

Bölüm III

PSİKOSOSYAL TEDAVİLER

1. Kısa Girişimler
2. Kısa Süreli Terapiler
3. Madde Danışmanlığı
4. Motivasyonel Görüşme
5. Kontrollü İçme Yöntemi
6. Bilişsel Davranışçı Terapi
7. Relaps Önleme
8. Nikotin Bağımlılığının Tedavisi
9. Grup Psikoterapisi
10. Aile Terapisi
11. Kendine Yardım Grupları
12. Terapötik topluluklar ve yatılı bağımlılık terapi programları
13. Diğer Terapi Yöntemleri
14. Zarar Azaltma Yöntemleri



1. KISA GİRİŞİMLER

A. KISA GİRİŞİMLERE GENEL BİR BAKIŞ

Kısa girişimler, “basit tavsiye”, “minimal girişim”, “kısa danışmanlık” ve kısa dönemli danışmanlık” gibi birçok farklı isimle anılmaktadır. Geleneksel tedavilerin altında yatan temel ilkelere farklı, ancak karşı olmayan, bir seri ilkeden oluşmuştur.

Kısa süreli yapılandırılmış danışan odaklı yaklaşımlardır. Yapısı ve kısıllığı açısından bu girişimler, bilişsel davranışçı terapinin karakteristiğinin çok azını bünyesinde barındırmaktadır. Genel özelliği farkındalığın yükseltilmesi ve değişim adına tavsiyelere odaklanmasıdır. Yapılan araştırmalarda, risk altındaki kişiler ve madde kötüye kullanım davranışı içinde olan kişilerde kısa girişimden elde edilen başarı oldukça yüksektir (Barry, 1993).

Kısa girişimler kısadır, maliyeti düşüktür, uzun süreli tedaviler için bekleme süresini kısaltır, eğitimi kolaydır, genel sağlık hizmetlerinde ve rutin uygulamada kullanılabilir, özelleşmiş tedavi kurumları ile karşılaşmayanlara ulaşmakta kolaylık sağlar ve tedavi arayışını hızlandırır. Kısa girişim, öncelikle sorunu inceleyen, daha sonra madde sorunu olan kişiyi bu konuda bir şeyler yapması için motive eden bir yöntemdir. Kısa girişimin bazı temel özellikleri şunlardır:

- Kısa girişimler diğer tedavilerden farklı olarak seansın 5 dakikadan 1 saate kadar değişebilen sürelerde genellikle 1 ile 5 seans arasında yapılan müdahalelerdir.
- Genişletilmiş ön değerlendirme sürecine sahiptirler.
- Geleneksel olmayan tedavi ortamlarında uygulanır. Uygulayıcılar farklı disiplinlerden olabilir.
- Tedavi, kişisel olarak yapılandırılır ve uygulanır.
- Terapilerden farklı olarak yazılı materyaller veya bilgisayar kullanılır (kitap, broşür vb).

Temelde değişim için kişiye motivasyon kazandırmak amaçlanır. Bilişsel davranışçı tekniklerin öğretilmesini içermez. Kişinin sosyal çevresini değiştirmek gibi bir amacı da yoktur. Bireylerin kendilerini denetlemelerini ve düzenlemelerini yönlendiren girişimlerdir.

Kısa girişimler, öncelikli olarak madde kullanımının getireceği riskleri azaltmayı amaçlamaktadır. Kısa girişimlerin içeriği, her bireyin madde tüketim oranına, kullanmanın yarattığı sonuçlarına ve kısa girişimin yapıldığı yere özel olarak yapılandırılır. Kısa girişimin hedefleri sırasıyla şunlardır:

1. Bireyin madde kullanımının sonuçları konusunda farkındalığını artırmak
2. Değişime olan inancını artırmak
3. Değişimi sağlamak için bireyin doğal kendine yardım sistemlerinden yararlanmak
4. Bireyi, değişim için kendi sorumluluğunu alması için yüreklendirmek

Sağlık hizmetlerinde kullanımı, özel tedavilere yönlendirmeyi kolaylaştırmak amacıyla. Örneğin, hemşireler madde kötüye kullanan kişileri tarama yoluyla tespit edip, değerlendirme veya tedaviye katılmalarını önermektedir. Ağır içici veya risk altındaki tüketicilerde madde kötüye kullanımını doğrudan etkilemek bir başka amaçtır.

Madde kullanım şiddeti arttıkça özel tedavilere gereksinim de artmaktadır. Ancak daha önceki dönemlerde önleme yöntemleri ve kısa girişimlerin önemi daha büyüktür.

Madde kötüye kullanım tedavi programında daha kapsamlı tedavi için sırada bekleyen kişilerde geçici olarak kullanılmaktadır. Örneğin, yatılı olmayan hastalara bekleme listesinde iken değerlendirme ve geri bildirim vermektedir. Daha kapsamlı tedavilere katılım ve bağlanmada giriş bölümünde motivasyon aracı olarak da kullanılmaktadır. Madde kötüye kullanım veya bağlantılı sorunlar ile ilişkili davranış değişimini kolaylaştırmaktadır.

Kimler uygulayabilir?

Kısa girişimi uygulayanların, empatik ve sıcak davranmaları, yüzleştirici olmaksızın cesaretlendirici olmaları önerilmektedir. Bu girişimler yüz yüze görüşmeler ile yürütülür. Kısa girişimlerde kendi kendine yardım kılavuzları, çalışma kitapları veya günlük gibi yazılı materyaller yardımcı olarak kullanılabilir.

Kısa girişim, geleneksel olmayan birçok yerde, farklı alanlarda çalışan kişiler tarafından uygulanabilir ve bu yolla daha geniş kitlelere kolaylıkla ulaşılabilir. Bunlara örnek olarak aşağıdakiler verilebilir:

- Sağlık hizmeti çalışanları
- Madde kötüye kullanım önleyicileri
- Acil servisteki personel
- Hemşireler
- Sosyal çalışanlar
- Sağlık eğitmenleri
- Avukatlar
- Zihinsel sağlık çalışanları
- Öğretmenler
- Kriz telefon hatları çalışanları ve öğrenci danışmanları
- Din adamları.

Kısa girişimler, madde kötüye kullanımı için yıllardır, alkol ve madde uzmanları, hekimler, hemşireler, sosyal servis hizmetleri, acil servis çalışanları, eğitim grupları, rehabilitasyon programları tarafından kullanılmaktadır. Temel sağlık hizmetlerini, özel bakıma girmek istemeyen veya uygun olmayan kişileri hedef alan kısa girişim teknikleri de geliştirilmiştir. Kısa girişim uygulanması için gerekli olan bilgi ve tutumlar şunlardır:

- Anlama ve kabul etme için açık bir tutumun uygulanması
- Aktif dinleme, ambivalansı ifade etme ve çözmek için yardım etme gibi danışmanlık yöntemlerinin uygulanması
- Orta derecede hedeflere odaklanması
- Değişimin basamakları modelinin (stages of change) sağladığı bilgi ile çalışılması

İçerik

Danışan, kendini en rahat hissedebileceği yöntemle davranışını değiştirmesi ve bu değişim üstünde çalışma sorumluluğunu alması adına cesaretlendirilir. Kişinin değişmeye olan niyetini cesaretlendirme, girişimin önemli bir aşamasıdır. Devam eden her görüşme, danışanın olumlu yönde değişimini ve motivasyonunu arttırmak için terapistte gerekli zamanı sağlar.

Etkili kısa girişimin temellerinden birisini FRAMES (Feedback-Responsibility-Advice-Menu-Empathy-Self-efficacy- geribildirim, sorumluluk, tavsiye, seçenek sunma, empati, kendine yeterlilik) modeli oluşturmaktadır. Bu modelde danışana özel ön değerlendirmenin sonuçlarına dayalı geribildirim verilmektedir. Hedeflenen davranışın ayrıntıları açıklanmakta, bu davranışla ilişkili etki ve sonuçlar kişiye anlatılmaktadır. Kişinin değişim için kendi sorumluluğunu almasına odaklanılmakta, nasıl değişebileceğine dair tavsiyeler verilmekte ve değişim için bir seçenek “menü”sü sunulmaktadır. Bu yaklaşımda danışman, empatik davranışlı, anlayışlı ve sıcak olmalıdır (Tevyaw, T & Monti P, 2004).

Özellikle alkol kullanımına yönelik birçok kısa girişim çalışması yapılmıştır. Bunlarda kullanılan yöntemler farklılıklar göstermekle birlikte temelde benzerdir. Alkol kullanan kişiye kısa danışmanlık yapmak ya da bilgilendirmek, alkol kullanım derecesini saptamak için bir test yapmak ve bilgilendirici bir broşür ya da kitapçık vermek bunlar arasında sayılabilir. Bu tür kısa girişimlerin özellikle alkol kullanımında etkin olduğu ve kullanılan alkol miktarında %40 oranında düşüşe neden olduğu kaydedilmiştir.

Kısa girişimler, bu altı yöntemi de (FRAMES) içeren 5 temel basamaktan oluşmaktadır. Bu basamaklandırma, klinisyenin ve danışanın, hedefleri belirlemelerini ve gerektiğinde uzun dönemli hedeflerin yönünü değiştirmelerini sağlamaya yaramaktadır. Basamaklar şu şekildedir:

- 1-Konu ile tanışma
- 2-Araştırma, değerlendirme, izleme
- 3-Geribildirim verme
- 4-Değişim üzerine konuşmak ve hedefleri belirlemek
- 5-Özetleme ve kapanış

1. Konu ile tanışma

Öncelikle, terapist ile danışan arasında dostça bir ilişki kurulmaya çalışılır. Seansların amacı açıklanarak danışandan devam etmek için izin istenir. Ayrıca danışana, girişimin nedenini anlamasında yardımcı olunur.

Örneğin;

“Merhaba, ben bağımlılık biriminde çalışıyorum. Doktorunuz benden size uğrayıp birimizde neler yaptığımızdan bahsetmemi istedi. Benimle kısaca bu konudan bahsetmek ister misiniz? Konuştuğumuz her şey gizli kalacaktır”

Veya “*Bu yaşadıklarınız, sizin için zor olmalı, sizinle birkaç dakika içmeniz hakkında konuşmamızı kabul eder misiniz?*”

2. Tarama-değerlendirme

Bu basamağa “tarama aşaması” da denebilir. Bu basamakta terapist tarafından, hedef sorun hakkında bilgi alınır ve alınan bilgiler ışığında hedeflenen konunun değişimi üzerine, tek bir sorudan, birkaç saatlik değerlendirmelere kadar birçok yöntem uygulanır. Bu yöntemler arasında şunları sayabiliriz:

- Zaman, yer ve kaynakların değerlendirilmesi için tasarlanmış sorular veya materyaller
- Yapılandırılmış veya yapılandırılmamış ya da ikisinin kombinasyonu olan görüşme teknikleri
- Alkolü sağlıksız kullanan kişileri teşhis etmekte kullanılan tarama testleri

Kısa girişimde bu yöntemlerle yapılan değerlendirme aşamasında, madde kullanımının sıklığı, miktarı, sonuçları, madde kullanımı ile ilişkili sağlık durumu ve davranışları hakkında bilgi edinilir. Aynı zamanda kişinin tutum ve davranışları araştırılarak, değişime dirençli veya hazır olup olmadığı saptanır.

Elde edilen bilgiler, tedavi süresince belirlenen davranışın değişimi için yararlı olmaktadır. Bu aşamada kullanılan kısa girişim, bağımlılığı olmayan, alkolü sağlıksız içen kişilerde alkol tüketimini ve ilişkili sorunları azaltabilir. Değişime hazır olamayan kişilerde motivasyon yükseltilmeye çalışılır.

3. Geribildirim

Tarama aşamasında danışan hakkında edinilen bilgiler bir araya getirilir ve bir değerlendirme yapılır. Yapılan değerlendirme sonuçları, görüşmenin hakimiyetinin tümüyle terapistte olmadığı, interaktif bir diyalog ile tartışılır. Bu diyalogda az miktarda geribildirim de verilir.

Terapist, kısa bir geribildirim verir ve danışanın tepkisini sorar. Bazen bütün geribildirim tek bir kelime olabileceği gibi, gerektiğinde geri bildirim bir saat ya da daha fazla da sürebilir.

Kişi ile yapılan değerlendirme ve geri bildirim sürecinde elde edilen; kişinin kullandığı madde ve alkol alımının sıklığı, miktarı, ilişkili sorunlar gibi bilgilerin, kısa girişim teknikleri ile konuşulması, kişinin farkındalığını yükseltmek için iyi bir yoldur. Farkındalığın yüksek olması, değişim sürecinde çok önemli rol oynamaktadır.

Örneğin;

“Yaşadığınız kaza ve eşinizle yaşadığınız sorunlarınızı düşündüğümüzde, alkol içmenizin bunlara yol açan etkenlerden birisi olduğunu söyleyebiliriz”

“Bence sorunların daha da kötüleşmemesi için bağımlılık biriminden birileri ile görüşmeniz sizin için yararlı olabilir”

“Alkolü bırakmak için kendinizin “hazır değilim”, “emin değilim”, “hazırım” süreçlerinin hangisinde olduğunu söyleyebilirsiniz?”

4. Değişim üzerine konuşmak ve hedefleri belirlemek

Değişim hakkında konuşmak, aynı zamanda değişecek davranış hakkında konuşmayı da içerir. Bu yöntem değişimin her aşamasında kullanılabilir. Fakat değişim üzerine konuşmanın yöntemi, danışanın ulaştığı değişim seviyesine göre temel değişiklikler gösterir.

Örneğin farkındalık öncesi aşamasındaki danışana, alkol ve madde kullanımının sonuçlarını fark etmesi ve değiştirebilmesi için yardım edilir. Farkındalık aşamasındaki danışana ise değişimde yaşanan ambivalansı çözmesi için yardım edilir. Eylem aşamasındaki danışanda ise planlama, bariyerleri kaldırma, riskli durumlardan kaçınma gibi konulara odaklanılır.

Değişim hakkında konuşmada, terapist genellikle bir eylem planı önerir ve sonrasında danışan ile tam olarak ne yapmak istediği hakkında anlaşmaya varılır. Bazen değişim hakkında konuşma, değerlendirme veya geribildirim aşamasından önce de gerçekleştirilebilir.

Örneğin;

“Alkolü bırakmak için kendinizin “hazır değilim”, “emin değilim”, “hazırım” süreçlerinin hangisinde olduğunu söyleyebilirsiniz?”

