olmaktadır.

Damar yolu ile madde kullanım oranı ile AIDS arasında doğrudan bir ilişki var. Bu nedenle damar yolu ile madde kullanan bağımlıların, genel madde kullanıcısı olanlar içindeki oranı önemlidir. Şırınganın ne oranda başkaları ile paylaşıldığı AIDS bulaşma riski için önem taşımaktadır.

Maddelerin kullanımındaki farklı tarzlar da HIV enfeksiyonu riskini artırabilir. Örneğin kimi bağımlı “booting” denilen yöntemle kanını önce şırıngaya çekerek şırınga içindeki maddeyle karıştırır ve sonra da bu karışımı enjekte eder. Bu şekilde madde etkisini arttırdığını düşünmektedir. Bu yöntemle şırıngada tortu olarak kan bulunması ve dolayısıyla da şırınganın bir sonraki kullanıcısının risk alması olasılığı daha fazla olmaktadır.

Speedball denen kullanımda da eroin ve kokain karıştırılarak birlikte uygulanır ve 2 tane şırınga kullanılmış olması HIV bulaşma riskinin iki katına çıkarmış olur. Ayrıca sadece iğne yada şırınga paylaşmanın değil, diğer enjeksiyon gereçlerinin de (ısıtıcı, pamuk vb) paylaşımı ile de HIV yayılımı mümkündür.

Kullanılan madde türü iğne paylaşma olasılığını arttırabilir. Kokainin kısa etki süresi nedeniyle daha sık enjeksiyon yapılması, eroin kullanımında daha fazla HIV bulaşma riski yaratır. Ayrıca kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle kullanıcının daha sık cinsel ilişkiye girdiği, çok eşli olduğu, eşlerinde seçici davranmadığı ve kondom kullanma konusunda dikkatli davranmadığı saptanmıştır.

Enjektörlerin temizlenme sıklığı kadar temizleme yolu da önemlidir. Doğru olmayan şekillerde yapılan enjektör temizliğinin hiçbir yararı olmayacaktır. Uygun enjektör temizliği ancak çamaşır suyu ve alkolle mümkün olmaktadır. Yeni enjektörlerin temini kolaylaştıkça, enjeksiyon paylaşımından doğan bulaşıcı hastalıkların yayılmasının azalacağı ve toplum açısından koruyucu bir işlevi olması ayrıca önemli olmaktadır.

Damar İçi Madde Kullanıcıları İçin Steril Şırınga Kullanımının Önemi

Damar içi kullanılan maddelerin hazırlanması ve enjekte edilmesi süreci HIV enfeksiyonunun bulaşmasına olanak sağlamaktadır. Damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte etmeden önce iğnenin damar içinde olup olmadığını anlamak için şırınganın pompasını geri çeker. Şırınganın içine kan dolarsa, iğne damarda demektir ve damar içi madde kullanıcısı maddeyi enjekte eder. Enjekte ettikten sonra, şırıngayı su ile çalkalar. Bu su genellikle bir sonraki maddenin hazırlanma aşamasında kullanılır. Damar içi madde kullanıcısı HIV pozitifse kanı birkaç hafta boyunca etkin olacak virüsle birlikte bütün şırıngaya ve hazırlama aletlerine bulaşacaktır.

Her damar içi madde kullanıcısı - günde bir veya iki kez ensülin enjekte eden şeker hastaları gibi - 1,000 kez enjeksiyon yapmaktadır. Kullanılmış şırıngaların güvenli bir şekilde imhası için toplum temelli yollar sağlamak halk sağlığı konusunda çok önemlidir.

Enfeksiyon, enfeksiyonlu damar içi madde kullanıcısının şırıngasını diğerleri ile paylaşmasıyla doğrudan ya da enfeksiyonlu enjektörün su, ısıtıcı, pamuk ve kaşık gibi aletlerle temas etmesi sonucu (bir başkası kendi kişisel enjektörünü kullansa dahi) dolaylı yolla bulaşabilir.

Madde kullanımına devam eden damar içi madde kullanıcılarının steril şırıngalara kolay ulaşımı damar içine madde enjekte etmeyi veya damar içi madde kullanıcısı sayısını arttırmaz. Şırınga paylaşımını ve yeniden kullanımını azaltır.

Dolaylı İğne Paylaşımı

Bir başka madde enjeksiyon uygulama kategorisi de dolaylı iğne paylaşımı olarak adlandırılabilir çünkü bireyler arasında direk olarak bulaşmış iğne ve şırınga paylaşımını içermez. Onun yerine, dolaylı paylaşım bulaşmış olabilecek diğer madde hazırlama ve enjeksiyon gereçlerini içerir. Örneğin ısıtıcılar, pamuk, temizleme suyu ile yüklenme öncesi ve sonrası madde-paylaşımı uygulaması.

Isıtıcı toz halindeki maddenin suyla karıştırılıp ısıtıldığı kaşık veya kola şişesinin dibi gibi küçük bir kaptır. Isı maddenin çözünür hale geldiği noktaya kadar uygulanır; fazladan bir ısı (steril edici etkisi olabilecek) genelde uygulanmaz. Her damar içi kullanıcısı iğne ve şırıngasını aynı ısıtıcıdaki solüsyona batırıp çektikleri için (o sırada veya daha sonraki kullanımlarda) potansiyel bir bulaşma söz konusu olabilir.

Pamuk – Damar içi madde kullanıcıları pamuğu filtre gibi kullanarak solüsyonu iğne ve şırıngalarına çekerler. Madde solüsyonuna batırılan pamuk, genellikle her kullanımdan sonra atılmaz. Onun yerine daha sonra madde sıkıntısı yaşadıklarında artıkları değerlendirmek için ıslatılmak üzere kaplarda saklanır. Bulaşmış iğne pamuğa batırılırsa, virüs transmisyonu ihtimali söz konusudur.

Temizleme suyu (rinse water) farklı kullanıcıların iğne ve şırınga kullanımları arasında enjektörlerini batırıp fişkırttikları musluk suyudur. İğne ve şırıngalar bu temizleme suyuna batırıldıkça, su kirlenir. Su kullanıldıkça daha çok kirlenir, özellikle şırıngaya çekilen su aynı kaba geri fişkırtılırsa ve o su tekrar temizleme suyu olarak kullanılırsa kirlenme oranı artar. Üstelik temizleme suyu genelde sadece temizleme için değil enjekte edilen madde solüsyonunun hazırlanmasında da kullanılır. Temizleme suyunun paylaşılmasındansa bu kirli suyun enjekte edilmesi HIV transmisyonunda büyük bir tehlikedir, özellikle de kokain enjeksiyonunda çünkü kokain suda çözülebilir ve her zaman çözülmesi için ısıtıcıda ısıtılması gerekmez (seyreltici kullanıldığında).

Doldurma öncesi (frontloading) karıştırıcının/dağıtıcının şırıngasından diğer katılımcıların şırıngalarına paylaşımını içerir. *Doldurma sonrası* (backloading) maddenin - alıcı şırınganın pompasının çıkarılıp - bir şırıngadan diğerine transfer edilmesini içerir. Madde solüsyonu ayrıca karıştırıcının/dağıtıcının kendi payı hariç diğer solüsyonu ısıtıcıya geri püskürtüp diğer kullanıcıların kendi paylarını ısıtıcıdan çekmeleri yoluyla da taksim edilebilir.

Birçok damar içi madde kullanıcılarına yönelik HIV/AIDS önleme müdahalesinde bu risk davranışlarına çok az yer verilmektedir. Yapılan bir çalışmada Koester ve Hoffer (1994), görüştikleri damar içi kullanıcılarının sadece %7'sinin bu davranışların riskli olabileceğinin farkında olduklarını rapor etmiştir. Katılımcıların %70'inden fazlasının bir HIV/AIDS önleme programına katılmış veya katılıyor olduklarını göz önünde bulundurduğumuzda bu sonuçlar oldukça rahatsız edicidir.

Yüksek Riskli Cinsel Davranışlar

Bağımlıların yaşam tarzı oldukça marjinaldir. Marjinal yaşantının bir parçası olarak cinsel davranışları da sıra dışıdır. Yüksek riskli cinsel davranışlar gösterirler. Fütursuz, çok eşli ilişkiler yaşayabilirler. Bu da AIDS'e neden olabilecek önemli bir faktördür. Zaten madde kullanıcıları genel olarak riski göze alan davranışlar sergilediği bilinmektedir. Bu nedenle cinsel ilişkilerinde sıra dışılığın ötesinde riski göze almak, davranış biçimlerinin bir devamı olarak görülebilir.

Diğer yandan değişik maddelerin riskli cinsel davranışlarda farklılıklar doğurduğu bilinmektedir. Kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle; kullanıcıların daha sık cinsel ilişkiye girdiği, cinsel partnerlerinin sayısı, seçimi veya kondom kullanımı konusunda dikkatli davranmadıkları bilinmektedir.

Sperm çok yüksek oranda HIV içermektedir. HIV'in en çok taşındığı vücut sıvısıdır. Vajinal sıvı sperme oranla daha az taşıyıcı rol üstlenmektedir. Cinsel temasla HIV geçişi esas olarak vajinal ve anal ilişki yolu ile olur. Cinsel ilişki sırasında bulaşma genital organlardaki mukozanın enfekte sıvılarla doğrudan teması sonucu meydana gelmektedir. Buralardaki mukoza dokularının geçirgenliği ve yine mekanik travma sonucu oluşabilecek sıyrıklar virusun vücuda girişine oldukça uygundur.