5. Özetleme ve kapanış

Bu basamak, üzerinde anlaşmaya varılan değişimin özetini içermektedir. Eğer hiçbir anlaşmaya varılmamışsa, danışanın görüşme sırasındaki pozitif hareketleri özetlenir. Bu noktada danışanın süreci nasıl yaşadığı hakkında konuşmak için, izleme programı hazırlanması önemlidir. Bu izleme, bir başka yüz yüze görüşme veya telefon görüşmesi ya da e-posta yoluyla olabilir. Kapanıştaki amaç, bir sonraki görüşmeyi ayarlamak, danışanı başarılı ve anlaşmaya varılmış hususlarda kendisini güvende hissettirerek bırakmaktır.

B. KISA GİRİŞİM YÖNTEMLERİNE ÖRNEKLER

1. Kısa Danışmanlık

Kısa danışmanlığın (brief counselling) en önemli parçası tavsiyelerde bulunmaktır. Görüşmecinin kişinin madde kullanımı hakkında verdiği basit ve açık mesajların kullanılan madde miktarını azaltmada çok etkili olduğu gözlenmiştir. Görüşmeci, kişinin madde kullanımı hakkında endişelerini dile getirmekte, alkol ya da madde kullanımının sağlık üstüne etkileri hakkında geri bildirimde bulunmakta ve kişiye değişimin gerekliliği konusunda öneride bulunmaktadır.

Kısa danışmanlık hastanın şimdiki durumunun gerçekleri ile uğraşır. Danışman profesyonel bir şekilde tavsiyelerde bulunur. Kişiye sorunlarını anlatması için fırsat verilmesi çok basitte olsa güçlü bir tekniktir. İlk adım kişinin görüşmeye katılması ve devamıdır. Rogerian danışmanlık oldukça etkindir. Burada temel teknik, bireyin yargısız dinlenmesi, koşulsuz kabullenilmesidir. Aktif ve yansıtıcı dinleme yöntemleri kullanılır. Birey danışmana güvindikten ve inandıktan sonra, danışman bireye gerçekçi hedefler koymasına yardımcı olur. Hedefler sadece madde kullanımını bırakmak yönünde değil, aynı zamanda okul ve iş açısından olabilir. Seçenekler bireye sunulur ve onun bunlardan birisini seçmesi sağlanır.

Madde kullanıcısı kişinin kendisini “şoför koltuğunda” hissetmesi sağlanmalıdır. Yani, kişi iyileşmelerin veya tekrar başlamanın sorumluluğunu üstlenmelidir. Danışmanın sadece yardımcı olduğunun farkına varmalıdır. Seçilecek tedavi yöntemleri, diğer madde kullanıcıları ile olan ilişkileri konusunda birlikte tartışılır ve danışman tavsiyelerde bulunur. Buna ek olarak madde kullanıcılarının zamanlarını kullanabilmek için yeni yollar bulmasına ve alternatif hayat tarzları geliştirmesine yardımcı olmayı hedefleyen pratik çözümlerde sunulabilir.

Sağlık çalışanının/görüşmecinin/terapistin en önemli görevi danışanın bilgilendirmek ve sorularına yanıt vermektir. Hastanın görevi de ona bilgi vermektir. Ancak bu alışveriş uygun bir şekilde yapılmazsa hiçbir sonuç alınmadığı gösterilmiştir. Hastanın pasif alıcı konumuna gelmesi yapılan danışmanlığın etkinliğini azaltmaktadır.

Bilgi verilirken yapılmaması gerekenlerden birisi “sen” kelimesinin kullanılmasıdır. Doğrudan mesajlardan da etkili değildir. Örneğin “sigara içmenin akciğerlerin için ne kadar zararlı olduğunu biliyorsun değil mi?” gibi. Ya da “eğer sigara içmeye devam edersen durumun çok daha kötü olacak. O yüzden en kısa zamanda bırakmalısın”.

Bu tarzda iletişimin en zararlı yanı dirence yol açmasıdır. Hasta kenara itildiğini hisseder, hiçbir şey yapamaz ancak direnç göstermeye başlar. Hasta bilgi istiyor mu? Ne hakkında ve ne kadar bilgi istiyor? Hastaya bilgi vermenin ya da danışmanlık yapmanın en iyi zamanı, hastanın bu konu hakkında bilgilenmek istediği zamandır.

Gerçek bilgiyle kişisel yorum birbirinden ayırt edilmelidir. Siz bilgi verin, danışan yorumlasın. Bilgi aktarırken doğal bir ses tonunu kullanılması ve “sen” sözcüğünün kullanılmasından kaçınılmalıdır. Kısa danışmanlıkta şu sıra izlenmelidir.

İlgi ve isteği ortaya çıkarmak:

Hastaya konu hakkında bilgi isteyip istemediği sorulmalıdır. (“...hakkında daha fazla bilgi edinmek ister miydiniz? Nasıl olduğunu bilmek ister miydiniz?”) hastanın ne istediği iyice anlamaya çalışılmalıdır. Eğer hastanın herhangi bir bilgi istemediğini anlaşılırsa, geri çekilmelidir. Bilgi vermeye çok istekli gözükmemelidir.

Doğal biçimde geri bildirimde bulunmak:

Doğrudan onunla ilgili konuşulmamalıdır. Üçüncü bir şahıstan söz eder gibi konuşmak en doğrusu ve en kolaydır. Bu dinleyen için inandırıcı ve daha az tehdit edici olacaktır. Konu, danışanın anlayacağı biçimde aktarmaya özen gösterilmeli ve yorum katılmamalıdır. Önce sorunun genel bir resmi çizilmeli, ardından ayrıntılara girilmelidir. Onu şaşkına çevirecek kadar bilgi aktarılmamalıdır.

Danışanın yorumunu ortaya çıkarmak:

Görüşmeci işte bu aşamada “sen” sözcüğü kullanabilir. Verilen bilginin danışan için ne anlam ifade ettiği tartışılabilir. (“ne düşünüyorsunuz?”).

Bu basamakları yaptıktan sonra danışanın düşünmesi sağlanmalıdır. Bilgi aktarmaya ve dağıtmaya devam edilmemelidir. Onlar kendileri için uygun olan bilgiyi yerleştireceklerdir.

Tavsiye vermek bazen çok etkili, bazense dience yol açan bir girişimdir. Bu nedenle tavsiyenin dikkatle yapılması gerekir. Tavsiyenin yapılmasına ilişkin ayrıntılı bilgi DESTEK uygulamasının anlatıldığı bölümde ayrıntılı olarak verilmiştir.

2. D.E.S.T.E.K. Modeli

- Danışmanlık / Geri bildirim
- Empati kurmak
- Sorumluluğu vermek
- Tavsiye vermek
- Seçenek sunmak
- Kendine yeterliliği desteklemek

Danışmanlık / Geri bildirim

Şu anda nerede olduğunuzu bilmezseniz, bundan sonra da nereye gideceğinizi bilemezsiniz. Bazen kişiler şu anda buldukları yer konusunda yetersiz geri bildirim aldıkları için değişim konusunda başarısız olurlar. Şimdiki durumun açık bir şekilde bilinmesi motivasyonda çok önemli bir etkidir. Örneğin bir alkoliğe check-up yapılması alkolün ona ne kadar zarar verdiğini görmesi bakımından önem kazanmaktadır.

Empati kurmak

Burada sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım kastedilmektedir. Amaç, terapistin kişinin yaşantılarıyla özdeşim yapabilme eğilimi değildir. Başkasının anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Bu öğrenilebilecek bir yetenektir. Kişinin inanç ve duygularını anlayabilmeli ve saygı göstermelidir. Terapist kendi yargılarının ön plana geçmesine ve eyleme dönüşmesine izin vermemelidir. Böyle bir durumda, kabullenilmediğini düşünen hasta direnç geliştirebilir ve tedaviyi terk edebilir.

Sorumluluğu ona vermek

Kısa girişim uygulamasında, çoğunlukla danışana içme davranışının onların sorumluluğu ve seçimleri olduğu vurgulanır. Örtük veya açık her iki anlamda da “kimse seni değiştiremez veya senin yerine karar veremez. İçmen konusunda ne yapacağım tamamıyla sana bağlıdır” mesajı verilir. Algılanan kişisel kontrol, bir motivasyon unsuru olmakta ve davranışı değiştirme veya değişimi sürdürmede yararlı olmaktadır.

Tavsiye vermek

Değişimi başlatan ve uyaran etkenlerden birisi açık tavsiyelerdir. Yalnızca tavsiyede bulunma birçok kişiye yeterli değildir. Fakat net bir tavsiyenin de önemi hafife alınmamalıdır. Örneğin acil servise alkolle ilişkili bir hastalık veya yaralanma ile başvurmuş bir kişiye yapılacak açık tavsiyelerin hastaların alkol tedavisine başvurma oranlarını artırdığı bilinmektedir. Etkin olarak tavsiyede bulunmanın yöntemi şunlardır:

1. Problem veya risk alanının net bir şekilde tanımlanması.
2. Değişimin niye önemli olduğunun anlatılması.
3. Spesifik olarak değişimin savunulması.

Tavsiyede bulunmadan önce kişinin durumunun araştırılması gerekir. Örneğin, “Eğer varsa, sigarayla sağlığınız arasında nasıl bir ilişki var”. Yanıt alınmadıysa rahatlıkla bilgi verilebilir “konuyla ilgili daha fazla bilgi öğrenmek ister misiniz?”. Ardından bilgi verilebilir “Bazı insanlarda...” gibi. Direnci azaltmak için “Sigara sizde... yapar” benzeri cümlelerden kaçınılmalıdır. Hastanın yorumu beklenmeli ve devam edilmelidir. “Bu durum size uyuyor mu?”. Eğer direnç gösterirse (örneğin “Bu testler yanlış!”), o zaman “Bu sonucu duymak galiba sizi şaşırttı” denebilir.

Tavsiyede bulunmak için,

- Hastayla ilişki kurmak,
- Değişim önerisinde bulunmak,
- Ben dilini kullanmak
- Hastanın otonomisini desteklemek,
- Empati kurmak çok önemlidir.

Örneğin “Doktorunuza göre şeker hastalığınız için sigarayı bırakmanız gerekiyor. Biliyorum sigarayı bırakmak çok zor. Ancak bana göre onu bırakmanız gerekecek. Ama size bırakın demiyorum. Tabii ki bunun kararını siz vereceksiniz” denebilir.

Sağlıkla ilgili bilgiler danışanın almaya, anlamaya ve kabul etmeye yatkın olacağı biçimde paylaşılmalıdır. Bu... net ve anlaşılabilir bir dil kullanmak, danışan merkezli bir yaklaşım ve danışanın endişelerini aydınlatan yansımalar yapmakla sağlanabilir. Motivasyonel görüşmede terapist, danışanlara sağlıklarıyla ilgili geri bildirim verirken Çıkart-Sağla-Çıkart Sürecini kullanır.

- Çıkart: İlk önce, danışanın kendi durumuyla ilgili endişe ve görüşlerini değerlendirin. Terapist, “Sigara içmeniz ve hastalık (hastalık ya da tıbbi durumun adlandırın) arasında nasıl bir bağlantı görüyorsanız nasıl bir bağlantı görüyorsunuz?” diye sorabilir. “Eğer görüyorsanız” ifadesi önemlidir çünkü danışana yargılanma korkusu olmadan endişelerini paylaşma olasılığı tanır. Sonra “Sigara içmek ve rahatsızlığınız arasında bir bağlantı olup olmadığını öğrenmek ister misiniz?” diye sorulmalıdır.
- Sağla: Danışana söz konusu riskli davranışı gösteren kişilere “çoğunlukla” ne olduğuna ilişkin bilgi verilmelidir. (örn. İlaç almamak, sigara içmek) Örneğin, “Sizin sağlık durumunuz bazen sigara ile ilişkili/ondan kaynaklanıyor olabilir. Bazı kişilere olan ise...”. “Bazı kişiler” ifadesi, hastada inkar, direnç ve karışıklık oluşturabilecek “Size olacaklar şunlardır” ifadesinden daha az korkutucudur. Tahlil sonuçları, sağlık kontrolleri, ilaç kullanımı, belirtiler ve hareket kısıtları ile ilgili geri bildirim verilebilir.
- Çıkart: Kişinin bilgiye ilişkin yorumunu değerlendirilmelidir. Sonuç olarak önemli olan bilginin kendisi değil, danışanın onu nasıl yorumladığıdır ki, davranış değişimine yol açacak olan da budur. Örneğin “Bunun size uygun olup olmadığı hakkında biraz konuşursak, bu bilgi sizin için ne anlam ifade ediyor?”. Danışan dirençli ise, onun görüşü dinlenmeli ve direnci kırmak için yansıtma yapılmalıdır. Örneğin danışan “bu tahlil sonucunun doğru olmadığını düşünüyorum” derse, onun görüşünü tartışmanın anlamı yoktur, bunun yerine “Bunu duymak sizin için şaşırtıcı olmuştur” denebilir.

Seçenek sunma

Çok az insan ne yapacağını söylemesinden veya belli bir davranışı yapmaya zorlanmaktan hoşlanır. Kişi, özgürlüğünün kısıtlandığını veya tehdit edildiğini algıladıysa direnç geliştirebilir. Motivasyon, kişinin özgürce bir davranışı seçtiğini hissettiği ve bunun dıştan gelen bir etki veya zorlama ile olmadığını algıladığı zaman artmaktadır. Hastasının değişmek yönündeki motivasyonunu artırmak isteyen bir terapist onun kişisel seçimlerinde özgür hissetmesine ve kesinlikle bunun sorumluluğunu almasına yardım etmelidir.

Örneğin çeşitli tedavi seçenekleri sunulabilir ve bunların arasından kendi seçimini yapması desteklenebilir. Bu yöntem, direnci ve tedaviyi bırakmayı azaltmaktadır. Aynı şekilde bu yöntem tedavi hedeflerinde de uygulanabilir ve kişiye sunulan seçeneklerden kendisine uygun olan birisini seçmesi istenebilir.

Kendine yeterliliği desteklemek

Burada kastedilen “kendine yeterlilik” kişinin belli bir görevi ya da işi götürebilme ve başarabilme yeteneğidir. Kendine yeterlilik değişme için anahtar bir etkidir ve bağımlılığı olan kişilerin tedaviden iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir. Terapist, yukarıda belirtilen dört ilkenin başarılı uygulanması ile kişiyi ciddi bir sorunu olduğuna ikna edebilir. Ama eğer hastanın değişim için hiç bir umudu olmazsa hiç bir çaba da harcamayacaktır, terapistin çabası da boşa gidecektir.

Terapistin hastanın değişimi konusundaki umutları sonucu belirleyen önemli bir etkidir. Burada terapistin düşen görev hastanın engellerle başa çıkma yeteneği ile ilgili algısını olumlu yönde artırmak ve değişimi başarmasını sağlamaktır.

Kendine yeterliliği güçlendirmek için bazı stratejiler kullanılabilir. Örneğin sorumluluğu kişinin kendisine vermek gibi. Yalnızca değişiklik yapabileceği değil, aynı zamanda bunu yapmak zorunda olduğu ve bunu ancak kendisinin yapabileceği, kimsenin onun yerine yapamayacağını vurgulanması da diğer bir yöntemdir. Terapistin hastayı değiştireceği umudu hastaya verilmemelidir. Mesaj daha çok “eğer istersen kendini değiştirebilmen için sana yardım ederim” olmalıdır.

Hasta aynı zamanda diğer hastaların başarılarını göreyerek de cesaret kazanır. Örn bir hastanın değişim yönünde motivasyonu vardı, ancak NA’da 3.5 yıl temiz kalmış bir kişi ile karşılaşana kadar bunu başarabileceğine inanmıyordu. Terapist de değişimi başarabilmiş hastalarından örnekler verebilir. Özetlersek;

- Değişme ihtimalinin olduğuna olan inanç çok önemli bir motivasyon kaynağıdır
- Hasta kişisel değişimi seçmenin ve bunu götürmekten sorumludur
- Alternatif yaklaşımları seçme umudu korunmalıdır

3. 5N

Çok kısa zamanda uygulanabilecek bir yöntemdir. Aslında birçok yöntemin içeriklerini birleştirir. Ancak onlar kadar detaylı olmadığı için uygulama sırasında görüşmecinin dikkatli olması ve genel görüşme kurallarına sıkı sıkıya uyması zorunludur.

Görüşmeci için uygulaması kolaydır. Kalabalık ve sıkışık zamanlarda özel bir konsantrasyon gerektirmeden hemen uygulanabilir. Eroin gibi maddeleri kullananlar için de uygulanabilecek

bir yöntemdir. Özellikle hastanın kafasının karışık olduğu dönemde sorunun netleşmesine yardımcı olacaktır.

Yöntem, 5 sorunun arka arkaya sorulmasını içerir. Bu sorular kişinin sorununu ortaya koyduğu gibi, kendini değerlendirmesini de artıracaktır. Sorular arka arkaya bir motor gibi sorulmamalıdır. Her sorudan sonra kişinin yanıtını rahatlıkla vermesini beklemek gerekir. Görüşmeci iyi bir dinleyici konumundadır. Anlaşılmayan noktalara açıklık getirilmesini isteyebilir. Aynı şekilde eğer görüşmeci bir vurgu yapmak istiyorsa yine açıklık getirilmesi talebinde bulunabilir. Eğer kişi sorunun yanıtını vermek yerine konuyu dağıtıyor, o zaman görüşmeci sorusunu ilk sorduğu biçimde tekrarlamalı ve kişinin konuşmaya odaklanmasını sağlamalıdır. 5N yönteminin içerdiği sorular şunlardır:

Ne?

Kişi ne istiyor? Kullandığı maddeyi bırakmak mı istiyor, yoksa azaltmak mı istiyor? Aynı şekilde kullanmaya devam etmek ancak zararlarını azaltmak mı istiyor? Yoksa başka irileri memnun etmek için mi başvurdu? Sadece bilgi almaya mı geldi? Böylece gündemin oluşması sağlanmakta ve hedefler ortaya konmaktadır.

Neden?

Neden ... istiyor? İsteddiği onun için ne kadar önemli? Burada amaç kişinin kullandığı maddenin etkilerini ve sonuçlarını tartışarak motivasyonunu artırmaktır. Eğer madde kullanmayı bırakmak istemiyor ise, bunun nedenlerini de ortaya koyacaktır. Bunun açıklanması da aynı zamanda neden bırakmak gerektiğini farkında olmadan vurgulamasına yol açabilir.

Ne zaman?

Hemen şimdi mi istiyor? Yoksa biraz daha sonra mı? Bu soru aynı zamanda hazır olmayı sorguluyor. Neden şimdi değil de daha sonra? Beklemesini gerektiren nedenler neler? Bu nedenler gerçekçi? Tüm bunlar bu soru eşliğinde tartışılabilir.

Nasıl?

Nasıl bir yöntem istiyor? Maddeyi bırakmak için uygulamak istediği yöntem nedir? Bu konuda bir planı var mı? Arkadaşlarından ve çevresinden uzak kalmayı planlıyor mu? Eğer ortamını değiştirmek istemiyorsa, nasıl başaracak? Bunu daha önce denemiş mi? Başarılı olamadıysa bunun nedenleri neler? Hangi alanlarda kendini daha güvenli ve yeterli görüyor?

Nerede?

İstedğini nasıl bir ortamda gerçekleştirmek istiyor? Uzaklaşmak istiyor mu? Ya da yatarak mı tedavi görmek istiyor? Bu soru genelde tamamlayıcı bir soru olup, kimi zaman bir görüşme sonunda bu soruya ulaşmak mümkün olmayabilir. Nerede sorusu birçok konu aydınlığa kavuştuktan sonra sorulmalıdır. Erken sorulursa, dirence neden olabilir.

6. Kısa Uzlaşmacı Görüşme

(Brief Negotiating Interview – BNI)

BNI, aslında motivasyonel görüşme tekniğinin bir versiyonudur. Özellikle acil servislerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Amacı, alkol kullanımının olumsuz etkileri nedeniyle sağlık sorunları yaşayanların, alkolü azaltması veya kesmesini, tedaviye başvurmasını sağlamaktır. Temel ilkeleri şunlardır:

- Hastanın ve seçimlerinin otonomisine saygı göstermek
- Değişime hazırlık düzeyi dikkate alınmalıdır
- Ambivalans sıktır
- Hedefler terapist tarafından değil, danışan tarafından belirlenir.
- Terapist bilgiyi sağlayan kişidir
- Danışan karar verir

BNI'nın aşamaları şunlardır:

1. Konuyu gündeme getirmek
2. Geri bildirim vermek
3. Motivasyonu artırmak
4. Uzlaşma ve tavsiyede bulunmak

1- Konuyu gündeme getirmek

İlk olarak şu şekilde bir cümleyle görüşmeye başlanır: "Merhaba, ben ... Bir kaç dakika, alkol kullanımı hakkında konuşmamız mümkün mü?". Daha sonra "Başlamadan önce bana biraz kendinizden ve hedeflerinizden söz eder misiniz? Sizin neler önemlidir hayatta?"

2- Geri bildirim vermek

- Bu aşamada alkol kullanım biçimi gözden geçirilir. Örneğin "anladığıma göre sizin alkol kullanımınız..."
- Bunun ardından acile gelişim ile alkol kullanımı arasında bir bağlantı kurmasına yardımcı olunur. Örneğin "içmenizle acile gelişim arasında nasıl bir bağlantı kuruyorsunuz?"
- Daha sonra genel limitler hakkında bilgi verilir. Örneğin "bunlar sizin yaşınıza ve cinsiyetinize göre düşük riskin üstündeki sınırlarda. Düşük risk ile kast ettiğim, alkol kullanımınızın sağlığınıza zarar verme olasılığının düşük olduğu düzeydir. Bu düzeylerde kaldığınız zaman kaza geçirme veya hastalık riski daha düşüktür".

3-Motivasyonu artırmak

- Öncelikle madde kullanımının avantaj ve dezavantajları gözden geçirilir. Örneğin "neden bu maddeyi kullanıyorsunuz? Hoşlandığınız ve hoşlanmadığınız yönleri neler?"
- Daha sonra değişime hazırlıklılık değerlendirilir. Örneğin "alkol kullanma alışkanlığınızı değiştirmek için kendinizi ne kadar hazır hissediyorsunuz? 0 hiç hazır değil, 10 tamamen hazır dersek, kaç verirsiniz?".
- Pozitifler artırılmasına çalışılır. Örneğin "neden bu sayıyı seçtiniz. Bir veya iki demediniz (değişim için başka nedenler?)"
- Ardından avantajlar ortaya çıkarılmaya çalışılır. Tartışılacak alanlar tanımlanır, hazır olmanın avantaj ve dezavantajları gözden geçirilir, yansıtılmalı dinleme kullanılır. Örneğin "şu anki durumunuz, gelecekte planlarınız içinde nereye oturuyor?".

4-Uzlaşma ve tavsiyede bulunmak

- Yanıtın netleşmesine çalışılır. Örneğin "tüm bunlar için ne düşünüyorsunuz?".
- Hedef üstünde tartışılır. Örneğin "ne yapmak istiyorsunuz?".
- Tavsiye verilir. Örneğin "alkollü araç kullanmak, hiçbir zaman güvenli olmadığı gösterilmiştir..."
- Özetleme yapılır. Örneğin "anladığıma göre, siz...". Bu aşamada tedaviye sevk edilebilir.

7. Öğrenciler İçin Kısa Alkol Tarama ve Girişim Programı (BASICS -Brief Alcohol Screening and Intervention of College Students)

Alkol kötüye kullanımına yönelik ikincil önleme programıdır. Bir zarar azaltma programı olarak da görülmektedir. Program alkol bağımlılığı sorununu çözmeyi hedeflememektedir. Alkol bağımlılığına yardımcı olamaz. Kapsamlı bir değerlendirme, geri bildirim, tavsiye ve tedavi programlarına yönlendirmeyi içerir.

Bu program gençlere alkol hakkında daha iyi kararlar vermesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Müdahale konfrontasyon veya yargılamadan ziyade empati üstüne dayanır.

- Alkol tüketimini ve olumsuz sonuçlarını azaltmak
- Gençler arasında sağlıklı seçeneklerin tanıtımını yapmak
- Risk azaltmak için gerekli önemli bilgi ve başa çıkma becerilerini kazandırmak

Bir zarar azaltma stratejisi olarak ayık kalma veya içme miktarını azaltmakta yerine daha çok riskli davranışların azaltılmasını amaçlar. Tehlikeli alkol kullanımı olan ve alkol kullanımına bağlı bir problem yaşayan veya yaşam riski olan 18-24 yaşındaki üniversite öğrencilerine yöneliktir. Sorunlar arasında akademik başarısızlık, sosyal çatışmalar, kazalar, cinsel taciz veya şiddet hedef grupları sayılabilir.

Yapılandırılmış iki görüşmeden oluşmaktadır. Bu görüşmeler motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak yapılmaktadır. Öğrenciler ilk görüşmeden önce veya sonra bir kendini değerlendirme formu doldurmaktadır. Değerlendirme görüşmesi sırasında ve formlar aracılığıyla aşağıdaki bilgiler toplanmaya çalışılmaktadır:

- Tipik alkol tüketimi ve çok içtiği dönemler
- İçme alışkanlığına ilişkin inançları
- Alkole bağlı ortaya çıkan sorunların cinsi ve sayısı
- Alkol bağımlılığının neresinde olduğu
- Alkol kullanımıyla ilgili aile öyküsü
- Alkole ilgili beklentileri
- Ne kadar içerse kendisi için risk olacağına ilişkin algısı

İlk görüşmeden 1-2 hafta sonra yapılan ikinci görüşmede öğrenciye yönelik kişisel bir geri bildirim verilmektedir. Bu bildirim değerlendirme aşamasında elde edilen bilgiler temelinde sunulmaktadır. Geri bildirim içerdikleri şunlardır:

- Alkolün etkileri konusunda yanlış inanışları değiştirmek
- Alkole bağlı gelecekteki sorunları önlemek
- Değişimi sağlamak için yardımcı olmak
- İzleme görüşmeleri veya tedaviye yönlendirme

Bu program, 6 haftalık alkol becerileri eğitim programı kadar etkin bulunmuştur. Klinik izlemi de başarılı bulunmuştur. Araştırmaya alınan öğrencilerin %67'sinin alkol sorunu çözdüğü saptanmıştır.

8. Alkol İçin Seçenekler Programı

(CHOICES for alcohol: A Brief Alcohol Abuse Prevention Program for College Students)

Bu program alkole bağlı sorunların ortaya çıkması riski olan ancak henüz alkolle sorun yaşamaya başlamamış gençlere yönelik bir yöntemdir. BASICS gibi programlar alkole bağlı sorunlar yaşamaya başlayanlar içindedir. Seçilmiş bir nleme yöntemi olarak görülse bile, evrensel nleme içinde de değerlendirilebilir. Alkol becerileri eğitim programından (ASTP) alınan kavramlardan oluşturulmuştur. Alkol ve riskleri ile ilgili bilgiler yaşam stili davranışları içine yerleştirilmiştir.

Program “interactive journal” adı verilen bir yazma sürecini içerir. Her ğrencinin bir kendine yardım çalışma kitabı vardır. “Interactive journal” yöntemi adalet sistemi içindeki alkol kullanıcılarında, sağlık programlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. İşlenen konular aşağıdadır:

- Riskli ve dştik riskli seçeneklerin karşıtlığı
- Alkolün artı ve eksileri konusunda karar dengesi alışması
- Standart içki tanımı ve alkol tüketimin değerlendirilmesi
- Alkol hakkında gerçekler: Emilim ve oksidasyon
- Kan alkol konsantrasyonunu etkileyen faktörler
- Kan alkol konsantrasyonu ve tolerans
- Ayık kalmak
- İçme normları üstünde yanlış anlamalar ve öğrencilerin içmesinde araştırmaların gösterdi gerçekler
- Bifazik etki
- Riskli içme biçimleri, riskli etkinlikler ve ortamlar, riskli sosyal durumlar
- Alkol zehirlenme riski ve yaklaşım
- Zarar azaltma stratejileri
- Kendini değerlendirme ve geri bildirim

45-90 dakika süren bir veya iki oturumdan oluşmaktadır. İlk oturumda kısa “günlük tutma” çalışması ve önemli noktaların kısa aktif tartışması yapılır. Yazdıklarına göre çeşitli sorular öğrencilere sorulur. Günlük tutmaya devam etmeleri istenir.

İlk oturumdan iki hafta sonra bir izleme oturumu düzenlenir. Bu oturumda kendini değerlendirme çalışması gözden geçirilir. İlk oturumda konuşulanların içme biçimlerini nasıl etkilediği tartışılır. Olumlu davranışları nasıl sürdürecekleri konuşulur.