Genital ülserlere neden olabilen cinsel yolla bulaşan hastalıkların (sifilis, gonore, Herpes Simplex Virüs'ün neden olduğu hastalıklar gibi) lezyon bölgelerinde HIV'in geçişini kolaylaştırdığı bildirilmiştir.

Cinsel ilişki sırasında her zaman doğru ve kaliteli bir kondom kullanılmasının kişiyi cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu bilinmektedir. Ancak kondom kullanımının %100 güvenli olduğunu söylemek güçtür.

Cinsel yolla bulaşma kondom/prezervatif kullanımı gibi diğer risk faktörlerinin yaygınlığı kadar cinsel birleşmenin türüne ve sıklığına da bağlıdır. Anal birleşme bireylerin cinsel oryantasyonu ne olursa olsun daha risklidir, ve enfeksiyonlu biriyle sık korunmasız cinsel ilişki de (vajinal veya anal) transmisyon olasılığını artırmaktadır.

Heteroseksüel bulaşmaya gelirse, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarda olduğu gibi, kadınlar erkeklere oranla daha çok risk altındadır. Bununla birlikte, yine diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarda olduğu gibi, transmisyon iki yönde de oluşur (kadından erkeğe, erkekten kadına). Yapılan araştırmalarda erkek damar içi madde kullanıcılarının çoğu cinsel olarak aktif, heteroseksüel ve çoğu çok eşli bulunmuştur.

Bulaşma oranları aynı zamanda enfeksiyonlu partnerin dahil olduğu risk grubuna göre de değişebilir. Bulaşma riskinin hemofilili ve biseksüel erkeklerin partnerleri olan kadınlarda ve kan nakli yoluyla enfekte olmuş kişilerin partnerlerinde damar içi madde kullanıcılarının partnerlerine oranla daha düşük olduğu bulunmuştur.

Değişik maddelerin riskli cinsel davranışlarda farklılıklar doğurduğu bilinmektedir. Kokain kullanımıyla ortaya çıkan hiperseksüalite nedeniyle; kullanıcıların daha sık cinsel ilişkiye girdiği, cinsel partnerlerinin sayısı, seçimi ve kondom kullanımı konusunda dikkatli davranmadıkları bilinmektedir.

Doğum Yoluyla Bulaşma

Kadın damar içi madde kullanıcıları veya erkek damar içi madde kullanıcılarının eşleri doğum yoluyla bulaşma riski en çok olan gruptur. Enfeksiyonlu anneden çocuğuna HIV bulaşması doğum öncesi anne karnında, doğum sırasında veya doğum sonrası emzirme sırasında meydana gelebilir. Anne sütü ile bulaşma olasılığı, gebelik ve doğum sırasındaki bulaşma olasılığına oranla daha düşüktür. Birçok HIV pozitif hamile kadın enfekte olduklarının farkında olmadıkları için çocuklarının erken tanı ve tedavisi de mümkün olmamaktadır.

HIV pozitif annenin ikiz çocuklarında, sezaryenle doğum olsa dahi, ilk doğanda enfeksiyon görülme olasılığı daha yüksektir. Bu doğum sürecindeki faktörlerin enfeksiyon riskini etkilediğini göstermektedir.

Madde ve alkolün kişinin kontrolünü kaldırıcı işlevi

Kişisel kontrol, kişiyi riskli davranışlardan koruyan bir etkidir. Bir davranış öncesi sosyal kontrol mekanizmaları devreye girer ve bizi o davranışları sergilememizi engeller. Madde kullanımı kişinin inhibisyonlarını kaldırır. İnhibisyonların kalkması kontrolsüz davranışları artırmaktadır. Bunun sonucu kontrolsüz cinsel ilişkiler ortaya çıkabilir. Kontrolsüz cinsel ilişki de AIDS'in bulaşma riskini artırmaktadır.

Madde kullanımının immün sistem üzerine etkileri

Madde kullanımı bedenin direncini kırmakta, immün sistem üstüne baskılayıcı bir etki oluşturmaktadır. Bu da AIDS enfeksiyonunun yerleşmesine olanak tanımaktadır. Maddenin immün sistemin, hastalığa karşı mücadelesini baskılama yoluyla enfeksiyon sürecini değiştirerek, AIDS seyrini hızlandıracağı ve yaşam sürecini kısaltacağı sonucuna varılmıştır. Kokain, morfin ve eroinin hücre içinde HIV büyümesini hızlandırdığı da bilinmektedir. Opioid bağımlılarında total T hücrelerinin düzeyinin, kokain kullanımında ise periferik lenfositlerin baskılandığı gözlenmiştir.

Kullanılan maddenin kendisinin immun sistemi baskılamasının yanında, madde kullanıcılarının yaşam tarzları da immun sistem üstüne olumsuz etkiler göstermektedir. Bu nedenle herhangi bir enfeksiyonun yerleşmesi de daha kolay olmaktadır.

Damar yoluyla madde kullananlarda, madde kullanmayanlara oranla daha yüksek oranda tüberküloz, bakteriyel pnömoni, bakteriyel endokardit ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar görülmektedir. HIV pozitif damar yoluyla madde kullanıcılarında, tüberküloz ve bakteriyel pnömonilere 5 kat daha fazla sıklıkla rastlanmaktadır. Damar yoluyla madde kullananlarda pnömoninin seronegatiflere oranla daha fazla mortalite nedeni olduğu bilinmektedir.

Madde bağımlılarında cinsel yolla bulaşan hastalıklara sık rastlanmaktadır. Bunlar arasında sifiliz, şankr ve herpes gibi genital ülser yapan hastalıkların hasarlı bölge çevresinde virüse giriş kapısı yaratarak HIV bulaşımını artırdıkları düşünülmektedir.

Madde için seks

Bunların dışında çok önemli bir diğer etken ise madde satın alabilmek amacı ile cinsel ilişkiye girmenin bağımlılar arasında sık görülmesidir. "Madde için seks" (sex for crack) çok önemli bir boyutu oluşturmaktadır. Kadın madde kullanıcılarının madde kullanılan ortamlarda madde karşılığında değişik eşlerle seks yaptıkları ve bu şekilde HIV riskini arttırdıkları bilinmektedir. Damar yoluyla madde kullanan kadınların %30-50'sinin seks işçisi olarak çalıştığı bildirilmiştir. Bu durum HIV riskini artıran bir etkidir.

Sosyoekonomik durumun olumsuzluğu

Madde kullanımı ile birlikte kişinin ekonomik durumunda belirgin bir düşüş yaşanması ve giderek kişinin toplumdan dışlanması da risk alma davranışlarına veya suç işlemeye olan eğilimi arttırmaktadır.

Damar yoluyla madde kullananlarda tedavinin ekonomik nedenlerden dolayı kesintiye uğraması, damar yoluyla madde kullananlarda HIV'in bulaşımını ve AIDS'in ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Asemptomatik HIV enfeksiyonlu ve AIDS'li hastalarda kombine tedavi uygulama zorunluluğu, hastalara büyük bir ekonomik yük getirmektedir. Dolayısı ile madde kullanıcılarının asıl amacı bağımlı oldukları maddenin temini olduğundan, bu kişilerin böylesi pahalı önlem ya da tedaviye yanaşmamaları, AIDS bulaşmasında bir diğer riski beraberinde getirmektedir

BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER

Kaynak: www.uyusturucu.info.tr

Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre uyuşturucu “sağlık nedenleriyle alınanların dışında, yaşayan organizmaya alındığında, organizmanın bir ya da birden çok işlevini değiştirebilen herhangi bir uyuşturucu maddedir”.

Bağımlılık yapabilen tüm uyuşturucu maddeler için uyuşturucu tanımını kullanmak aslında yanlıştır. Bu tanımlama ile uyarıcı bazı uyuşturucu maddeler bu kapsam dışında gibi bir izlenim doğmaktadır. Halbuki uyarıcı uyuşturucu maddeler de uyuşturucu maddeler gibi bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddelerdir. Bu nedenle bu kavram içinde tüm bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddeleri değerlendirmek doğru olacaktır.

Bir tanımlama yapmak gerekirse; uyuşturucu maddeler, bedene girdiklerinde ruhsal, davranışsal ve bedensel değişikliklere neden olup, bağımlılık yapabilen kimyasal uyuşturucu maddelerdir.

Bu uyuşturucu maddeler, doğal olabilir, sentetik olabilir, yasal olabilir ya da yasal olmayabilir.

Esrar

Esrar, cannabis sativa adı verilen hint keneviri bitkisinin kahverengi/yeşil çiçeklerin karışımından, saplar, tohumlar ve yapraklarından oluşmaktadır. Esrarın dumanı genellikle sert, acı ve keskindir ve ot kokusuna benzer. Esrar'ın aktif ana etken uyuşturucu maddesi THC'dir (Delta-9-tetrahydrocannabinol).

Sarıköz, kuru, ot, joint, derman, giye olarak da adlandırılmaktadır. İşleniş biçimine göre bazı farklılıklar gösterir ve bunlara göre farklı isimler alır. Bunlar arasında Marijuana, Gubar, Ganja sayılabilir.

Esrar, “haşiş” olarak bilinir. İngilizce’de “hash, hashish”, Fransızca’da “Hachisch” olarak yazılır. Arapça’da ise “haşiş” ya da “Haşiş” olarak adlandırılır. “Haşiş” (hint keneveri/cannabis indica) ile “Afyon haşhaşı” (papaver Somniferum L) birbirine karışan iki kavramdır. Bu iki bitki aynı familyadan olmakla birlikte, birbirlerinden farklı bitkilerdir.

Genellikle sigara şeklinde kullanılır. Kova veya bong adı verilen bir yöntem ile buharını içe çekmek yoluyla da kullanılmaktadır. Bir başka kullanım şekli de, esrarın keke karıştırılması ya da çay olarak içilmesidir

Etkileri

Esrar içildiğinde etkisi birkaç dakika içinde ortaya çıkar. Yarım saat içinde etkisi en üst düzeye gelmekte ve bu etki 2-4 saat içinde sonlanmaktadır. Hareket becerilerindeki bozukluk

8-12 saat devam eder. Esrar kullanımını kısa süreli öfori ve rahatlama, algıda değişiklik, zaman algısında bozulma ve duyuusal deneyimlerde abartıya neden olmaktadır.

Kullanımdan sonra çok fazla yeme görülebilmektedir.

Esrarın sigara halinde içilmesi, ilk dakikalardan itibaren kalp atışlarının %20-50 oranında artmasına neden olmaktadır. Bu etki yaklaşık 3 saat sürmektedir. Esrar kullanıldıktan sonra kişi oturuyorsa kan basıncı artmakta, ayakta duruyorsa düşmektedir.

Esrar kullanımının psikolojik etkileri ruh haline, alınan uyuşturucu maddenin dozajına, ortama ve geçmiş deneyimlere göre değişiklik gösterir. Kısa süreli kullanıma bağlı hareketlerde ve öğrenme, bellek, dikkat gibi işlevlerde bozukluk oluşturması yanında, anksiyete, panik atak, paranoya ve şaşkınlığa yol açabilir.

Sık olmasa da flashback'ler yaşanabilir. Erken yaşlarda esrar kullanımını ile ileriki yaşlarda görülen depresyon arasında bir ilişki saptanmıştır. Esrar kullanımıyla yaşanan psikososyal sorunlar alkol kullanımıyla benzerlik göstermektedir.

Yoksunluk belirtileri

Sık ve uzun süre kullanıldıktan sonra bırakılan esrarın yoksunluk belirtilerine yol açtığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda esrar kullanımının bırakılması sonucu birçok farklı yoksunluk belirtisinin ortaya çıktığı görülmüştür.

Dört hafta boyunca aralıksız esrar kullanan ve ardından 4 hafta arındırma süreci yaşayanlarda, esrar kullanımı kesildikten sonra iştahsızlık ve uyku düzensizliği gözlemlenmiştir. Farklı araştırmacılar tarafından yapılan birçok çalışmada benzer yoksunluk belirtileri saptanmıştır.

Yoksunluk belirtilerini şu şekilde özetleyebiliriz:

- Aşırı hassaslık
- Alınganlık
- Sinirlilik
- Huzursuzluk
- Gerginlik
- İştah azalması
- Uykusuzluk
- Titreme
- Ürperme
- Terleme
- Ateş
- Bulantı
- Mide-Bağırsak rahatsızlıkları
- Parçalanmış düşünceler
- Yön duygusu kaybı
- Görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar

Sentetik esrarlar

Ülkemizde bonzai, jamaikan olarak, yurt dışında ise spice veya K2 olarak bilinen maddelerdir. Kimyasal yapıları naftoilindoller, siklohekzilfenoller, trisiklik terpenoidler,

fenilasetilindoller, benzoilindoller, naftoilpiroller, naftoilnaftelenler, adamantilindoller, kinonlar ve siklopropilindolleri içerir. Etkileri yan etkileri esrara benzer ancak esrarda görüldüğünden çok fazla görülürler. Çünkü etki gücü esrardan çok fazladır. Esrardan farklı olarak zehirlenme belirtileri daha çok uyarıcılara benzemektedir.

Bu maddelerin kullanımından sonra bazı kişilerde sedasyon görülürken, diğerlerinde ajitasyon, bulantı, sıcak basması, gözlerde yanma, ağız kuruluğu, midriyazis ve taşikardi görülür

Uzun süre bu maddeleri kullananlar sıklıkla işitsel ve görsel varsanıllardan paranoid sanrılara, düşünce bloğundan dezorganize konuşmaya, anksiyete ve uykusuzluktan stupor ve intihar düşüncesine kadar değişen psikotik semptomlar yaşarlar.

Uçucu maddeler

Uçucu maddeler kolaylıkla bulunabilir çünkü bu maddelerin satılması yasaldır. Ucuz olması nedeni ile de kullanımı yaygındır. Yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler aşağıda belirtilmiştir:

- Boyalar ve boyalarda kullanılan Tiner
- Bally, UHU gibi yapıştırıcılar
- Çakmak gazı olarak kullanılan bütan gazı
- Kuru temizlemede kullanılan maddeler
- Benzin
- Yazı yazarken yapılan hataları silmekte kullanılan maddeler (Tipp-ex)

Tiner genellikle torba içine konur ve oradan koklanarak kullanılır. Bally gibi yapıştırıcılar ise, bir kumaşa emdirilir ve oradan koklanır.

Etkileri

Uçucu maddeler kullanıldığında neşe hali, sakinlik duygusu verebilir, bazı hayaller görülmesine yol açabilir. Etkileri arasında ciddi bir sarhoşluk, denge bozukluğu, yürüme güçlüğü sayılabilir.

Beyin üstüne doğrudan toksik etki yaptığı için oldukça zararlıdır. Öğrenme üstüne olumsuz etkileri nedeniyle çocukların kullanması sorunu daha da artırmaktadır. Bağımlılık potansiyelleri de yüksektir. Uçucu madde koklayanlarda ani ölümler sıklıkla meydana gelir. Ani ölümler beyin ve kalp üstüne olan etkilerinden dolayı ortaya çıkar.

Saldırgan ve tehlikeli davranışlar uçucu madde kullananlar arasında sık olarak gözlenir. Uçucu maddelerin sadece sokak çocukları arasında kullanıldığı düşüncesi yanlıştır. Bu maddeler artık her yaşta ve sosyoekonomik düzeyde kullanılan bir madde haline gelmiştir.

Yoksunluk belirtileri

Uçucu maddeler klinik açıdan önemli sayılabilecek yoksunluk belirtilerine neden olmazlar. Uzun süre kullananlarda bile yoksunluk belirtileri oldukça hafiftir.

Yoksunluk belirtileri arasında uyku bozuklukları, çarpıntı, yönelim bozukluğu, aşırı sinirlilik, huzursuzluk, terleme, bulantı, kusma görülebilir.

Ekstazi

MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) yani ecstasy (ekstazi) bir amfetamin türevidir. Etkileri hem amfetaminlere, hem de halüsinojik uyuşturucu maddelere benzer. Üstünde kuş, fil vb. resimler bulunan tabletler biçiminde satılır. Ağız yoluyla alınır ve daha çok eğlence yerlerinde bulunur. MDMA'nın son zamanlarda tablet dışında kapsül, toz veya sıvı şekilde de üretildiği görülmektedir. Böylece ecstasy'nin kullanımı ağız yolu dışında enjekte etme veya burundan çekme gibi farklı yöntemlerle de kullanılmasına yol açmaktadır.

Ecstasy (ekstazi), gençler arasında çeşitli isimlerle anılmaktadır. Ülkemizde "Çılgın Max, Mitsubishi, 007, Pıt, Roket" gibi isimler verilmektedir. Avrupa ve ABD'de ise "Armani, At, Baklava, Butterfly, Cherry, Coca Cola, Coro, Elmas, Kiraz, Ferrari, Fish, Mercedes, Mitsubishi, Pokemon, Zoro, Yüzde 5, Yin Yang, Rolex" olarak adlandırılmaktadır.

Ecstasy (ekstazi) konusunda karşılaşılan en büyük sorunlardan biri bu uyuşturucu maddenin kimyasal bileşiminin de çeşitlilik göstermesidir. Günümüzde ecstasy adı altında farklı uyuşturucu maddeler de satılmaktadır. Özellikle piyasada bir zamanlar "no name" adıyla satılan ecstasy tabletlerinin toksik uyuşturucu madde içerdiği saptanmıştır. Yapılan incelemede "no name" tabletlerinin içinde "bahçelerdeki sümüklü böceklerle savaşta" kullanılan bir zehire rastlanması ecstasy'nin (ekstazi) ne denli tehlikeli olabileceği konusunda çarpıcı bir örnektir.

Etkileri

Ecstasy'nin (ekstazi) etkileri çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ecstasy'nin etkisi, alındıktan 20-60 dakika sonrasında kendisini gösterir ve bu etki 4-6 saat süreyle devam eder. MDMA alındıktan 48 saat sonra bedenden atılır. Amfetamin'in temel etkisi kuvvetli bir uyarıcı olmasıdır. Enerjinin arttığı hissini verirken uyku ve yorgunluk hissini bloke eder. İştahsızlık, uyku ihtiyacının azalması, huzursuzluk, mide bulantısı, kramp, gerginlik, kan basıncında ve vücut ısısında yükselme, kalp atışında artış ve tek düze davranışlar da bulunma gibi ruhsal ve fiziksel tavır değişikliklerine sebep olmaktadır.

Ecstasy (ekstazi), empatiyi, yakınlık hissini arttıran bir hap olarak da tanımlanmaktadır. Bu özelliğinden dolayı ecstasy'e "heartopener (kalp açıcı)" da denilmektedir. Çoğu zaman amfetaminin başka uyuşturucu maddelerle karıştırılmış versiyonları görsel ve işitsel halüsinasyonlara neden olabilmektedir ama bu tür bir yaşantı kişinin içinde bulunduğu ruhsal duruma göre değişir.