9. Tarama, Kısa Girişim Ve Tedaviye Sevk Programı

(Screening, brief intervention and referral to treatment – SBIRT)

Tarama, Kısa Girişim ve Tedaviye Sevk Programı, kapsamlı ve entegre bir programdır. Erken girişim konusunda halk sağlığı ilkeleri üstünde kurulmuş ve bu bilimin yöntemlerini kullanmaya çalışır.

Bu programın amacı sigara, alkol ve madde kullanımına bağlı ortaya çıkan kazaların, hastalıkların ve yeti yitimlerinin azaltılması veya önlenmesidir.

Programın bileşenleri

Tarama

Sigara, alkol ve madde kullananların sıklıkla karşılaştığı temel sağlık hizmetleri, tedavi kurumları ve diğer toplum merkezlerinde sistemik bir taramayı içerir. Taramanın amacı kişinin bir madde kullanım bozukluğu tanısı alıp almadığı, bunların kullanımına bağlı ortaya çıkan olumsuz sonuçların gözden geçirilmesini sağlamaktır. Bağımlılar kadar riskli madde kullananları saptamak temel hedeftir.

Kısa girişim

Buradaki kısa girişim 1 veya 2 görüşmeden oluşan bilgi ve tavsiye verme, motivasyonu artırma ve zararlı madde kullanımını azaltmak için davranış değişikliği konusunda eğitimi içermektedir. Kısa girişim düşük ve orta derecede risk taşıyan kullanıcılara yöneliktir. Burada girişimler madde bağımlılığı uzmanları dışındaki genel sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Kısa tedavi

Kısa tedavi ise yapılandırılmış, süresi belirli 2-6 görüşmeyi içerir. Bu arada terapi deneyimli bir klinisyen tarafından yapılmaktadır. Motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanmasını kapsar. Kısa tedavi kapsamı içinde madde bağımlılığının tedavisi yönelik farmakolojik tedavilerin temel sağlık hizmetlerinde devam edilmesinin sağlanması da yer almaktadır.

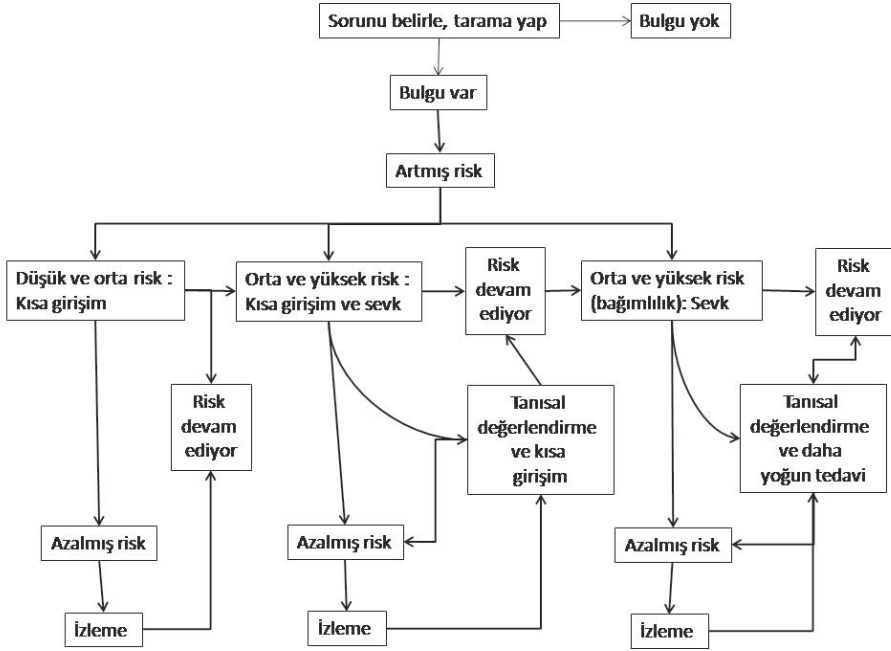
Tedaviye sevk

Tarama sırasında madde kullanıcıları ve madde kullanım bozukluğu olanlar saptanabilir. Tedaviye sevk, ileri sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla gütmektedir.

Entegrasyon ve koordinasyon etkinlikleri

Genelde toplumda tarama ve kısa girişim hizmeti yoktur, tanı ve sevk sistemleri parçalıdır, özelleşmiş tedavi merkezleri ise toplumsal merkezlerden bağımsız çalışmaktadır. SBIRT programının temel hedeflerinden birisi bu hizmetlerin entegrasyonunu ve koordinasyonunu sağlamak ve bir ağ oluşturabilmektir.

Şekil 1: SBIRT mantıksal tablosu



10. Alkol İçenler için Check Up (Drinkers check-up – DCU)

Bu program alkol içme davranışının riskini azaltmak için planlanmıştır. Web temelli bir programdır. Programın amaçları şunlardır:

- Alkol içenlerin, alkol kullanmalarının herhangi bir risk taşıyıp taşımadığını anlamalarını sağlamak
- İçme davranışlarının değişip değişmemesi gerektiğine karar vermelerini sağlamak
- Eğer değişmeye karar verirlerse çözüm yollarını öğrenmelerini sağlamak

Bu web temelli programda üç bölüm vardır.

1- İçme davranışının gözden geçirilmesi:

Bu bölümde kişinin içme davranışı incelenir. Bu amaçla çeşitli soru formları doldurtulur. Kişinin kendisini değerlendirmesi ve başkaları ile karşılaştırması sağlanır.

2- Geri bildirim verilmesi

Doldurulan her soru formunun sonunda bir puan ortaya çıkar. Bu puana göre her bölüm için bir geri bildirim verilir. Çok soru formu dolduran kişi daha çok geri bildirim almaktadır.

3- Karar aşaması

Değişip değişmemeye karar verildiği bölümdür. Değişimin olumlu ve olumsuz yanları gözden geçirilir. İçme davranışını nasıl değiştireceğini kişiye öğretilir. Birçok başka kaynaktan yararlanabilmesi için de yol gösterilmektedir.

Programa girişte, “harcayacağım zamana değer mi?” sorusunun yanıtını vermek için bir ön test yapılmakta ve bu programa girip girmemesi gerektiği konusunda bilgi verilmektedir.

11. Esrar check up (marijuana check up)

Bu program DCU gibi hazırlanmıştır. Esrar kullanıcılarına yöneliktir. Yüz yüze görüşmeyi içerir. Motivasyonel görüşme tekniklerini kullanır.

12. ED DIRECT

ED DIRECT bir danışma stratejisidir. DESTEK olarak Türkçe'leştirdiğimiz FRAMES adı verilen akronimin kavramlarını içerir. Yani geri bildirim, empati, seçenek sunma, kendine yeterliliği desteklemek, tavsiye vermek ve sorumluluğu vermek. Bu yöntem, özellikle genel sağlık hizmetlerinde çalışanlara öğretilmektedir.

ED DIRECT kısaltmasının içerdiği kavramlar ve uygulamaları şunlardır:

Empati (Empathy)

- Danışanın davranışlarını onun yaşamı çerçevesinde anlamaya çalışmak
- Anlayışlı, sıcak ve yansıtma içeren bir tarzda konuşmak. Suçlayıcı ve yargılayıcı tarzdan kaçınmak.

Doğrudanlık (Directness)

Göz kontağı kurmak ve sorunu tartışmaya açmak. “Alkol/madde kullanımını konuşmak üzere birkaç dakikanızı almak istiyordum”

Veri (Data)

- Geri bildirim vermek. “Güvenli içme sınırlarının ötesinde alkol kullandığınızı ve alkole bağlı sorunlar yaşama riskinizi olduğunu az evvel doldurduğunuz formdan öğrendim...”
- Konuyla ilgili geliştirilen uluslar arası standartlar ile karşılaştırma yapılır.

Değişim için istekliliği belirlemek (Identify willingness to change)

- “İçme davranışınızı değiştirmeye ne kadar hazırsınız? 0 ile 10 arasında derecelendirirsek kaç verirsiniz?”
- Eğer yanıt 6 veya daha düşük ise, “niye daha yüksek değil?”
- Eğer yanıt 7 ve üstü ise, danışan hazır demektir. Öneriler bölümüne geçilebilir.
- Yanıtlar danışanın çelişkilerini ortaya koymaya ve ambivalansını değişim yönünde değiştirmesine yarar.

Öneri sunmak (Recommend action/advice)

- Tüm danışanlara alkollü araç kullanmamaları önerilir.
- Riskli alkol kullananlara önerilen içki limitleri anlatılır.
- Değerlendirmede kullanımı yoğun çıkan ama bağımlı olup olmadığına karar verilemeyenler için içkiyi kesmeleri ve bir tedavi merkezine başvurmaları önerilir.
- Bağımlılara ise içkiyi bırakmaları ve detoksifikasyona başvurmaları önerilir.

Yanıtı ortaya çıkarmak (Elicit response)

“Bu size nasıl geliyor?”

Netleştirme ve eylemi doğrulama (Clarify and confirm action)

- Netleştirme için rnek: “Yaptığımız değerlendirme sonucu alkol kullanımınızın tehlikeli boyutlarda olduğunu saptadık. Bu durumda size alkolik demiyoruz. Ancak alkolü daha güvenli limitler içinde tüketmeniz gerektiğini size hatırlatmak istiyoruz”.
- Doğrulama için bir rnek: “Yaptığımız değerlendirme sonucu alkol kullanımınızın tehlikeli boyutlarda olduğunu saptadık. Bu nedenle bir an önce tedaviye başvurmanızın yararlı olacağına inanıyoruz. Kendi başınıza bunu bırakmanız oldukça zor olacaktır. Yardım ister misiniz?”

Telefonla sevk (Telephone referral)

- “şu an bir danışman ile konuşmak ister misiniz?”
- “Bir randevu almak için gerekli kurumları aramayı düşünüyorum. Ne dersiniz?”
- “evrenizdeki ilgili kurumları veya 12 basamak kuruluşlarını öğrenmek ister misiniz?”

2. KISA SÜRELİ TERAPİLER

A. KISA SÜRELİ TERAPİLERE GENEL BİR BAKIŞ

Kısa süreli tedaviler geleneksel terapilerden daha kısadır, ancak kısa girişimlerden daha uzun sürmektedir. Psikoterapinin kısa versiyonu değildir. Daha çok semptom ve davranış hedefli spesifik tedavi edici tekniklerin uygulanmasına odaklıdır. Uzun süreli tedavilerden en önemli farkları, daha çok şimdiki zamana odaklı olması, uzun süreli yapılandırılmış değişimden ziyade, belirlenmiş davranışsal değişimleri amaçlamasıdır.

Kısa süreli girişimin amacına ek olarak kısa süreli tedavi, madde kullanımı ile ilişkili belirli psikolojik, sosyal veya ailedeki fonksiyonel bozulmaları iyileştirmeyi de hedefler. Önceki süreçten ziyade şimdiki zamanın endişe ve stresine odaklanır. Kısa süreli terapi, bir veya daha fazla psikolojik veya psikososyal tedavi modeli eğitimi almış terapistlerce yapılır. Terapinin amaçları şunlardır:

- Madde kötüye kullanımı ile ilişkili belirlenmiş hedef davranışında ölçülebilir bir değişim yapmak
- Madde kötüye kullanım ile ilişkili sorun ve durumlarda danışanın yeni bir anlayış geliştirmesini sağlamak.
- Danışanın kişisel ilişkilerini geliştirmesini sağlamak
- Saptanan diğer sorunları çözmek (iş sorunları gibi)

Kısa süreli terapi, kısa süreli müdahaleler ve uzmanlaşmış tedaviler arasında yer alan bir yaklaşım olarak görülebilir. Kısa süreli terapi uygulamaları, kısa süreli müdahalelerden daha çok eğitim gerektirmektedir ve göreceli olarak daha üst düzeyde profesyonel deneyimi olan terapistlere ihtiyaç duyulmaktadır. Daha yoğun olması nedeniyle, bağımlılık dışındaki sorunlarla ilgilenen kurumların standart uygulamalarına kısa süreli müdahaleler kadar kolaylıkla dahil edilememektedir.

Tek seanslık müdahaleler, kısa süreli terapinin başka bir türünü oluşturmaktadır. Tek seanslık müdahaleler, ikinci bir seans için geri dönmeyecek olan bütün madde kullanıcılarına sağlanan bir hizmettir ve madde ve alkol çalışanlarının ister istemez uygulamak zorunda oldukları bir yöntemdir. Bütün kısa terapilerin karakteristik özellikleri şunlardır:

- Hepsi sorun odaklı veya çözüm odaklıdır. Sorunun arkasında yatanı değil, semptomu hedef almalıdır.
- Amaçlarını çok açık biçimde spesifik değişim veya davranışla ilişkilendirir.
- Klinisyen ve danışan tarafından anlaşılır olmalıdır.
- Uzun süreli sonuçlar sağlamalıdır.
- Terapistin danışmanlık stili ve kişiliğinden kolayca etkilenebilirler.
- Terapist ve danışan arasında işleyen güçlü ilişkiye dayanmalıdır.
- Terapötik stili aktif, empatik ve bazen direktif olmalıdır.

Bu bölüm Duygu Doğmuş ile birlikte yazılmıştır.

- Değişim sorumluluğu açık bir biçimde danışanda olmalıdır.
- Süreçten önce, danışana değişebileceği hakkında kendine güven ve kendi çıkarını artırmaya odaklı olmalıdır.
- Sonuç baştan konuşulmalıdır.
- Sonuçları ölçülebilir olmalıdır.

Kısa terapilerin iyi sonuç vermesi terapistin yeteneğine, kapsamlı değerlendirme yapılmasına ve uygunluk için seçilen ölçütlere bağlıdır. Kısa terapi maddeyi kötüye kullananlar için değerli bir yaklaşımdır ancak bu yaklaşım her türlü sağlık hizmeti için kullanılamaz. Kısa terapide terapistin görevleri şunlardır:

- Danışanı madde kötüye kullanım hastalığının kronik ve tekrarlama doğası hakkında eğitmelidir
- Empatik olmalıdır
- Danışan için en iyi ortamı sağlamak için eğitimini deneyimi ile birleştirebilmeli, hem kişisel hem profesyonel olabilmelidir
- Olgun bir kişiliğe ve profesyonel sınırlara sahip olmalıdır
- Danışanın kültürel ve dini ihtiyaçlarına hassas olmalıdır

Hem kısa terapiler, hem de kısa girişimler isteksiz veya finansal açıdan yetersiz kişiler için çok iyi bir fırsattır. Yapılan araştırmalar, maddeyi kötüye kullanan ancak toplumda fonksiyonel olan kişilerin büyük bir çoğunluğunun uzun süreli tedavilere katılmak istemediğini göstermektedir (Barry, 1999). Kısa terapinin seçimi, durumdan duruma göre planlanmalıdır. Aşağıda kısa terapinin uygunluğunun düşünülmesi için bazı kriterler sıralanmıştır.