Yoksunluk belirtileri

Ecstasy (ekstazi) kullanımı kesildikten sonra bazı yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı diğer araştırmalarda da gözlenmiştir. Yoksunluk belirtileri içinde boşluk duygusu, bitkinlik, baş ağrısı, baş dönmesi, depresyon, anksiyete, panik atak, uyku ve yeme bozuklukları, gerçeklikten kopuş, paranoya, vücudun çeşitli yerlerinde ağrılar sayılabilir.

Opiyatlar (Eroin, afyon, kodein vb.)

Afyon haşhaşından elde edilen ve uyuşturucu özelliği taşıyan uyuşturucu maddeler arasında afyon sakızı, morfin, kodein, heroin, metadon gibi uyuşturucu maddeler sayılabilir. Afyonun

karşılığı “opium”dur. Afyon ve benzeri uyuşturucu maddelerin tümüne “opioid” adı verilmektedir.

Afyon haşhaşı ile bir tür esrara verilen “haşış” ismi karıştırılmamalıdır. Haşhaş bitkisine latince Papaver Somniferium denir. Afyon bu bitkiden elde edilir.

Morfin ve benzeri ilaçlar, en etkili ağrı kesici ilaçlardır. Deriye zerk edilen morfin, etkileri bakımından, yenilen afyona oranla on veya yirmi kat daha kuvvetlidir.

Eroin aslı “Heroin”dir. İlk olarak 1899 yılında Bayer fabrikalarında sentez edilmiştir. Eroin, morfenden iki kat daha etkindir. Eroin piyasada açık kahverengi bir toz şeklinde satılır. Sokakta Eyç (H), beyaz, toz, peynir adlarıyla anılır.

Eroin, genellikle perakende piyasasına ulaştığı zaman büyük ölçüde derecesi hafifletilmiş haldedir veya bilhassa şeker, süt şekeri, glikoz, kinin veya diğer bir uyuşturucu madde ile yapısı bozulmuştur.

Kodein, afyon kozası ve afyonda mevcuttur. Kodein, etkili bir öksürük giderici ve ağrı kesicidir ilaçlardan biridir. Kodein daha çok öksürük ilacı ve uyku verici olarak kullanılır. Kodein, toz veya tablet halinde yapılır; beyaz renkte, kokusuz ve acımsı tattadır. diğer afyon türevleri gibi bağımlılık yapıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Bu nedenle öksürük şuruplarının muhtevassından çıkarılmıştır. Kimi kodein içeren ilaçlar ise kırmızı reçete kapsamına alınmıştır.

Afyon ve benzerleri ağız yolu ile alınabilir, buruna çekilebilir ya da damar içine zerk edilebilir. Sigara gibi sarılarak içilmesi ya da buharının içe çekilmesi de sık olarak kullanılan yöntemlerdir. Eroinin sigara tarzında sarılıp içilmesine “koreks” adı verilir. Sıklıkla buruna çekilerek kullanılan eroin, zaman içinde burun cidarında ağır hasara neden olur. Bu nedenle kullanımı zorlaşır ve başka kullanım yöntemlerine geçilir.

Buharının içe çekilmesi amacı ile alüminyum folyoda ısıtılmasına ve buharının içe çekilmesine “kaydırma” ya da “ejderhayı kovalamak” adı verilir. Enjektör ile kullanıma “shot” adı verilir. Genellikle burun ya da sigara tarzında kullanım başlar ve damara enjeksiyon ile devam eder.

Etkileri

Alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlar. Etkisi 4-6 saat sürer. Bu nedenle günde en az iki üç kez kullanılması gerekebilir. Uyuşturucu madde alındıktan sonra sıcaklık, kol ve bacaklarda ağırlık hissi, yüzde kırmızılık gelişir. İlk başta gelişen “rush” olarak adlandırılan dönemin ardından, sedasyon (sakinlik) dönemi ortaya çıkar.

Hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, dikkat ve bellekte bozukluk bu dönemin belirtileridir. Fiziksel olarak solunumun yavaşlaması, göz bebeklerinin küçülmesi, ağrı hissini kaybı, düz kasların kasılması, kan basıncı, kalp hızında azalma ve beden ısısında değişiklikler oluşur. Karında orgazm benzeri kramplar olur. Bu uyuşturucu maddelere duyarlı insanlarda alımı takiben mutsuzluk, kusma ve bulantı oluşabilir.

Eroin bağımlılarında durgunluk, isteksiz olma, soluk bir yüz, ağır ve yavaş hareket etme, zayıflık, dengesiz yürüme gözlenir. Kabızlık oluşur. Özbakım azalmıştır. Sık sık doz alma

ihtiyacında olduğu için bir yerde uzun süre kalmaz. Kollarda enjeksiyon izleri, yaralar saptanabilir.

Yoksunluk belirtileri

Eroin kesildikten 6-8 saat sonra yoksunluk belirtileri başlar. Belirtiler 2-3 gün içinde en şiddetli dönemini yaşar ve 7-10 gün içinde sonlanır. Ancak bazı belirtiler 6 ay kadar sürebilir. Bu belirtiler içinde kusma, bulantı, kas ve kemik ağrıları, göz ve burundan akıntılar, göz bebeklerinde büyüme, tüylerde ürperme, esneme, terleme, ateş, ishal, dermansızlık ve şiddetli uykusuzluk sayılabilir. Uykusuzluk aylarca sürebilir.

Kokain

Kokain çok hızlı ve güçlü bir bağımlılık geliştirir. Genellikle “coke” olarak adlandırılır. Kokain, kökeni güney Amerika olan "Erythroxyton Coca" şurubundan elde edilen bir alkaloiddir. Baz kokain, beyaz kristalize bir tozdur.

Kokainin etkileri kısa zamanda ortaya çıkar ve kaybolur. Alımını takiben etkisini hemen gösterir. Yaklaşık 30 ile 60 dakika içinde etkisi kaybolur. Bu süre zarfında eğer tekrar kokain alınmazsa yoksunluk belirtileri belirir. Bu belirtiler oldukça tatsızdır. Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmaması için dozun hemen tekrarlanması gerekir.

Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça yüksektir. Psikolojik bağımlılık bir kez kullanıldıktan sonra bile gelişebilir. Tekrarlanan kullanımlardan sonra tolerans gelişir ve fizyolojik bağımlılık oluşur. Kokain kesildiğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkar, ancak bu etkiler eroin, morfin gibi opiyatlar ile karşılaştırıldığında daha düşüktür.

En sık kullanım yolu iyice ezilmiş tozunun buruna çekilmesidir. Deri altına ya da damara enjeksiyon yolu ile, ya da sigara gibi içmek tarzında da kullanılabilir.

Etkileri

Kullanımını takiben taşikardi ya da bradikardi (kalp atışının hızlanması ya da yavaşlaması), pupiller dilatasyon (göz bebeklerinin büyümesi), kan basıncında düşme ya da artma gözlenir. Kokain yüksek doz kullanıldığı zaman kalp atım hızında artma, tansiyon yüksekliği ortaya çıkar. Sinirlilik, sosyal muhakeme kaybı, yüksek riskli cinsel girişimler, saldırganlık, psikomotor aktivitede artış, ajitasyon, kalp atımında bozukluk, göğüs ağrısı, kas zayıflığı, solunum güçlüğü ve koma gelişir.

En sık görülen etki burunda kanlanmanın (nasal konjesyon) artışına bağlı olarak görülen burun kanamalarıdır. Bronşlar ve akciğerde hasara neden olur. Tiklere yolaçar ve migren benzeri baş ağrıları oluşturabilir.

En önemli yan etkisi beyin üstüne olan etkileridir. Beyinde enfarktler (tıkanmalar) oluşturur. Kimi zaman beyin içi kanamalar gözlenir. Beyin üstüne olan bu etkiler kokainin damarları daraltıcı etkisinden kaynaklanmaktadır. Kokain kullananlarda %3-8 oranında sara (epilepsi) nöbetleri gözlenmiştir. En sık epileptik nöbetlere neden olan uyuşturucu madde kokain olup, ikinci sırada amfetaminler gelir. Nöbetler, yüksek doz kokain ya da crack kullananlarda daha sık görülen bir yan etkidir.

Myokard enfarktüsü (kalp damarlarında tıkanma) ve aritmi (kalbin ritminde bozulmalar) kokainin kalp üstüne olan istenmeyen etkilerinin başlıcalarıdır. Kokain afrodisyak bir uyuşturucu maddedir. kullanıldığı zaman boşalmayı geciktirir. Ancak uzun kullanım sonucu ya da kişi kokain kullanımını bıraktığı zaman iktidarsızlık ile sonuçlanır. Kokain kullanımını takiben paranoid hezeyanlar ve halüsinasyonlar gözlenebilir. Bu durumda kişi hayaller görmeye, herşeyden kuşku duymaya başlar. Bu durum psikoz tablosunu andırır.

Yoksunluk belirtileri

Kokain alımını izleyen bir saat içerisinde “crash” adı verilen depresyona benzer bir tablo oluşur. Bu tablo çöküntü, mutsuzluk, hiçbir şeyden zevk almama, sıkıntı, kaygı, sinirlilik, güçsüzlük, çok uyuma isteği, korkutucu rüyalar ile belirgindir. Bu belirtiler 18 saat sürer. Ağır kullanımda ise bir haftaya kadar uzar. Özellikle 2-4 gün arasında en şiddetli düzeyine varır. Bu dönemde intihar gözlenebilir.

Crack (Taş)

Kokainin çok etkili bir formudur. Crack, kokain hidroklorid formundan sobyum bikarbonat ya da amonyum ve su kullanılarak edilir. "Crack" içime hazır, küçük miktarlarda satılır. 10 saniye içinde etkisini gösterir. Bağımlılık etkisi çok yüksek olduğu bir içişten sonra, kişi ikincisini almak için şiddetli bir istek duymaktadır. Türkiye’de daha çok “taş” denmektedir.

Etkileri

Diğer sentetik uyuşturucularda da olduğu gibi, kişinin crack diye satın aldığı uyuşturucu madde her zaman crack çıkmadığından, etkisinin tam olarak ne olacağını önceden kestirmek çok mümkün değildir. Bu yüzden, aşırı doz kullanımı olmadan da crack kullanımlarında ölüm meydana gelebilir.

Bağımlılığı çok çabuk gelişir ve kullanılan miktarı arttırma gerekliliği doğar. Miktar arttıkça harcanan para da arttığından, crack alabilmek için suç işlemeye başlama olasılığı yüksektir. Uyuşturucu madde etkisindeyken kişinin kalp atışları hızlanır, kalp krizi geçirme riski yükselir, ani kan basıncı artışı ortaya çıkabilir, aşırı depresif ruh hali ya da intihar eğilimli davranışlar gözlemlenebilir.

Yoksunluk belirtileri

Kokainin yoksunluk belirtileriyle aynıdır. Uyuşturucu madde etkisini kaybetmeye başlayınca kişi kendini mutsuz, bitkin, sıkıntılı, kaygılı, hiçbir şeyden keyif alamaz, güçsüz, sinirli hisseder. Uyuma isteği doğar, bazen korkunç rüyalar da görülebilir. Bu çöküntüden kurtulmak için kişide tekrar uyuşturucu madde kullanma isteği doğar ve bu durum bir kısır döngüye dönüşür.

Amfetamin ve benzerleri

en önemlisi çocukluk çağında gözlenen dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu, depresyon ve narkolepsi adı verilen hastalıklardır. Şişmanlık tedavisinde de kullanılmakla birlikte, yarar ve zararları tartışmalıdır.

Dekstroamfetamin, metamfetamin, metilfenidat amfetamin çeşitleridir. Captagon, ritalin, dexedrine bu ilaçlardan bazılarıdır. Amfetaminler ülkemizde uyarıcı, zihin açıcı olarak bilinmektedir.

Efedrin ve propanolamin de amfetamin türevleri olup, burun tıkanıklığını gidermede ve iştah fazlalığını azaltmada kullanılırlar. Efedrin, efetal, Benzokodin efedrin içeren ilaçlardır. Bütün amfetaminler ağız yolu ile alındıklarında hızla emilir ve çabuk etki gösterirler.

Beyaz, kokusuz, tadı acı, kristalize bir tozdur. Alkol ve suda kolaylıkla çözülebilir. Metamfetaminler bir çok formda kullanılmaktadır, içilebilir; buruna çekilebilir, ağızdan ya da enjeksiyon yöntemiyle damardan alınabilir. Hangi yolla alındığına bağlı olarak da, duyu durumunda değişik uyarılara neden olurlar.

Bazı kullanıcılar, satın aldıkları maddeyi yemek yemeden ve uyku uyumadan, her 2-3 saatte bir belli dozlarda alarak, ara vermeksizin tüketirler ki bu “run” diye bilinmektedir. Kronik kullanım, kişide işitsel ve görsel halüsinasyonlara; paranoyaya ve şiddet davranışının eşlik ettiği kontrol dışı öfke durumlarına neden olmaktadır.

Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri Amfetaminler gibi aktivitenin artmasına, iştahın azalmasına, genel bir hoşnutsuzluk duygusuna neden olurlar. Metamfetaminin etkisi 6 ila 8 saatte sonlanır. Baştaki “rush” deneyiminden sonra tipik olarak, bireyleri şiddet davranışları sergilemeye yönlendiren yüksek düzeyde heyecan, ajitasyon durumlarını ortaya çıkartır. İçildikten ya da damardan enjekte edildikten hemen sonra kullanıcı “rush” ya da “flash” olarak adlandırılan ve birkaç dakika içinde sonlanan haz verici bir deneyim yaşar. Burundan çekenlerde ya da ağızdan alınanlarda neşeli olma durumu yaratırlar. Burundan çekmenin etkisi 3 ila 5 dk, ağızdan alınanınki ise 15 – 20 dk. içinde sonlanır.

Etkiler

Amfetamin alımını takiben şizofreni benzeri psikotik bir tablo gelişebilir. Amfetamin myokard enfarktüsüne, beyin damar hastalıklarına, şiddetli hipertansiyona ve iskemik kolite (barsakların oksijensiz kalması) neden olur. Alınan doz miktarına göre değişen şekilde, titreme, epileptik nöbet, koma ve ölüme neden olabilir.

Kısa süreli etkileri

Çok güçlü bir uyarıcı olduğu için çok küçük dozu bile uykusuzluğu ve fiziksel aktiviteyi artırır; iştahı azaltır. Ağızdan ya da burundan çekerek alındığında; “rush” deneyiminin aksine uzun bir sürede sonlanan (yarım gün kadar devam edebilmekte) ve “uçuş”- (the high) olarak adlandırılan bir duyuma neden olur. Hem “rush” hem de “uçuş” duyumlarının; beyindeki dopamin nörotransmitterlerin çok yüksek seviyelerde salıverilmelerinin sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir. Metaanfetaminler zehirli etkilere sahiptir.

Metamfetamin alımı ile yüksek miktarda dopamin üretilmesinin; beyindeki sinir merkezleri üzerinde zehir etkisine yol açtığı düşünülmektedir. Kalp ve damar dolaşımı üzerindeki etkileri, hızlı ve düzensiz kalp artışı, kan basıncının artması şeklinde görülür, beyindeki küçük kan damarlarına geri dönüşü olmayan, felç üretecek oranda zarar verir.

Uzun süreli etkileri

Bağımlılık yaratır ve bu kroniktir; bırakılır, tekrar kullanılır; kompulsif bir şekilde maddeyi arama davranışına neden olur. Madde, beyinde fonksiyonel ve moleküler değişiklikler oluşturur. Ayrıca kişinin şiddet içeren davranışlar sergilemesine, anksiyete, konfüzyon ve uykusuzluk gibi rahatsızlıklar yaşamasına neden olur.

Kullanıcılar, bir takım psikotik özellikler de sergileyebilirler: paranoya, işitsel halüsinasyonlar, duygu durumu dengesizlikleri ve saplantılar-kuruntular vb. Ayrıca enjeksiyon yöntemiyle maddeyi alan kişilerde HIV ve hepatit B ve C virüslerinin görülme olasılığı yüksektir. Araştırmacılar, çok düşük seviyelerde de olsa, uzun süre metaanfetamin kullanmış olanların, beyinlerindeki dopamin hücrelerinin zarar gördüğünü tespit etmişlerdir. Kullanım zamanla, dopamin seviyesinin azalmasına yol açar ve Parkinson hastalığındaki gibi bir takım ciddi hareket bozukluklarına neden olur.

Yoksunluk belirtileri

Yoksunluk belirtileri arasında sıkıntı (anxiety), mutsuzluk ve çöküntü hali, güçsüzlük, hareketsizlik, kabuslar, fazla uyuma, baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları sayılabilir. Bu belirtiler, amfetamin kesildikten 2-4 günde en yüksek düzeyine ulaşır ve yaklaşık bir hafta sürer.

Flunitrazepam – Rohypnol (ROŞ)

Rohypnol, Flunitrazepam'nin ticari ismi olup, bu marka adı altında satılan ve genellikle "roş" olarak bilinen benzodiazepin grubu ilaçlara aittir.

Rohypnol Türkiye'de satışı yasak olan bir ilaçtır ve Amerika'da da medikal amaçlar için kullanımı hiçbir zaman onaylanmamıştır. Ama 50'nin üzerindeki ülkede yasal olarak kullanılmaktadır.

Tablet halinde, renksiz, kokusuz ve tatsız olurlar. Rohypnol, hap şeklinde 1-2 mg dozda olur. Genellikle ağız yoluyla alınan Roş, ezilip eroin ile karıştırılarak damardan alınabilir. Sıvı içinde çözümlenebilir. Tabletlerin ezilip tozunun burundan çekilmesi yoluyla da kullanılabilir. Tipik olarak bira ve diğer uyuşturucu maddelerle (eroin, esrar, kokain) beraber kullanılır.

Etkileri

Merkezi sinir sistemi depresanı (yavaşlatıcısı) olan Rohypnol, alındıktan 15-20 dk. sonra etkisini gösterir ve yaklaşık 6 saat kadar etkisi sürer. Arta kalan bazı etkileri 12 saat içinde sonlanır.

Alkol ile karıştırıldığında kişi kendinden geçebilir, bilincini kaybeder; bazen kişiyi irrasyonel ve agresif bir duygu durumuna da sokabilir. Bu nedenle karıştırılması, yaralanma veya ölümlerle sonuçlanabilmektedir.

Uyuşukluk, baş dönmesi, sersemlik, hareketlerde kontrol kaybı, koordinasyon yokluğu, geveleyerek konuşma, konfüzyon ve mide bozuklukları gibi etkiler de görülebilir. En önemli etkilerinden biri kısmi hafıza kaybına yol açmasıdır. Bireyler uyuşturucu maddenin etkisi altında iken yaşadıkları belli olayları hatırlayamamaktadır.

Bu tehlikeli bir etkidir, çünkü bu durumdan yararlanılmakta ve cinsel taciz, tecavüz olayları meydana gelebilmektedir. Tacize uğrayan kişi saldırıyı, saldırıyı gerçekleştireni, meydana geldiği yeri, tam olarak hatırlayamaz. Bu nedenle rohypnol “date rape” olarak da adlandırılmaktadır.