- Bir arada var olan psikiyatrik hastalıklar veya gelişimsel yetersizlikler gibi çift tanıların da bulunması
- Yaşanan sorunun ağırlığı ve çeşitleri
- Kötüye kullanımın süresi
- Toplumsal ve ailesel desteğin varlığı
- Aile, toplum ve eş tarafından etkilenmenin seviyesi ve tipi
- Önceki tedavi veya denemelerin varlığı
- Danışanın motivasyon seviyesi
- Danışanın kısa ve uzun süreli hedeflerinin netliği
- Tedaviye ihtiyacı olan çok sayıda danışanın olması

Aşağıdaki durumlarda kısa terapinin seçilmesi doğru olabilir.

- Kullanılan madde cinsinin sayısının az olması
- Geçmiş travmaların kişinin madde kötüye kullanımına etki seviyesi düşük ise
- Daha uzun tedaviler için kaynaklar uygun değil ve yetersizse
- Tedavi için minimum süre yeterli değilse
- Bir arada var olan tıbbi veya ruhsal sağlık tanıları yoksa (yani ek tanı yoksa)
- Tedaviye ihtiyacı olan ve özel tedavi için bekleme listesinde olan danışanların sayısı fazlaysa

Aşağıdaki durumlarda ise uzun süreli tedaviler seçilebilir.

- Daha önce uygulanan kısa tedavilerin başarısız olması
- Ek tanı durumları
- Madde bağımlılığı şiddetliyse

- Akut psikoz
- Akut zehirlenme
- Akut yoksunluk
- Odaklanma konusunda bilişsel sorunların varlığı
- Sık relaps görülme öyküsü
- Çok sayıda başarısız tedavi dönemleri
- Sosyal desteğin düşük olması
- Relaps olduğunda ciddi sorunlar olması

Kısa Girişim ve Kısa Terapiyi Ayıran Özellikler

Kısa terapiler maddeyi kötüye kullanım problemi olan kişilerde bir seri basamak tedavisi içermektedir. Kısa girişimler ise potansiyel sorunu araştırmayı ve kişiyi sorun için bir şeyler yapmaya motive etmeyi hedefler.

Terapi, değişime karşı hareketi içermekte iken, kısa girişimlerde genellikle probleme yoğunlaşarak ve danışana sorarak çözüm geliştirilir. Kısa girişimler daha çok terapistin danışana verdiği tavsiyeleri içermektedir.

Kısa girişimde görüşmenin süresi 5 dakika ile 1 saat arası değişebilmektedir. Terapilerde değerlendirmenin kapsamlılığı girişimlere nazaran daha fazladır. Kısa girişimler, sosyal ve sağlık hizmetleri veya acil servisler gibi geleneksel tedavi yerleri dışındaki yerlerde, geniş oranda profesyonellerce uygulanmaktadır. Ancak kısa terapi daha spesifik tedavi yöntemleri gerektirmektedir. Kısa girişimlerde kitap, bilgisayar programı gibi belirli materyaller kullanılabilir ancak kısa terapilerde kullanılamaz.

Kısa girişimlerin farklılıklarını gösteren özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Daha çok genel sağlık çalışanları tarafından uygulanır.
- Danışanın görüldüğü yer genel sağlık ortamlarıdır ve danışan alkol veya madde kullanımı konusunda şikayetçi değildir.
- Tarama uygulamalarını ve sorunu tanımlamayı da içerir
- Kısmen erken tanıyı içerir
- Hedefi kontrollü kullanma ve zararı azaltmadır
- Şiddetli bağımlı olanlar kısa girişime alınmaz ve yoğun tedaviye yönlendirilir
- Başarı oranı, büyük kitlelere uygulanabildiği için yüksek olmaktadır

Kısa terapilerin farklılıklarını gösteren özelliklerini ise şu şekilde sıralayabiliriz:

- Daha çok uzmanlaşmış profesyoneller tarafından verilir.
- Kişinin kendisi sorunu tanımlamıştır ve tedaviye başvurmuştur
- Hastalar daha çok orta ve şiddetli alkol bağımlılığı gösteriler ve yoğun tedavilerden yarar görmemektedirler
- Çoğunlukla abstinens (tamamen bırakma) veya kontrollü içmeye yöneliktir
- Girişimler kısa girişim yöntemlerinden uzun ama yoğun tedavilerden kısadır

B. KISA SÜRELİ TERAPİLERE ÖRNEKLER

1. Kısa Esrar Bağımlılığı Danışmanlığı (BMDC)

Kısa Esrar Bağımlılığı Danışmanlığı, daha önce etkin olduğu gösterilmiş farklı madde bağımlılığı tedavi yöntemlerinin bir kombinasyonundan oluşmaktadır.

Motivasyon Kazandırıcı Tedavi: Motivasyonel görüşme tekniklerini içeren görüşmeler özellikle tedaviye yeni başvuranlarda etkin bir yöntem olarak görülmektedir. Danışan odaklı bu yöntem özellikle ilk iki görüşmede yoğun kullanılmaktadır. Daha sonraki görüşmelerde ise motivasyonel görüşmenin stratejileri ve kavramları uygulanmaya devam edilmektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Bilişsel Davranışçı Terapi, BMDC modelinde ikincil bir yöntemdir. Özellikle danışanın yaşam değişikliklerini başarabilmesi için gerekli davranışsal, bilişsel ve emosyonel becerileri kazanması için kullanılmaktadır.

Vaka İdaresi: Tedavinin özellikle üçüncü görüşmesinde danışanın esrar kullanımı ile artan yaşam sorunlarını tanımlamada kullanılmaktadır. Danışan, danışman tarafından bunları çözmesi için gerekli desteği nasıl alabileceği konusunda eğitilmektedir.

Genel teorik varsayımlar

Bu model terapist ile danışan arasında yakın ve güçlü bir ilişkinin kurulması esasına dayanmaktadır. Böylece esrarın neden olduğu sorunların tanımlanması, gerçekçi hedeflerin konması ve değişim stratejilerinin başlatılması hedeflenmektedir. Terapist danışanın güveni sağlar, ona saygı gösterir ve onun endişelerini paylaşır.

Görüşmeci, danışanın esrar kullanımının şimdiki ve geçmiş resmini çıkarır, kullanıma bağlı sorunları ortaya çıkarır ve danışanın esrar kullanımını sonucu ortaya çıkan yaşam değişikliklerini saptar. Danışanla birlikte hedefler saptanır, danışanı motive edecek bir ortam yaratarak iyileşme konusunda adım atmasına yardımcı olur.

Görüşmeci, danışanın etkin olduğu yanlar kadar, çeliştiği yanları da ortaya çıkarmaya çalışır. Hedefleri başarabilmesi için gerekli yeni becerileri öğrenmesi için cesaretlendirir. Danışanın hedefleri ve davranışları arasındaki çelişki ortaya konur. Böylece, tedavi motivasyonunun ve kararlılığının artmasına çalışılır.

Bu model madde bağımlılığının temel kişilik özelliklerinden değil, öğrenilmiş davranış biçimlerinden kaynaklandığını savunmaktadır. Terapist, danışanın sorunlarını nereden kaynaklandığını anlamakta ve bu durumu çözmek için neler yapılması gerektiğini ortaya koymakla uğraşır. Örneğin, bazı esrar kullanıcıları acı veren duygulardan kurtulmak için esrarı kullanırlar. Bu durumda, esrar bağımlısı kişinin yeni, sağlıklı yaşam stilleri geliştirmesi gerekir.

Terapötik hedefler

Bu model, esnek bir yaklaşım taşımakta ve farklı terapötik yöntemleri bir araya getirmektedir. BMDC'nin spesifik terapötik hedefleri şunlardır:

- Tedaviye katılımı cesaretlendirmek
- Danışanın esrar sorununu incelemek, onun güçlü yanlarını keşfetmek.
- Değişim için motivasyonu hızlandırmak
- Esrar kullanımının altında yatan psikososyal sorunları keşfetmek
- Değişimin gerçekleşmesi ve sürdürülmesi için gerekli olan becerileri kazanmasını sağlamak

Hedef grup

BMDC, esrarı bırakmak isteyenler kişiler içindir. Uzun süredir esrar kullananlara, fizyolojik ve psikolojik bağımlılık belirtileri olanlara yöneliktir. Aile ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerde sorunları olanlar, iş ve akademik alanda sorun yaşayanlara uygun bir yaklaşımdır.

Tedaviye istekli olanlarda ve tedavi olma konusunda ambivalent olanlarda etkin bir yol olduğu gösterilmiştir. Genelde düşük yoğunluklu servislerde ve ayaktan tedavi hizmetlerinde etkin olarak kullanılmıştır. Yoğun tedavi gerektiren durumlarda, diğer tedavilere ek olarak kullanılabilir.

BMDC'nin yapısı

BMDC, üç aşamada incelenebilecek 9 görüşmeden oluşmaktadır.

- Başlangıç aşaması, değerlendirme görüşmesi
- Motivasyonun artırılması (görüşme 1 ve 2)
- Esrar kullanımının beceri gelişimi ile değiştirilmesi (görüşme 3'ten 9'a kadar)

Her aşamada görüşmeler, aşamanın içeriği, hedefleri ve danışanın neler yapması gerektiğini içermektedir. Her görüşmede aşağıdaki bilgiler verilmektedir.

- Görüşmenin adı
- Toplam süre
- Uygulanacak yöntem
- Materyaller
- Bu görüşmenin amaçları
- Bu görüşmenin ana başlıkları ve hatırlanması gereken noktalar

Her görüşmenin içeriği farklı olmakla birlikte benzer bir yapıya sahiptir. Bunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

- Check-in: Burada danışana son yaşadığı olaylar, yaptığı ilerlemeler ve madde kullanıp kullanmadığı sorulur. Görüşmeler arası ödev verildiyse, ödevin sonuçları da tartışılır.
- Görüşmeyle ilgili materyal ve günün konusu anlatılır.
- Özetleme: Görüşmede yapılanlar özetlenir ve netleştirmeye gerek olup olmadığı sorulur.

Bireysel görüşmelerin içeriği

Değerlendirme görüşmesinden sonra yapılan ilk görüşmede değerlendirmeden elde edilen veriler danışana geribildirim olarak verilir. Bunlar arasında esrar kullanımının etkisi, sonuçları vb sayılabilir. Danışanın değişime karşı tutumu ve ambivalent tutumlar araştırılır. Değişime hazırlıklılığı saptanmaya çalışılır, hedefler koyma ve değişim stratejisini belirlenmesi hedeflenir.

İkinci görüşmeye danışanın kendisine bir destekçi bulması istenir. Seçilen bu kişiyle yapması gerekenler üstüne konuşulur. Daha önce esrarı bırakmak için uyguladığı yöntemler gözden geçirilir. Yeni bir değişim planı hazırlanır.

Üçüncü görüşmenin amacı maddeden bağımsız sorunların tartışılması ve çözüm bulunmasıdır. Bu amaçlar doğrultusunda şu adımlar atılmaktadır:

- Bir “problem checklist” doldurtulur.
- Sorunları netleştirmesinde danışana yardımcı olunur
- Bir öncelik sıralaması yapması istenir.
- Daha sonra hedef ve amaçlar belirlenir, buna uygun bir destek planı hazırlanır.
- Bu plana uymakta zorluk çektiği dönemlerde motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak engeller aşılmaya çalışılır.
- Destek planına yardımcı olacak diğer kişiler saptanır.
- Görüşmeler arasında gerçekleştirmesi için ödevler verilir.

Dördüncü görüşmenin amacı, başa çıkma becerileri kazanmasının gerekliliği anlaması ve yüksek riskli durumları saptamak ve bu anlardaki başa çıkma stratejilerini öğrenmektir. Bu amaçla önce bağımlılık paternin gelişimi araştırılır. Esrarın kişinin emosyonlarını nasıl değiştirildiği anlatılır ve onun deneyimleri ile örtüşüp örtüşmediği tartışılır. Çevresel uyaranların kullanımı nasıl etkilendiği anlatılır ve onun deneyimleri ile örtüşüp örtüşmediği tartışılır. Esrara ilişkin inanç ve otomatik düşünceler anlatılır, onun söylediklerinden örnekler verilir.

Yüksek riskli durumlar saptanır. Bu amaçla formlar doldurtulur. Yeni başa çıkma stratejileri öğretilir. Görüşmeler arasında ödevler verilir. Bunlardan birisi görüşme aralarında yaşayacağı sorunların listesidir.

Beşinci görüşmenin amacı, esrar kullanımını için danışanın istek ve dürtülerini tanımasını sağlamak, spesifik uyaranları saptamak ve bunlarla başa çıkması için gerekli becerileri öğretmektir.

Altıncı görüşmede esrar kullanımına yol açan otomatik düşüncelerini tanıması ve bunlarla başa çıkmayı öğrenmesi hedeflenir.

Yedinci görüşmede sorun stratejileri danışana tanıtılır, esrar kullanımında ve beraberinde getirdiği sorunlarda, sorun çözme yaklaşımının yararları anlatılır.

Sekizinci görüşmede kendine güvenli davranış yanıtlar verme konusunda bir beceri eğitimi verilir.

Dokuzuncu görüşmede beklenmeyen uyaranlara karşı olan hazırlıklılığı artırılmaya çalışılır. Kayma durumunda neler yapması gerektiği tartışılır. Terapinin tümü gözden geçirilir. Bu görüşmede danışanın durumuna göre yanlış kararlarla başa çıkma veya olumsuz duygu durumu yenmeyle ilişkili bilgiler de verilebilmektedir.

2. Kısa Çift Terapisi (Brief Couples Therapy)

Kısa çift terapisi, madde bağımlılığı olan eşler için geliştirilmiş 8 oturumluk bir tedavi yöntemidir. Bireysel veya grup biçiminde uygulanabilmektedir. Gruplarda 4 çifte kadar alınabilmektedir. Sekiz hafta boyunca eşler bağımlılıkla ilgili sorunları tanıma ve çözme imkanı kazanmaktadır. Bunların içinde sorunlu aile interaksiyon biçimleri ve iletişim tarzları da yer almaktadır. Gerçekleştirilebilir hedefler oluşturmada, güven ve sadakat geliştirilmekte ve yeniden sorunların ortaya çıkışını önleme için gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

Alkol veya madde kullanımı eşlerin sorunlarını artırmakta ve birbirlerini suçlamalarına yol açmaktadır. Kısa çift terapisinde integrative model uygulanmaktadır. Modelin temelleri sosyal öğrenme ve bilişsel davranışçı modalitelere dayanmaktadır. Hedef beceri geliştirici stratejilerin oluşumudur.