Yoksunluk Belirtileri

Yoksunluk belirtileri alkolün yoksunluğuyla hemen hemen aynıdır. Son kullanımdan 3-5 gün sonra yoksunluk belirtileri en yüksek noktaya ulaşır ve aşırı anksiyete, kas ve baş ağrıları, halüsinasyonlar ve nöbetler içerir. Görme ve mide-barsak sisteminde bozulma, gerginlik, sinirlilik, titreme, bulantı, idrarın tutulması, uykusuzluk, taşikardi, kan basıncında yükselme, epileptik nöbet olabilir.

Sözü ağızında gevelercesine konuşma, sendeleyerek yürüme, ve koordinasyon bozukluğu görülür. Ani nöbetler 1 ya da daha sonraki haftalar içinde meydana gelebilir. Aniden kullanımı durduranlar ağır anksiyete ve panik ve/veya nöbet bile yaşayabilirler.

FARKINDALIK VE KABULLENME TERAPİSİ

Kaynak: Farkındalık ve kabullenme terapisi. Ögel K. HYB yayınları, 2012

Farkındalık nedir?

Farkındalığın ne olduğunu anlamak için önce farkında olmamanın ne olduğuna bakalım. Buna en iyi örnek “otomatik pilot”tur.

Otomatik pilot

Aşağıdaki düşünceler sıklıkla aklımıza gelir ve duruma şaşarız...

"Köprüyü geçmişim, hiç fark etmedim. Ne zaman geçtim, hiç hatırlamıyorum!"

"Geç kalmak üzereydim ve acelem vardı. Arabayı sürmeye başladıktan birkaç dakika sonra, yanlış yöne gittiğimi fark ettim. Merak ettim, acaba arabayı kim kullanıyordu? Bu yöne gitmeye kim karar verdi? Zihnim sunumumu hazırlamak ile meşgulken, bedenim arabayı otomatik olarak kullanıyor ve becerikli bir şekilde yanlış yöne gidiyordu".

Otomatik pilot terimi kişinin şimdiki andaki duyuşsal algısının bilincinde olmadan veya bilinçli bir hedefi olmaksızın hareket ettiği bir zihin durumudur. Eylem fiziksel veya zihinsel olabilir ancak temel nokta şimdiki ana ilişkin farkındalığın bulanık olmasıdır (Crane, 2009). Farkındalığın kısa tanımını ise şu şekilde yapabiliriz:

Farkındalık; yargısız bir şekilde şimdiki ana odaklanabilmek amacıyla, dikkati toplayabilmektir

Buradaki temel kavramlar dikkatin regülasyonu ve deneyimlemek kavramlarıdır. Ancak tüm bunları yaparken yargısız olabilme kapasitesi önem taşır. Dikkat şimdiye odaklanırken, yaşantıları olduğu gibi yargısızca deneyimlemek farkındalığı oluşturur. Farkındalık şimdiye odaklanmak ve anlık yaşantılara yönelmekle ilgilidir. Farkındalık, yaşamda mevcut olmaktır; şimdiki deneyimin bilincinde olma ve onu kabul etme anlamına gelir.

Farkındalık, uyarıcıların değerlendirilmediği, sınıflandırılmadığı ve analiz edilmediği, kendine özgü açık ve alıcı bir bilinç formudur. Farkındalıkta anlık yaşantılara yaklaşım açıklık, kabullenme, yansızlık gibi niteliklere sahiptir. Deneyime yönelme söz konusudur. Deneyime yönelme tamamen yargısız olmalıdır.

En temel haliyle, farkındalık şimdiki deneyimlerimizle onları kabul ederek ve yargılamadan direkt temas kurma ile ilgilidir. Eğer aynı anda hem nötr ve bilim adamına benzer bir perspektif takınıp, hem de içsel ve dışsal deneyimlerimizi sevecen, şefkatli ve anaç bir perspektiften iradi bir şekilde gözlemleyebiliyorsanız o zaman farkında bir tutumun nasıl olduğunu zihninizde canlandırabilirsiniz.

Örneğin; bulaşıkları yıkarken daha sonra içeceğimiz çayı düşünürüz ve oturup çay içmek için bulaşıkları bir an önce ortadan kaldırmaya çalışırız. Ancak bu, bulaşıkları yıkarken

yaşamıyoruz anlamına gelir. Bulaşıkları yıkarken, bulaşık yıkamak yaşamımızdaki en önemli şey olmalıdır. Bulaşık yıkamak, masaların tozunu almak ve silmek, mutfağın zeminini ovma ve raflardaki kitapları düzenlemek gibi ev işleri... Yapılan işler her ne ise, yavaşça ve kolaylıkla ve farkındalık içinde yapılmalıdır. Hiçbir işi baştan savma yapılmamalıdır. Her işi dikkatin bütünü verilerek ve rahatlatıcı bir şekilde yapmak hedef olmalıdır. Zevk alınmalı ve yapılan işle bütünleşmelidir. Farkındalık içinde yapılırsa, herhangi bir işin başa dert olduğu duygusu kısa sürede yok olacaktır.

Farkındalık eğitimi

Farkındalık bir deneyime belirli bir biçimde dikkat verildiğinde ortaya çıkan bilinçlilik halidir. Bu süreç, bilerek (dikkat iradi bir biçimde deneyimin belli başlı yönlerine yönlendirilmesi) ve yargılamadan (süreçte ne gelirse gelsin kabul etme ruh hali ile iç içe olması) gerçekleşir.

Kabullenme

İnsanın en büyük evrimsel avantajlarından biri sorunları ön görebilme ve çözme becerisi geliştirmesidir. Bu insanın sadece gezegenin görünür kısmını değiştirmesini değil, aynı zamanda onun dışına yolculuk yapabilmesini sağlar (Hayes ve ark, 2003). Sorun istenmeyen bir şeydir. Bulunan ilk çözüm ise, bu durumdan kaçabilmeyi sağlamaktır.

Bu yaklaşım maddi dünyada bariz bir biçimde işe yarar. Kapınızın önünde bir kurt mu var? Ondan kurtulun. Ona taş atın, onu mızraklayın ya da onu vurun. Kar, yağmur, dolu? Evet bunlardan kurtulamazsınız, ama onları bir mağaraya sığınarak ya da bir baraka inşa ederek engelleyebilirsiniz. Kuru, kurak bir toprağınız mı var? Bunu sulama ya da gübreleme ile engelleyebilir ya da daha iyi bir yere taşınarak ondan kaçabilirsiniz.

Ancak maalesef, istenmeyen özel deneyimlerden kurtulmaya ya da kaçınmaya çalıştığımızda sıklıkla daha fazla acı yaratmış oluruz. Örneğin, insanoğlunun bildiği tüm bağımlılıklar aslında yalnızlık, sıkıntı, kaygı, depresyon ve bunun gibi istenmeyen duygu ve düşüncelerden kurtulma ya da kaçınma girişimidir. Bu sayede bağımlı davranış, aşırılık ya da yoksunluk belirtilerinden kurtulmanın kolay bir yolu olduğu için, kendini devam ettiren bir hal alır.

Teknik olmayan bir anlamda, kabul etme kişinin kendisiyle ve dünya ile olan yaşamına karşı değerlendirici bir tutum almaması yani anlayışlı, nazik, açık, şimdiki zaman odaklı ve istekli olması anlamına gelir. Daha teknik bir anlamda ise, olayları tamamen ve hiçbir savuma olmadan ve olayların direkt ve otomatik uyaran fonksiyonlarıyla, bu fonksiyonları azaltmak ya da değiştirmek için herhangi bir edim gerçekleştirilmeden ve sadece türetilmiş dilsel fonksiyonları temel olarak almadan, temas halinde olması anlamına gelir.

Tedavi bağlamında, kabullenme önemli ölçüde deneyimseldir. Temelde; düşünceler, duygular ve yaşam deneyimleriyle olduğu gibi ve savunmaya geçmeden temasa geçmektir. Kabullenme, duyguyla hareket etmedir, duygu yüzünden hareket etme değildir. Bu kabulün direkt olarak deneyimlenmesi anlamına gelir.

Önemli olan kişinin deneyimi kendi değerlendirmeleriyle, haklı çıkarmalarıyla ve ne olduğu ve ne olması gerektiğiyle ilgili gerekçeleriyle kirletmeden olan şeye 'açık' olmayı öğrenebilmesidir. Kabullenme en nihayetinde seçim yapma ile ilgilidir. Kişi şimdiye kadarki yaşamı ile nasıl temas kuracağını seçmelidir. Bunların bir kısmı acı verici olabilir. Bugünkü

kabul edici tutum yarın da sürmek zorunda değildir. Bu devam eden bir süreçtir ve her gün tekrar tekrar yapılması gereken bir seçimdir (Eifert 2005).

Kabullenme, teslim olma ve pes etme ile karıştırılabilir. Ancak, aslında deneyimle mücadeleden pes etmeyi içerir. Kabullenme, şimdiki andaki deneyimden kaçmak (kapanmak) yerine kişiyi deneyime doğru dönmeye (açılmaya) yönlendirir. Bu sayede kişi hoşla giden, gitmeyen ve nötr deneyimlerle birlikte olma ve onları kabul etmeyi öğrenir.

Kişi kabullenmeyle, deneyimlerine karşı adil olma becerisi geliştirir. Olanların farkına varmak, kişinin onlardan hoşlansa da hoşlanmasa da olduğu gibi olmalarına izin vermeye dair bir isteklilik geliştirmesine yol açar. Daha sonra 'hoşlanma' ve 'hoşlanmamayı' deneyim bütününe bir parçası olarak deneyime dahil edebilir. Kabullenme sürecinin getirdiği ruh çok önemlidir. Bu, kişinin kendine karşı kibar, şefkatli, tutkulu ve saygılı olmasını öğretir (Crane, 2009).