Tedavinin odağı eş ilişkileri olmakla birlikte görüşmeler öncesinde madde kullanımı sorulmaktadır.

Görüşmelerin yapısı

Değerlendirme görüşmesinde genellikle kısa çift terapisinin ne olduğu ve nasıl uygulandığı hakkında bilgi verilmektedir. Ardından eş ilişkilerini ve madde kullanımını değerlendiren soru formları dağıtılmaktadır.

İlk görüşmede terapisinin kuralları anlatılmakta, tanışılmaktadır. Bu görüşmenin sonunda genogram/aile ağacını evde doldurmaları ve gelecek görüşmeye bununla gelmeleri istenmektedir.

İkinci görüşmede madde kullanımının ilişkilerindeki yerini anlamaları, aile geçmişlerinden köken alan davranışları saptamaları, madde kullanım biçimlerini ve ilişkileri üstündeki yerini öğrenmeleri hedeflenmektedir. Bu amaçla doldurdıkları aile ağacı tartışılır. Bu sırada geçmişten gelen davranışlarını görmeleri sağlanır. Gelecek görüşme için “mucize soru” ödevi verilir.

Mucize soru ödevi şu şekildedir: *“Birgün uyurken bir mucize olduğumu ve eşinizle ilişkilerinizin düzeldiğini düşünün. Uyandığımızda;*

- *Bir mucize gerçekleştiğini nasıl anladınız?*
- *Neler daha farklı olurdu?*
- *Sizin düşüncelerinizde nasıl bir değişiklik olurdu?*
- *Farklı neler yaptınız?*
- *Arkadaşlarınız veya aileniz bir mucize gerçekleştiğini nasıl anladı?*

Tüm bunları yanıtlarken –kendi davranışlarınız- üstüne yoğunlaşın...”

Üçüncü görüşmede çiftlerin ilişkileri için küçük pozitif değişimler bulmaları, gelecekte ilişkilerinin nasıl olacağı konusunu belirlemeye başlamaları, gerçekleştirilebilir hedefler saptamaları amaçlanmaktadır. Bir önceki görüşmede ödev olarak verilen mucize soru üstünde durulur. Bu tartışırken eşlerinin değil daha çok kendi davranışları üstünde durmaları ve duygulardan ziyade davranışlar üstünde konuşmaları sağlanmaktadır.

Bu görüşmede gelecek görüşme için “hedef belirleme formu”nu doldurmaları istenir. Bu formda kişinin kendisi ve bir çift olarak bir hedef seçmesi istenir. Bu hedef mucize sorudan temel almalıdır. Ayrıca bu hedefin gerçekleşmesi için gerekli adımları da yazmaları istenmektedir. Bu adımların pozitif ve eylem temelli hedefler olması istenir. Örneğin “daha az tartışacağız” yerine “haftada iki gün konuşacağız” hedefi belirlenmelidir.

Üçüncü görüşmede bir kişisel ve bir çift hedefini seçmeleri ve bunları gerçekleştirmek için gerekli adımları saptamaları amaçlanmaktadır. Bunun için hedef belirleme ödevi tartışılır.

Dördüncü görüşmede koydukları hedefi ne kadar gerçekleştirebildikleri tartışılmaktadır. Ayrıca dinleme ve konuşma becerileri üstünde role play uygulamaları ile çalışılmaktadır. Ev ödevi olarak da yine dinleme ve konuşma becerileri üstünde çalışmalar verilmektedir.

Beşinci görüşmede çiftlerin iletişimi iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Dinleme ve konuşma becerileri üstünde durulmaya devam edilmektedir.

Altıncı görüşmede duygu ve düşünceleri ifade etme yeteneği üstünde durulmakta ve güven ile sadakat üstünde çalışılmaya başlanmaktadır. “Ben” dili çalışmaları verilmektedir. Güven ve sadakatin önemi üstünde durulmakta ve güven ile sadakat duymaları için ne gerektiği konusunda bir liste yapmaları istenmektedir. Görüşme hissettikleri iyi bir duyguyu tanımları ile bitmektedir.

Yedinci görüşmede güven ve sadakat üstünde durulmaya devam edilmektedir. Ardından çift olarak ilişkilerinin nelerden bozulabileceği konuşulmaktadır. Örneğin iletişim mi, güven mi, sadakat mi? İlişkinin bozulması için neler yapılması gerektiği üstünde düşünmeleri istenmektedir.

Sekizinci görüşmede bugüne kadar yaptıkları gelişim üstünde durulmakta, hedefleri tekrar gözden geçirilmektedir. Bugünden altı ay sonrasını düşünün. “İlişkinizde değişen neler var?” diye sorulur. Alınan yanıtlar üstünde durulur ve önlerindeki altı ay için ödevlerinin bu olduğu belirtilir.

3. Ergen Madde Kullanımına Yönelik Kısa Stratejik Aile Terapisi

Kısa stratejik aile terapisi (KSAT), diğer davranış bozuklukları ile birlikte görülen ergen madde kullanımını tedavi etmek için kullanılan bir kısa terapi yöntemidir. Bu davranış bozuklukları arasında davranım bozukluğu, okuldan ve evden kaçma, karşıt olma bozukluğu, antisosyal akranlarla birlikte olma, agresif ve şiddet eğilimli davranışlar, riskli cinsel davranışlar sayılabilir.

KSAT, üç temel ilke üstüne kurulmuştur.

1. Aile sistemleri yaklaşımlarını kullanır. Aile sistemleri teorisi, aile üyelerinin bir şekilde birbirine bağlı olduğunu kabul eder. Bir aile üyesini etkileyen, diğerini de etkiler. Aile sistemleri teorisine göre madde kullanan ergen ailenin belirti gösteren üyesidir. Ergenin madde kullanımında ailenin etkisi büyüktür. Gerçekten de ergen madde kullanımında tedavide aile terapilerinin önemi büyüktür.
2. Aile içi interaksyonu belirleyen paternler, her aile üyesinin davranışını etkiler. İnteraksiyon paterni, sürekli tekrarlanan ve alışkanlık haline gelmiş davranışları içermektedir. Buna örnek olarak, ailenin iki üyesinin kavga etmesini önlemek için, ergen gider ve uyuşturucu kullanır. Böylece herkesin dikkati onun üstüne odaklanır. Anne ve anneanesi ergene konacak kurallar üstünde tartışırken, o kendine zarar veren bir eylemde bulunur ve hiçbir zaman anne ve anneanesi anlaşmaya varamazlar.

3. KSAT, bu interaksyon paternlerini değiştirmeyi hedefler. Çünkü bunlar, ergenin madde kullanımıyla doğrudan ilgilidir.

KSAT, yaklaşık 8-24 seans sürer. İlk hedeflerden birisi, ergenin madde kullanımını bırakmasıdır. Buna “belirtiye odaklanma” denir. Diğer bir hedef ise aile interaksyonlarının değişmesidir. Buna da “sisteme odaklanma” denir. Örneğin aile gencin madde kullanımından dolayı ona öfke duyar. Bu öfke yüzünden genç madde kullanmaya devam eder. Burada terapist aile ve genç arasındaki ilişkiyi düzenler.

Madde kullanan ergenlerin ailelerinde benzer patolojiler saptanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Ebeveynlerde madde kullanımı
- Ebeveynin ergenle az veya fazla ilgilenmesi
- Ebeveynin ergeni az veya fazla kontrol etmesi
- Ebeveyn ile ergen arasındaki iletişimin bozukluğu
- Ergenin davranışları konusunda yetersiz kuralların olması
- Uygunsuz disiplin uygulamaları
- Ebeveynin ergenin akranları ile ilişkisini yetersiz gözlemlemesi
- Aileye yetersiz bağlılık
- Aile içi birlikteliğin zayıf olması

Bazı ergenlerin aileleri, o madde kullanmaya başlamadan bu özelliklere sahiptir. Bazılarında ise, ergen madde kullanmaya başlayınca aile bu hale gelir. Genelde aile içinde bir negativite hakimdir. Herkes birbirini suçlar.

- Ebeveynler madde kullandığı için ergeni suçlar
- Ebeveynler birbirlerini çocukla iyi ilgilenmedikleri veya yanlış davrandıkları için suçlarlar.
- Ergen ise ebeveynlerini davranışları yüzünden suçlar.

Böyle bir durumda önemli olan aile içindeki “negatif tonu” azaltmaya çalışmaktır. Bu olumsuz ilişki biçimi değiştikçe, gencin tedavide kalma ihtimali ve başarı oranı artmaktadır.

4. Madde Bağımlılığında Çözüm Odaklı Terapi

Çözüm odaklı terapi genel olarak bir kısa terapi yöntemidir. Bu model, oldukça kompleks, bireysel uygulanan, eklektik, birçok stratejinin birlikte kullanıldığı bir pakettir. Diğer yöntemlerle karşılaştırılmalı çalışma sayısı oldukça azdır.

Çözüm Odaklı Terapi, madde kullanan kişinin yaşamının diğer alanlardaki sorunlarının çözümünün madde kullanımını azaltacağı veya iyileştireceğini varsaymaktadır. Amaç kişinin kendisi için önemli olarak gördüğü bir sorunu çözmesini sağlamaktır. Böylece kişi sorunlarının çözümünü öğrenecektir. Öğrendiği bu yöntemi yaşamının diğer alanlarını da uygulayacaktır. Kişinin sorunların çözümü için kendi yeteneğini keşfetmesini sağlamaya yöneliktir.

Çözüm odaklı terapide, terapist danışanın ayık olduğu dönemlere odaklanır. Danışanı dikkatle dinler, ayık kaldığı dönemlerdeki davranışları öğrenir ve bu dönemi onunla tartışmaya açar. Geçmişte yaptığını, gene yapmasını sağlamaktır hedef. Ayık olduğu dönemler ikiye ayrılabilir. Danışanın kendi isteği olan ve olmayan. Kendi isteği ile madde kullandığı

dönemler, terapiyi kolaylaştırır. Başka etkenlerin baskısıyla olan dönemler konuşulurken, gene danışanın kendi içsel güçlerini o dönemde nasıl kullandığı üstünde durulur.

Böylece danışan yaşamındaki diğer sorun alanlarını da keşfeder. Terapist bu alanlardaki sorunların madde kullanımıyla olan ilişkisini anlamasına da yardımcı olur. Bu sorunların çözümü için birlikte uğraşılırken, bir yandan başarısı üstünde de durulur.

Çözüm odaklı terapinin temel yapısı aşağıdaki maddelerden oluşur:

- Patolojiden ziyade yeterlilik üstünde durulur
- Kişiyi özel çözümler bulunmaya çalışılır
- Geçmiş başarılar kendine olan güveni inşa etmek için kullanılır
- Danışana bir uzman gözüyle bakılır
- Değişim için hedef koyma stratejisi uygulanır
- Değişimin sorumluluğu danışan ile terapist arasında paylaşılır
- İyimserliğin kapısını açabilmek için, istisnalardan yararlanır

Çözüm odaklı terapi sorunlar veya altta yatan nedenlerden çok çözüme odaklanır. Burada da danışanın iç kaynakları kullanılır. Çözüm odaklı terapinin temel felsefesini aşağıdaki üç kural iyi açıklamaktadır:

1. "Bozulmayacaksa, tamir etme"
2. Neyin çalıştığını öğrendiğin zaman, onu daha fazla uygula
3. Eğer o yöntem çalışmıyorsa, onu uygulama, farklı bir şeyler yap

Bir görüşme örneği

Tipik bir çözüme odaklı terapi görüşmesi aşağıdaki basamakları içermektedir.

- Mucize sorusunu sormak ("Eğer bir mucize gerçekleşseydi ve alkol/madde kullanımı sizin için bir sorun olmasaydı, yaşamınızda ne gibi farklılıklar olurdu?")
- İstisnaları sormak ("Bu mucizenin hayatınızda gerçekleştiği zamanlar oldu mu?")
- Şimdiki durum ile sorunun olmadığı dönemi karşılaştırmak ("Mucizenin gerçek olduğu zamanlar ile sadece sorunu yaşadığınız durumlar arasında, ne gibi farklar var?")
- Her şeyin nasıl gittiğini düşünmesi istenir ve mucizeye ulaşması için istekliliği araştırılır. Bir öte basamağa geçebilmesi için gerekli özgüven ve yapması gerekenler tartışılır.
- Bir sonraki basamağa geçebilmeleri için atılması gereken en küçük adım üstünde durulur.
- Danışanın güçlü olduğu yanlar üstünde durmak. Genelde danışanlar başarılarının övüldüğünü daha önce hiç duymamışlardır.
- Danışana durumunu düzelterek ödevler vermek (ona başarabileceği bir şey yapmasını isteyin. Bu şey, ona bilgi sağlayacak veya onu seçtiği "mucizeye" yaklaştıracak bir şeyler olmalıdır)

5. MRI Modeli

"The Mental Research Institute" kısa terapi modeli, normal yaşam sorunlarının kişiler tarafından algılanışı ve ele alınış biçiminden kaynaklandığını ve sürdürdüğünü kabul eder. Bu modele göre, normal zorluklar, bireyin durumları yanlış biçimde ele almasından ve her

seferinde aynı hatayı tekrarlamasından dolayı sorun haline gelir. Etkin olmayan yaklaşımların sürekli uygulanması sonucu zorluklar alevlenir.

MRI modeline göre çözüm, danışanın sorunu algılayışını değiştirmekte yatar. Daha sonra kullandığı çözüm yolları modifiye edilir, böylece daha etkili çözüm yolları bulmak kolaylaşır. Yeni çözüm yolları etkin olmayanlardan yeterince farklılaştı zaman sorunlar da çözülmeye başlar. MRI modelini uygulayan bir terapist, danışanıla birlikte aşağıdaki basamaklardan geçmek zorundadır.

- *Sorunu davranışsal anlamda tanımlamak:* Örneğin bir danışan durumu şöyle anlatabilir “arkadaşların içme tekliflerine karşı koyamıyorum. Ancak sonra sokakta kavgaya karışıyorum ve hatta eşime zarar veriyorum ...”
- *Danışanın sorunu anlama biçimini saptamak:* Örneğin bir kişi alkol sorununun işteki zorluklardan kaynaklandığını düşünebilir. Halbuki terapist sorunun çözülmemiş bir yastan kaynaklandığını saptamış olabilir. Bu durumda danışanın sorunu farklı bir biçimde algılamasını ve etkili çözüm yolları bulmasını sağlamak gerekmektedir.
- *Hedefleri belirlemek:* Hangi davranışlar değişecek ve değişimin belirtileri neler olacak?
- *Bulunan çözümleri gözden geçirmek:* Danışanın bugüne kadar bulduğu ve uyguladığı çözümleri tanımlamaktır. Çalışan veya çalışmayan yöntemler saptanır.
- *Durumu yeniden çerçevelemek:* Danışana kendisini, çevresini ve sorunu tekrar algılamasını sağlamaya çalışmaktır. Böylece yeni çözümler ortaya çıkar.
- *İkinci değişim düzenini geliştirmek:* Önceki çözüm yollarını modifiye ederek veya yeni çözüm yolları bularak, sorunları çözmeye daha etkin yöntemler geliştirmek hedeflenir. Örneğin içmesini kontrol etmek isteyen bir kişi bunu takıntı haline getirebilir. Her kontrol etmek istediğinde, kendisini zayıf ve güçsüz hisseder ve kontrolü daha çok kaybolur ve daha ok takıntı haline getirir. Bu durumda kişinin bunu yapabileceği, bu kapasitesinin var olduğu ona anlatılmaya çalışılır.
- *Sürdürmeyi planlamak:* Danışanın gelişimi izlenir, yeni sorunlara yeni çözüm yolları bulması sağlanır.

Tüm bu basamakların geçilme hızı; danışanın sorununa, genel gelişime, bilişsel kapasiteye ve değişim için hazır olup olmamasına göre değişir.

6. Kısa Aile Terapisi

Kısa aile terapisi, genelde 1.5 ila 2 saat süren, haftada en fazla 2 kez olan ve 6-10 gruptan oluşan bir süreçtir. Çok farklı paradigmalara dayanan ama özünde kısa olan aile terapileri vardır. Temel hedef ailelerin bağimlinin ayık kaldığı sürenin uzamasına yardımcı olmalarıdır.

Görüşmelerin içeriği

- İlk önce terapist sorunun ne olduğunu anlamaya ve ailenin hedefinin ne olduğunu anlamaya çalışır. Bunun için şu sorular sorulabilir; “Burada nelerin değişmesini bekliyorsunuz?”

- “Neyin üstünde çalışmak istiyorsunuz?”, “Buraya sizi getiren hedef nedir?”
- Terapist aileyi terapisinin etkinliğini artırmak için neler yapılması gerektiği konusunda ve madde kullanımının biyopsikososyal sonuçları konusunda eğitilir.
- Terapist aileye söylenenler konusunda ve hedeflerin aile üyelerine göre oluşan farklılıklar konusunda geri bildirim verir.
- Bu noktadan sonra aile üyeleri hedeflere doğru yönlendirilmeye başlanır.

Terapistin uyguladığı paradigmaya göre aile terapisinde uyguladığı terapisinin adımları değişebilir. Örneğin çözüm odaklı terapiyle çalışan terapist daha çok sorunların çözümüne ve değişime odaklanır. Eriksonian terapi uygulayanlar ise önce hedefleri belirler ve “bu hedefe ulaştığımızı nasıl anlayacaksınız?” diye sorabilir. Bu değişimin önündeki engelleri de ortaya çıkaracaktır. Sonlandırmadan önce uzun süreli takip gerekir.

3. MADDE DANIŞMANLIĞI

Madde danışmanlığı hastanın şimdiki durumunun gerçekleri ile uğraşır. Danışman profesyonel bir şekilde tavsiyelerde bulunur. Görüşmeler rastgele değil, belirli bir randevu düzeni içinde yapılır. Kişinin bireysel gereksinimleri saptanır ve uygun hizmetlere yönlendirilir. Kişiye sorunlarını anlatması için fırsat verilmesi çok basitte olsa güçlü bir tekniktir. İlk adım kişinin görüşmeye katılması ve devamıdır. Rogerian danışmanlık oldukça etkindir. Burada temel teknik, bireyin yargısız dinlenmesi, koşulsuz kabullenilmesidir. Aktif ve yansıtımlı dinleme yöntemleri kullanılır. Birey danışmana güvindikten ve inandıktan sonra, danışman bireye gerçekçi hedefler koyması için yardımcı olur. Hedefler sadece madde kullanımını bırakmak yönünde değil, aynı zamanda okul ve iş açısından olabilir. Seçenekler bireye sunulur ve onun bunlardan birisini seçmesi sağlanır.

Madde kullanıcısı kişinin kendisini “şoför koltuğunda” hissetmesi sağlanmalıdır. Yani, kişi iyileşmelerin veya tekrar başlamanın sorumluluğunu üstlenmelidir. Danışmanın sadece yardımcı olduğunun farkına varmalıdır. Seçilecek tedavi yöntemleri, diğer madde kullanıcıları ile olan ilişkileri konusunda birlikte tartışılır ve danışman tavsiyelerde bulunur. Buna ek olarak madde kullanıcılarının zamanlarını kullanabilmek için yeni yollar bulmasına ve alternatif hayat tarzları geliştirmesine yardımcı olmayı hedefleyen pratik çözümlerde sunulabilir.

Bazı madde kullanıcılarının madde aldıkları ortamlardan uzaklaşabilmeleri için evlerini taşımaları da çok önemli olmaktadır. Fakat bunun başarılabilmesi için bile etkin yardıma ihtiyaçları vardır. Bu nedenle madde kullanımı danışmanları genellikle diğer kurumlarla madde kullanıcılar adına işbirliği yapmak zorunda kalabilirler. Bu aktif ve pratik desteğin değeri küçümsenmemelidir. Bu tarz yöntemlere “Toplumu Güçlendirme Yaklaşımı (Community Reinforcement Approach)” da denmektedir. Bu yaklaşım, hastaların sosyal çevrelerini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Hastaların maddeden daha değerli olan şeylerle ilgilenebilmesine yardımcı olabilmek için, bireylerin ödüllendirmesine imkan sağlayan istihdam olanaklarının geliştirilmesi ve madde kullanımını içermeyen hobi aktiviteleri ve ilişkiler kurmaları hedeflenmektedir.

Eğitilmiş danışmanlarla madde kullanıcıları arasında destekleyici bir ilişki kurulmasını sağlayabildiği için danışmanlık, psikoterapi olarak kabul edilmektedir. Danışmanlıkta, genellikle intrapsişik süreçlerle uğraşılmamakta veya özgün psikoterapötik teknikler kullanmak için özel bir çaba gösterilmemektedir.

Danışmanlığın en önemli parçası tavsiyelerde bulunmaktır. Görüşmecinin kişinin madde kullanımı hakkında verdiği basit ve açık mesajların kullanılan madde miktarını azaltmada çok etkili olduğu gözlenmiştir. Görüşmeci, kişinin madde kullanımı hakkında

endişelerini dile getirmekte, alkol ya da madde kullanımının sağlık üstüne etkileri hakkında geri bildirimde bulunmakta ve kişiye değişimin gerekliliği konusunda öneride bulunmaktadır.

Sağlık çalışanının en önemli görevi hastasını bilgilendirmek ve sorularına yanıt vermektir. Hastanın görevi de sağlık çalışanına bilgi vermektir. Ancak bu alışveriş uygun bir şekilde yapılmazsa hiçbir sonuç alınmadığı gösterilmiştir. Hastanın pasif alıcı konumuna gelmesi yapılan danışmanlığın etkinliğini azaltmaktadır.

Bilgi verilirken yapılmaması gerekenlerden birisi “sen” kelimesinin kullanılmasıdır. Doğrudan mesajlar da etkili değildir. Örneğin “sigara içmenin akciğerlerin için ne kadar zararlı olduğunu biliyorsun değil mi?” gibi. Ya da “eğer sigara içmeye devam edersen durumun çok daha kötü olacak. O yüzden en kısa zamanda bırakmalısın”. Bu tarzda iletişimin en zararlı yanı dirence yol açmasıdır. Hasta kenara itildiğini hisseder, hiçbir şey yapamaz ancak direnç göstermeye başlar.

Hasta bilgi istiyor mu? Ne hakkında ve ne kadar bilgi istiyor? Hastaya bilgi vermenin ya da danışmanlık yapmanın en iyi zamanı, hastanın bu konu hakkında bilgilenecek istediği zamandır. Gerçek bilgiyle kişisel yorumunuzu birbirinden ayırt etmek zorundasınız. Siz bilgi verin, hasta yorumlasın. Bilgi aktarırken doğal bir ses tonu kullanılmalı ve “sen” sözcüğünün kullanılmasından kaçınılmalıdır. Danışmanlıkta şu sıra izlenmelidir.

İlgi ve isteği ortaya çıkarmak: Hastaya konu hakkında bilgi isteyip istemediğini sorun. (“...hakkında daha fazla bilgi edinmek ister miydiniz? Nasıl olduğunu bilmek ister miydiniz?”) hastanın ne istediğini iyice anlamaya çalışın. Eğer hastanın herhangi bir bilgi istemediğini anlarsanız, geri çekilin. Bilgi vermeye çok istekli gözükmeyin.

Doğal biçimde geri bildirimde bulunmak: Doğrudan onunla ilgili konuşmayın. Üçüncü bir şahıstan söz eder gibi konuşmak en doğrusu ve en kolayıdır. Bu dinleyen için inandırıcı ve daha az tehdit edici olacaktır. Konuyu hastaya anlayacağı biçimde aktarmaya özen gösterin ve yorum katmayın. Önce sorunun genel bir resmini çizin, ardından ayrıntılara girin. Onu şaşkına çevirecek kadar bilgi aktarmayın.

Hastanın yorumunu ortaya çıkarmak: İşte şimdi “sen” sözcüğünü kullanabilirsiniz. Verilen bilginin onun için ne anlam ifade ettiğini tartışabilirsiniz. (“ne düşünüyorsunuz?”).

Bu basamakları yaptıktan sonra bırakın hasta evine gitsin ve düşünsün. Bilgi aktarmaya ve dağıtmaya devam etmeyin. Onlar kendileri için uygun olan bilgiyi yerleştireceklerdir. Onu başka bir görüşmeye çağırın.

4. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Motivasyonel görüşme madde kullanımı ve bağımlılık alanında özellikle son yıllarda giderek önem kazanan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem özellikle madde kullanan kişiyi bırakmaya zorlayan yöntemlerinin başarısız olmasıyla önem kazanmıştır. Motivasyonel görüşmenin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve kişide bırakma yönünde kalıcı etkiler yapmasıdır. Motivasyonel görüşmenin en güncel tanımı şudur:

“Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır”.

Direktif olmayan danışmanlıkla karşılaştırıldığında daha odaklı ve hedef yönelimlidir. Ambivalansı incelemek ve çözümlmek merkezi amacıdır ve therapist bu hedefe ulaşmak konusunda kasıtlı olarak direktif davranır.

Motivasyonel görüşme kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlamak için yapılan yardımın özel bir yoludur. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir.

Ambivalansın çözülmesi ve kişinin değişime yönlmesine yardım etmek amacıyla kullanılır. Zaten bazı madde kullanıcılarının ihtiyaç duyduğu şey de tümüyle budur. Bazıları içinse bu tedavinin başlangıcıdır. Bu yöntem daha ileri bir terapötik çalışmanın başlamasını sağlar.

Motivasyonel Görüşmenin ruhu

İnsanlar kimi zaman davranış biçimlerini değiştirmek istemezler. Onların kendi adlarına yaptıklarına bu özgür seçimden döndürmenin yolu, değişime inanmalarını sağlamaktır. Zorlama başarıyı değil, çözümsüzlüğü getirecektir.

Motivasyonel görüşmenin ruhu ile bu ruhu yaşatmak için önerilen teknikleri birbirinden ayırt etmenin önemli olduğunu düşünüyoruz. Klinisyenler ve eğitimciler tekniğe çok odaklandıkları zaman yaklaşımın merkezi olan ruh ve stili kaybedebilirler. Klinik pratikte tekniğin çok çeşitli varyasyonları olabilir. Yöntemin ruhu daha esnektir ve birkaç kilit noktada karakterize olabilir.

Motivasyonel görüşme hasta ve danışan arasındaki bir iletişim biçimidir. Ambivalansı çözmeye, motivasyonu oluşturmaya ve davranışı değiştirmeye yöneliktir. Motivasyonel görüşme, bir görüşme tekniğidir çünkü eğitmeden ziyade dikkatli dinlemeyi ve stratejik sorular sormayı tercih eder.

Bu bölüm Miller ve Rollnick tarafından yazılan Motivational Interviewing ve Karadağ, Ögel ve Tezcan tarafından Türkçe'ye çevrilen Motivasyonel Görüşme isimli kitaplardan yararlanılarak yazılmıştır.

Motivasyonel görüşme, danışan merkezlidir. Görüşmecinin yapılmasının gerekli olduğunu düşündüğü şeyler üstünde değil, danışanın sorunları üstünde durur. Kişinin değişmesini sağlamak için bir tuzak görüşme değildir. Motivasyonel görüşme, insanlarla birlikte olmanın bir yoludur. Kişinin yaptığı değişiklikler ne büyüklükte olursa olsun, desteklenmesi gerekir. Bu açıdan bakıldığında, motivasyonel görüşmeyi kişilere “uygulanan” ya daha kötüsü “üzerlerinde kullanılan” birşey olarak düşünmek doğru değildir. Bu daha çok, formel danışmanlık sınırlarına hapsolmayan kişilerarası bir ilişki biçimidir.

Motivasyonel görüşmede danışan uzmandır. Bilen danışandır. Terapist bilen rolüne soyunmaz. Danışan neredeyse oraya gider. Terapist ambivalansın ortaya çıkışına yardım eder. Motivasyonel görüşme bir güç değil, bir danstır. Motivasyonel görüşme insani eşlik etmez, yargısız kabullenmez. Terapotik ilişki uzman/alıcı rolünden çok bir ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir. Terapist danışanın davranışları ile ilgili özerkliğine ve tercih yapma(sonuçlarına katlanma) özgürlüğüne saygı duyar.