DAVRANIŞCI TERAPİNİN ÜÇÜNCÜ DALGASI: FARKINDALIK-KABULLENME

Farkındalık-Kabullenme temelli terapiler, psikolojik olarak rahatsızlık veren deneyimlerin değiştirilmesini değil, kabullenilmesini önermektedir. Farkındalık Temelli Terapilerin yol haritasında, farkına varma ve kabullenme, değişimden önce hedeflenmektedir. Kabullenme yaklaşımı, değişim yönelimli terapi yaklaşımlarına karşıtmiş gibi durmaktadır. Ancak, farkındalığın ve kabullenmenin paradoksal bir sonucu olarak değişim ortaya çıkmaktadır.

Farkındalık Temelli Terapiler ile Kabullenme ve Kararlılık Terapisinin birçok ortak noktası olduğundan söz etmiştik. Bunlar şimdiye odaklanma, yargısızlık, kabullenme, gözlem, bilişsel ayrışmadır. Bu kavramlar Farkındalık Temelli Terapiler ile Kabullenme ve Kararlılık Terapisinde de kullanılmaktadır.

Farkındalık Temelli Terapiler ile Diyalektik Davranış Tedavisi arasında da ortak yanlar vardır. Farkındalık Eğitimi, Diyalektik Davranış Tedavisinin beceri eğitimi programlarından birisidir. Öte yandan emasyon regülasyonu, kişilerarası ilişkiler gibi beceri eğitimlerinde de farkındalık temelli alıştırımlara yer verilir.

Farkındalık-Kabullenme temelli terapiler sadece ruhsal bozuklukların tedavisi için yararlı değildir. Farkındalık-Kabullenme, insan yaşamını zenginleştirme ve eylemin kişinin yaşamına engel olan yıkıcı biçimlerini azaltma ile de ilgilidir. Örneğin danışanın şimdiki zamanın içinde mevcut olmayı öğrenmesinin, anksiyete veya herhangi bir ruhsal bozukluk kendini gösterebilir veya göstermesin, onun yaşam kalitesini yükseltmesi oldukça muhtemeldir.

Değiştirilemeyen şeyleri kabul etmek ve anlam ve amaç ile değerlendirilmiş bir hayat yaşamayı seçmek de, aynı şekilde, ruhsal sorunlara spesifik olmayan davranış repertuarını genişletici eylemlerdir.

Farkındalık-Kabullenme müdahale stratejileri nihayetinde tamamıyla işlevsel olan insanın gelişimini desteklemek içindir. Farkındalık-Kabullenme temelli davranışsal terapiler son derece deneyimsel ve hümanisttir. Bu nedenle danışanlarla çalışırken hedef, büyümeyi ve anlamlı bir yaşamı teşvik etmek olmalıdır.

Yeni dünya düzeninin insana öğrettiği "hep iyi gözükme" kavramı aslında sistemin yürümesi için gerekli. Bireylerde bu sistem içinde var olmak için hep "iyi" olmak zorundadır. Çünkü "iyi" olmayana dev iş merkezlerinde yok. Kimsenin bir başkasının acısını işitmeye

tahammülü yok. Hele işyerlerinin hiç! Kapıda nasıl olsa yüzü gülen bir başka iş başvurusu vardır...

"İyi" hissetmek zorunluluğu aynı zamanda kötü hissetmemek zorunluluğudur. Hiç kimsenin artık "kötü" olmaya ne zamanı ne hakkı vardır. Kötü hissetmemek için seçilecek en kolay ise aslında hissetmemektir. İşte günümüz toplumunun aslında istediği bireyin hissetmemesidir.

Farkındalık-Kabullenme terapilerin esasları da hissetmeye dayanır. Hissetmek yeniden! Ancak hissederken iyilerde var, kötüler de! O nedenle Farkındalık-Kabullenme terapilerinin esasları iyiyi ve kötüyü hissetmeye açık olmalıdır.

Farkındalık Temelli Terapiler

Farkındalık, bugün psikoterapide çok farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Ortak bir tanımın bulunduğunu söylemek güçtür. Bu tanımların bir kısmı aşağıda yer almaktadır:

- Dikkatin istemli bir şekilde ve yargısızca anlık deneyimlerin akışına yöneltilmesi (Kabat-Zinn, 2003)
- Anlık deneyimlerin kabullenmeyle ayrımsanması (Siegel ve ark. 2009)
- Bilincin anlık gerçekliğe yönelmesi (Hahn 1991)
- İçsel ve dışsal uyarıcıların akışının yargısız bir şekilde gözlemlenmesi (Baer, 2003)
- Şimdiki anda gerçekleşen olaylara ve deneyimlere odaklanmış salt alıcı (receptive) dikkat (Brown ve Ryan 2003)
- Dikkatin belli bir şekilde kontrol edilmesi (Teasdale ve ark. 1995).

Şimdiye Odaklanmak

Şimdiye odaklanmak önemli bir Farkındalık - Kabullenme stratejisidir. Bunu anlamak için önce gazetelerde gördüğümüz aşağıdaki öyküye göz atalım:

Soğuk bir Ocak sabahı, bir adam Washington DC'de bir metro istasyonunda, kemanla 45 dakika boyunca altı Bach eseri çalar. Bu süre içinde, çoğu işe yetişme telaşındaki yaklaşık bin kişi kemancının önünden geçip, gider. Kemancı çalmaya başladıktan ancak üç dakika kadar sonra, ilk kez orta yaşlı bir adam kemancıyı fark edip, yavaşlar ve birkaç saniye sonra da gitmek zorunda olduğu yere yetişmek üzere yine hızla yoluna devam eder.

Kemancı ilk bir dolar bahşişini bundan bir dakika kadar sonra alır. Bir kadın yürümesine ara vermeksizin parayı kemancının önüne koyduğu kaba atarak, hızla geçer, gider. Birkaç dakika sonra, bir başka adam duraklayıp, eğilerek dinlemeye başlar ancak saatine göz attığında işe geç kalmamak için acele ettiğini belirten ifadelerle hızla yoluna devam eder.

En fazla dikkatle duran ise üç yaşlarında bir oğlan çocuğu olur. Annesinin çekiştirmelerine rağmen, çocuk önünde durur ve dikkatle kemancıya bakar. En sonunda annesi daha hızlı, çekiştirerek çocuğu yürümeye zorlar. Oğlan arkasına dönüp dönüp kemancıya bakarak, çaresizce annesinin peşinden gider. Buna benzer şekilde birkaç çocuk daha olur ve hepsi de anne, babaları tarafından yürümeye devam için zorlanarak, uzaklaştırılırlar.

Çaldığı 45 dakika boyunca kemancının önünde sadece 6 kişi, çok kısa bir süre durur. 20 kişi duraklamadan, yürümeye devam ederek, para verir. Kemancı çaldığı süre içinde 32 dolar toplar. Çalmayı bitirdiğinde ise sessizlik hakim olur ve kimse onun durduğunu fark etmez, alkışlamaz.

Hiç kimse onun dünyanın en iyi kemancısı Joshua Bell olduğunu ve elindeki 3,5 milyon dolarlık kemanla, yazılmış en karmaşık eserleri çaldığını anlamaz Oysa Joshua Bell'in metrodaki bu mini konserinden iki gün önce Boston'da verdiği konser biletleri ortalama 100 dolara satılmıştı... Bu gerçek bir hikayedir ve Joshua Bell'in öylesine bir kılıkla metroda keman çalması, Washington Post gazetesi tarafından algılama, keyif alma ve öncelikler üzerine yapılan bir sosyal deney gereği kurgulanmıştır.

Bu gerçek öyküde gördüğümüz şey aslında tam bir "şimdiye odaklanamama" sorunudur. İnsanlar hep az sonrayı veya geçmişi düşünerek yaşamaktadır. Metrodan indiğinde saatlerine bakarak bir yere koşturmaktadırlar. Bir kısmı az sonra olacakları düşünmektedir. "Acaba geç kalır mıyım?", "patron bana ne söyleyecek?", "acaba burada nefes alamayabilir miyim?" vb gibi binlerce düşünce!

Bir kısmı ise az önce olanları düşünerek yürümeye devam etmektedir. "Neden öyle söyledim ki!", "keşke anneme öyle davranmasaydım!" gibi birçok düşünce. Ancak o sırada ve o anda ne oluyor? Birçok insan gibi metrodaki insanlarda aslında otomatik pilotta yaşamaktadır.

Metroda nasıl sesler var? Kimler ne yapıyor? Bunu gözlemek deneyimlemek yerine, aslında yanıtları olmayan sorulara yanıt yetiştirmekle uğraşıyorlar. "Patron acaba bana ne diyecek?" sorusunun yanıtı var mıdır? Ancak kişi otomatik pilotta bunu düşünmeye devam etmekte ve aslında kaygıları giderek artmaktadır.

Sadece çocuklar kemancının farkına varıyor! Peki neden sadece onlar? Çünkü çocuklar geçmiş ve geleceği düşünmeye mecbur hissetme öğretisini henüz kazanamamışlardır (!). Bilişsel Şemaları henüz gelişmemiştir. Doğrudan "o an" olanlar çocuklar için önemlidir. Yani şimdiye odaklanma becerileri henüz körelmemiştir.

Şimdiye odaklanmanın kişiyi mutlu kıldığı açıktır. Geçmiş ve gelecek düşünceleri içinde boğulmak yerine şimdiye odaklanmak kaygıyı azaltmakta, bilişsel yanlış yapılanmalardan kişiyi korumaktadır.

Farkındalık pratiği, dikkatin belli düşünce, nefes, ya da bedensel duyum gibi belli odaklar üzerine yönltilmesini ve bu odaklar arasında yer değiştirmesini içermektedir. Bu nedenle, dikkatin, farkındalığın yapı bileşenlerinden biri olduğu düşünülmektedir.

Dikkatin denetlenmesi kavramı üç alt işlevi içerir:

1. Dikkati bir içerikten diğerine yönlendirebilmek
2. Tek bir nesneye odaklanmış bir halde kalabilmek

Dikkat regülasyonun sağlanması için yapılması gerekenler ise şunlardır:

1. Dikkati belli bir biçimde vermek
2. Dikkati amaçlı bir şekilde şimdiye odaklamak

Dikkati amaçlı bir şekilde şimdiye odaklamak, şimdiki deneyime odaklanmak anlamına gelir. Şimdiye dikkatini verme alıştırmaları, kişinin şu anla ilgili farkındalığının artmasını sağlayabilir. Geçmiş ya da gelecekle ilgili ruminasyon ve hayaller daha çabuk saptanabilir. Böylece kişinin dikkat süreçlerini kontrolde kendini geliştirmesi söz konusu olabilir. Farkındalık kişinin dikkatini geçmişten şimdiye çekmenin yanı sıra, dikkatin şimdiden sapmasını da önlemektedir.

Dikkati şimdiye vermek, kişinin odağını o anda zihnine ne gelirse o noktada toplamasını sağlamaktadır. Bu, olumsuz duygu, fiziksel duyumlar ya da rahatsız edici düşünceler ya da görüntüleri de kapsar. Farkındalık, deneyimsel kaçınmanın ve dikkati dağıtmanın tersine rahatsız edici deneyime odaklanmaktır.

Dikkatin regülasyonu dikkati dağıtmak değildir. Dikkati bir başka yöne çevirmek yerine "oan"da olana odaklanmaktır. Yani yaşamın bir devamıdır. Yaşamın dışında, zorlamalar yapmak düşüncenin ve ruminasyonun devamını sağlar.

Farkında Nefes Alma

Farkında Nefes Alma şimdiye odaklanma ve farkındalığı artırma yöntemlerinden birisidir. Farkında Nefes Alma çalışması Farkındalık terapisi içinde önemli bir yer tutar.

Farkında Nefes Alma gibi Farkındalık uygulamalarının sıklıkla gevşemeye yol açtığı, bunun da bu bozukluklarla baş etmeye katkıda bulunacağını iddia edilmektedir. Farkındalık uygulamalarının temel amacı gevşeme sağlamak değildir, onun yerine otonom uyarılma, yarışan düşünceler, kas gerginliği ve gevşeme ile uyumsuz olan koşulların yargılamadan gözlenmesidir. Farkındalık çalışmaları gevşemeye neden olabilir, ancak bu, Farkındalık becerilerini gerçekleştirmek için temel amaç değildir (Baer, 2003).

Şimdiye Odaklanma Alıştırmaları

Farkında nefes alma çalışması yanında başka şimdiye odaklanma çalışmaları da kullanılabilir. Bunların hedefi kişiye şimdiye odaklanma becerisi kazandırmaktır. Böylece kişinin otomatik pilotta yaşaması önlenmeye çalışılmaktadır.

Farkındalığın artırılması çalışmaları aynı zamanda birer şimdiye odaklanma çalışmasıdır. Ancak burada dikkat regülasyonu yanında yargısız deneyimlemek de ön plandadır. Deneyimin sorgulanmadan yaşanması ve gözlenmesi becerisini de kazanır kişi.

‘Farkında’ bir zihin durumundaki en önemli süreçlerden biri yargısızlıktır. Yargısızlık aşağıdakilerle gerçekleşebilir:

- *Farkındalık* : Düşüncelerin nesnel farkındalığının bir biçimini edinmek
- *Bilişsel mesafe kazanma*: Düşüncelerin gerçekler değil sadece düşünceler olduğuna dair farkındalık
- *Dikkate ilişkin esneklik*: Hem süregelen dikkatin hem de dikkatin yönlendirilmesi ve üst-dikkat ile ilgili becerilerin öz-düzenlenmesi)
- *Kavramsal işleme seviyesinin düşürülmesi*: Düşük içsel diyalog seviyesi yani sorgulamama)

Yorumlamak, analiz etmek, sorgulamak duygu ve düşünceleri kirletir. Onun yerine gözlemek yararlıdır. Gözlemek duyumlarla bakmaktır. Yargı veya değerlendirme içermez. Bir sonuç

peşinde koşulmaz. Hedef gözlemektir, onun hakkında düşünmemektir. Yaşantı deneyimlenir, onun hakkında düşünülmez. Değerlendirmek, yerine bakılır. Deneyimini olabildiğince uzun sürdürebilmek için dikkat sürdürülmeye çalışılır.

Bağımlılık ve Farkındalık

Nörobiyolojik araştırmalar farkındalık terapisinin, farkında olmadan yapılan kompulsif davranışlara alternatifler geliştirdiğini göstermektedir. Bağımlılık bağlamında, farkındalık madde için duyulan şiddetli arzunun tetikleyicilerini fark etmeyi sağlamakta ve böylece alışılmış tepki yerine arzuyu durdurmak için başka bir şeyin seçilmesine yardımcı olabilmektedir.

Farkındalık terapisi, yargılamadan, analiz etmeden ve tepki vermeden madde için duyulan şiddetli arzunun farkında olma ve arzuyu kabul etme ile relapsa yol açan düşünce sistemini bozabilir. Farkındalık terapisi; daha önce olumlu ve olumsuz pekiştiricilerle eşlenmiş olan bağımlı davranışı, üstbilişsel (metakognitif) farkındalık ve gevşeme ile eşleyerek karşı şartlandırma görevi görmektedir.

Bu bağlamda farkındalık, dürtülerle bir baş etme stratejisi olmanın yanı sıra kişiyi tatmin eden davranışın yerine alternatif bir bağımlılık fonksiyonu da görebilir. Farkındalığın artması aynı zamanda kişinin maddeyle ilgili uyaranlar karşısında harekete geçme olasılığını da düşürebilir ve kişinin dürtüsel davranmasını engelleyebilir.

Madde kullanma isteği ve bu istek sırasında uygulanabilecek farkındalık tekniklerinin kişiye öğretilmesi, maddeyi bırakmanın getirdiği psikolojik ve fizyolojik tepkilere farkındalığın ve kabulünün geliştirilmesinde de önemli bir araçtır. Etkin baş etme mekanizmalarının öğretilmesi, öz-yeterliğin geliştirilmesi, olumlu sonuç beklentilerinin sorgulanması gibi belli bazı relaps önleme stratejilerinin yanında hastanın düzenli olarak farkındalık çalışmaları yapması, hastanın farkında olma ile relaps önleme becerileri arasında bağlantı kurmasına yardımcı olmaktadır.

Farkındalık bağlamında, danışanların şimdiye odaklanmaları, böylece geçmiş olaylara takılmamaları ve gelecekle ilgili olumsuz planlar yapmamaları sağlanmaktadır. Buna örnek olarak "madde kullanımı sonrası beklenen öfori" verilebilir.

Buna ek olarak, danışanları çabaları için takdir etmek, farkındalık alıştırmalarının zorluğu konusunda onlara hak vermek ve onları desteklemek ve küçük adımları olumlu bir değişime doğru ilk adımlar olarak görmek danışanların öz-yeterliklerini oluşturmalarını yardımcı olacaktır (Witkiewitz ve Marlatt, 2005).

UZMANLAR VE BAĞIMLILAR İÇİN YARARLI WEB SİTELERİ

www.uyusturucu.info.tr

Uyuşturucu maddeler hakkında kullanıcılar ve ailelerine yönelik bilgiler içermektedir.

www.alkol.info.tr

Alkol ve bağımlılığı hakkında kullanıcılar ve ailelerine yönelik bilgiler yer almaktadır. Bu sitede ayrıca kişinin alkol bağımlısı olup olmadığını kendi kendine test edeceği yetişkin ve gençler için ayrı linkler yer almaktadır.

www.hayattakal.org

Madde kullanıcıları için sağlıklı kalmanın yollarının anlatıldığı bir site. Kullanıcılar için ayrı, uzmanlar için ayrı bölümleri var.

www.yokyav.org

Önleme amaçlı bir sitedir. 0-21 yaş arası için, her yaş grubuna uygun önleyici bilgiler içermektedir.

www.bapi.info.tr

Bağımlılık şiddeti ve bağımlılığı sürdüren faktörleri değerlendiren bir ölçek olan Bağımlılık Profil İndeksi bu siteden indirilebilir. Uygulama ve psikometrik bilgiler sitede yer almaktadır. Ayrıca sitede BAPİ'nin internet formu da bulunmaktadır.

www.yeniden.org.tr/yokyav

Okullarda ve diğer toplumsal alanlarda uygulanabilecek çeşitli önleme programları ve bu programlarda kullanılan materyallerin ücretsiz indirilebileceği bir sitedir.

www.samba.info.tr

SAMBA'nın sitesi...

www.yeniden.org.tr

Bağımlılıkla ilgili araştırmalar, raporlar, önleme programları siteden indirilebilir.

www.ogelk.net

Kültegin Ögel'in web sitesi. Çeşitli bilimsel makalelere ve yazılara ulaşılabilir.

www.farkindalik.info

Farkındalık Terapisi ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir web sitesi