Motivasyonel görüşme tekniğinde terapist, ikna etmeye çabalamaz. Çünkü, ikna etmeye çalışmak suçluluk, utanç, direnç yaratır. Pasifliğe yol açar Değişim motivasyonu danışandan alınır, dışardan dayatılmaz. Ambivalansı çözmek danışmanın değil danışanın görevidir. Danışmanın görevi ambivalansın iki tarafındaki ifadeleri de ortaya çıkartarak danışanı kabul edilebilir bir değişime yönlendirmektir.

Danışmanlık tarzı sessiz ve veriyi çıkartan bir tarzıdır. Doğrudan ikna, saldırgan yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşıtlarıdır. Danışman, danışanın ambivalansını inceleme ve çözümleme konusunda direktiftir. Değişime hazır olmak bir danışan özelliği değil, kişilerarası ilişkinin bir ürünüdür. Bu yüzden de terapist danışanın motivasyonel işaretlerine karşı açık ve dikkatli olmalıdır.

Temel Stratejiler

Her ne olursa olsun, motivasyonel görüşme stiline özelliği olan belli ve öğretilebilir terapist teknikleri vardır. Bunlardan bazıları:

- Kişinin anlayış çerçevesini anlamaya çalışmak; özellikle de yansıtma dinleme yoluyla.
- Kabul ve onayı ifade etmek
- Danışanın sorun tanıma, endişe, istek, değişim niyeti ve değişim becerisi konusunda kendini motive eden ifadeleri çıkartmak ve takviye etmek.
- Danışanın değişime hazırlık derecesini ölçmek ve direncin danışandan hızlı davranarak oluşmadığına emin olmak
- Danışanın kendi yolunu seçme özgürlüğünü tanımak

Kabullenmenin farklı biçimleri vardır. Bunlar:

- Yansıtma
- Doğrulama
- Anlaşma
- Onaylama

Motivasyonel Görüşmenin dört temel ilkesi

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri şunlardır:

- a. Empatinin gösterilmesi
- b. Çelişkilerin ortaya çıkarılması
- c. Dirençle çalışma
- d. Kendine yeterliliği destekleme

Motivasyonel görüşmede terapistin rolü otoriter olmamalıdır. “Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim” mesajından kaçınılması gerekmektedir. Hastalar her zaman bizim öğütlerimizi tutmak veya tutmamakta özgürdürler. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır.

Değişim için motivasyonun kurulması: birinci aşama

Görüşmede birinci aşama motivasyonun kurulmasıdır.

Önemlilik ve güven-yeterlilik

Davranış değişikliğinin üç ana teması önemlilik, güven-yeterlilik ve hazır olmadır. Önemlilik (Neden?) daha çok Değer mi? Neden? Bana faydası ne? Ne fark eder? Gerçekten istiyor muyum? sorularının yanıtlarını arar. Güven-yeterlilik (Nasıl, ne?)

Yapabilir miyim? Nasıl yapabilirim? Ben ... ile nasıl başa çıkacağım? Başarabilecek miyim? ise sorularının yanıtlarını arar. Hazır olma (Ne zaman?) ise Yapmak zorunda mıyım? Başka öncelikler neler? Sorularının yanıtlarını arar.

Ancak önemlilik ve güven/yeterlilik olarak ikiye ayırmak da yeterlidir. Hazır olma, bu ikisini içermektedir. Bir kişi için değişmek önemliyse ve bu değişikliği yapma konusunda kendine yeterince güven duyuyorsa, bu değişimi gerçekleştirebilir. Bunu araştırmak ve kişiye kazandırmak için 0 ile 10 arasında bir skala üstünden değerlendirme yapması istenebilir.

Erken dönemde düşülebilecek tuzaklar

Görüşmede terapistin düştüğü tuzaklar veya yaptığı hatalar genelde benzerdir. Değişimi sağlamak için yapılan görüşmelerde sık karşılaşılan tuzaklar aşağıdaki gibidir:

- Görüşmeyi soru yanıt haline çevirmek
- Konuya erken odaklaşmak
- Taraf tutmak
- Uzmanlık taslamak
- Danışanı suçlar duruma düşmek
- Etiketlemek

İlk görüşme

Yapılan ilk görüşme çok önemlidir. Görüşmenin başında ilişki kurmak temeldir. Hem sözel hem de sözel olmayan davranışlar ilişkinin hızlıca kurulmasını sağlar. Terapisti hastadan uzaklaştıran sözel olmayan davranışlar göz temasının eksikliği (çizelgeye ya da notlara bakmak), hastadan uzaklaşmak, dikkati dağılmak ya da acele etmek ve sözel olmayan tepkilerin eksikliğidir (örn. kafa sallamak). Aşağıdaki noktalara dikkat etmek gerekir.

Açılış ve yapılandırma

Danışanlar görüşmeye terapist tarafından eleştirilecekleri, yargılanacakları, medikalize edilecekleri gibi çeşitli korku ve beklentilerle gelebilir. Bunun için önce bir yapılandırmaya geçmek daha doğrudur. Görüşme için ne kadar zamanınız olduğu, rolünüz ve hedeflerinizi, danışanın rolünü belirtmeniz ve sorulacak ayrıntılı sorulardan onu haberdar etmeniz gerekir.

Gündem oluşturma

Burada temel soru “Bugün neler konuşacağız?”dır. Bunu öncelikle danışana sormak ve onun önem verdiğini ortaya çıkarmak gerekir. Önce onun gündeminden başlamak, daha sonra kendi gündeminize geçmek erken odaklaşma tuzağına düşmenizi engeller.

Danışan öyküsünü anlatırken, davranış değişikliği için hedeflenebilecek potansiyel alanların neler olduğu görülebilir. Görüşmenin başında terapist, danışana tartışma için seçenekler sunarak konuşmaya nereden başlayacağı konusunda inisiyatif tanınmalıdır. Örneğin terapist şeker hastası bir danışana “*Bugün ne hakkında konuşmak isterdiniz? Kan şekerinizi ölçtürmek, sağlıklı beslenmek, egzersiz yapmak ve ilaçlarınızı almak hakkında konuşabiliriz. En çok kaygılandığınız şey nedir? Belki de başka bir şey vardır?*” diyebilir. Danışanlara ilk kontrolü vermek onları daha aktif katılımcılar haline getirir ve daha çok konunun keşfini sağlar. İlk olarak danışanın endişelerini aydınlatmak önemlidir ve terapistin planına kapı aralar.

Beş erken yöntem

Motivasyonel görüşmede temel etkileşim stratejileri şunlardır:

- Açık uçlu sorular
- Yansıtmalı dinleme
- Özetleme
- Kabullenme
- Değişimi konuşmak

1. Açık uçlu sorular

Örneğin amacımız danışanın ilaçlarını içip içmediğini öğrenmek olsun. Bu soruyu aşağıdaki biçimlerde sorabiliriz.

1. İlaçlarını içtin mi?
2. İlaçlarını ne kadar daha önce konuştuğumuz tarzda içebildin?
3. İlaçlarla aran nasıl, biraz anlatır mısın?

İlk iki soru kapalı sorulardır. Sonuncusu ise açık uçlu soru olup, kişinin ilaçlarla olan ilişkisini bize tam olarak anlatmasını sağlayacaktır.

Tipik bir günü sormak, terapistin danışanın sosyal bağlamını ve riskli davranışını yargılayıcı olmayan bir çerçevede öğrenmesine olanak sunar.

2. Yansıtma dinleme

Yansıtma dinleme danışanın ne söylediğini anlama ve onun söylediğini ona yansıtma. Yansıtma dinlemenin amacı kişinin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Yansıtma dinlemenin yararı, kişinin söylediklerini anladığınızı ve onu dinlediğinizi göstermesi, değişimle ilgili olumlu cümleleri vurgulaması, direnci yayması ve direnci dağıtmasıdır. Farklı tiplerde yansıtma dinleme yöntemleri vardır. Bunlar;

1. Tekrarlama
2. Yeniden anlamlandırma
3. Empatik yansıtma
4. Yeniden çerçeveleme
5. Duygusal yansıtma
6. Abartılmış yansıtma
7. Çift taraflı yansıtma

3. Desteklemek

Görüşmede danışanı desteklemek ilişki kurmada büyük önem taşır. Kişinin kendini keşfetmeye başlaması için de önemli bir adımdır. Övgü ve beğenide bulunmak, onu anladığınızı belirtmek yararlı olabilir. Örneğin; *“Buraya gelmek büyük bir adım”, “İyi bir fikir”, “Bu konuda çok kararlı olduğunuzu görüyorum”, “Aslında geçmişte bunların çoğunu başarmışsın”* gibi...

4. Özetlemek

Özetleme, bilgilerin toplanması ve yansıtmasını amaçlar. Özetlemeden sonra başka bir konuya geçmek daha uygundur. Özetlemede hedef aynı zamanda ambivalansın ortaya konmasıdır. Özetleme, yansıtmadan daha uzundur. Özetler, görüşmenin ortasında başka bir konuya geçmek ya da hastanın ambivalansının iki tarafını da aydınlatmak için kullanılmalıdır.

5. Değişimi konuşmak

Motivasyonel görüşmede değişimi konuşmanın anlamı “self motivasyonel” sözcükleri ortaya çıkarmaktır (Change Talk). Bununla ilgili bilgiler diğer bir bölümde verilmiştir.

Değişim taahhüdünü güçlendirmek: ikinci aşama

Taahhüt ifadeleri gelecekteki davranışa ilişkin bir anlaşma, niyet veya vaat içerir. Bu doğrudan bir taahhüt fiiliyle ya da dolaylı olarak ifade edilebilir.

Taahhüdün gücünü ölçmek kişinin değişimi sağlamak ve sürdürmek konusunda ne kadar kararlı olduğu ile ilgilidir. Doğrudan sözel taahhüdü ölçmenin birçok biçimi vardır. Taahhüdün gücü aşağı doğru azalan bir sırayla, şu sözel ifadeleri içerir:

5	4	3	2	1
Garanti ediyorum Yapacağım Söz veriyorum Vaat ediyorum Temin ederim ki Kendimi adıyorum Biliyorum	Kendimi bu işe verdim Taahüt ediyorum Kabul ediyorum Hazırlanıyorum Niyetliyim Hazırım	İple çekiyorum Razıyım Planlıyorum Çözümlüyorum Bekliyorum Hakkını veriyorum Niyetimi açıklıyorum	İstiyorum Destekliyorum İnanıyorum Kabul ediyorum Gönüllüyüm Amaçlıyorum Öneriyorum Yatkınım Umuyorum Tahmin ediyorum	Görüyorum ki Tahmin ediyorum Öngörüyorum İddia ediyorum Umuyorum Deneyeceğim Sanırım yapacağım Umuyorum yapacağım Hayal ediyorum yapacağım Tasarlıyorum Düşüneceğim

Değişimi Konuşmak

Danışanın şimdiki durumun olumsuz yanlarının farkına varması, değişimin avantajlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliğinizi göstermesi ve değişimden terapistin kastını anlaması için değişimi konuşmak gerekir. Bu amaçla, danışanın değişim için isteği, değişebilme yeteneği, değişmek için nedenler, değişmek için ihtiyacı ve değişime bağlılığını araştırmak gerekir.

Değişimi tetikleyecek sorular şunlar olabilir:

- “Değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?”
- “Değişmeden bugünkü gibi yaşadığımızı düşünün. 10 yıl sonra hayatınız nasıl olacak?”
- “Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir?”
- “Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?”

Değişimi hızlandırabilecek sorular ise şunlardır:

- “Eğer yapmaya karar verirsen, hangi yolu tercih edersin?”
- “Bununla ilgili olumlu şeyler neler?”
- “Ne yapmayı istiyorsun?”

Kişi değişimi konuşmaya başladığı zaman aşağıdaki ifadeleri kullanmaya başlar.

Şimdiki durumun dezavantajları

*“Tahminimden daha büyük bir sorunla karşı karşıyayım”
“Daha önce bunun ailemi nasıl etkilediğinin farkında değildim”*

Değişimin avantajları

“Çocuklarım sevinecek, ben bıraktığım zaman”

Değişim konusundaki iyimserlik

“Eğer karar verirsem yapabilirim”

“Ben daha önce sigarayı bıraktım. Bunu da bırakabilirim”

Değişim eğilimi

“Bıramayı düşünme zamanı...”

“Bu yolda devam etmeyi istemiyorum”

Değişimi konuşmak için yöntemler

1. Açıklayıcı sorular sormak:

Bu sorular aşağıdaki başlıkları ortaya çıkarmak için sorulur.

- Şimdiki durumun dezavantajları “Şimdiki durumun hakkında seni endişelen- diren şeyler nelerdir?”
- Değişimin avantajları “Değişmenin avantajları nelerdir?”
- Değişim konusundaki iyimserlik “Değişmek konusunda sana kendini güvende hissettiren nedir?”
- Değişim eğilimi “Ne yapmayı düşünüyorsun?”

2. Önemlilik cetvelini kullanmak:

Daha önce söz ettiğimiz 0-10 arası önemliliğin saptanmasıdır. Örneğin “değişmek senin için ne kadar önemli?”

3. Karar dengesini açığa çıkarmak

Değişimin avantajlarının ve dezavantajlarının birer listesinin yapılmasıdır. Basit karar dengesinde “bir yanda...” varken “öbür yanda ...” vardır. Her iki taraf da özetlenir, danışanın vardığı sonuç anlaşılmaya çalışılır ve dinlenir. İkili karar dengesinde (ki buna ambivalans haçı denir) ise şimdiki durumun yararları ve zararları ile değişimin yararları ve zararları tartışılır. Üçlü karar dengesinde ise şimdiki durumun iyi olan ve olmayan yanları, değişimin iyi olan ve olmayan yanları ile değişimin olmadığı durumun iyi olan ve olmayan yanları tartışılır. Bu durumların artı ve eksileri özetlenir.

Değişimin artı ve eksilerinin keşfi danışanların:

- (1) Ambivalanslarının her iki yanını da aynı anda görmelerine,
- (2) Terapistin onların ambivalanslarının sadece artılarıyla değil her iki tarafıyla da ilgilendiklerini fark etmelerine
- (3) Kendi ambivalanslarının her iki tarafı hakkında daha derin düşünme ve bunu ifade edebilmelerine yardımcı olur.

Karar dengesi çalışması yapmak terapist için iyi bir deneyimdir. Yansıtmayı, danışan odaklı olmayı ve yargısız dinlemeyi öğretir.

Sonuç olarak bir özet sunmak danışanın ambivalansının her iki tarafını da aydınlatmak konusunda önem taşır. Terapist *“Bir yandan sigara içmeyi stresinizi azaltarak moralinizi düzelttiği için seviyorsunuz, diğer yandan ise sigara içmek size stres veriyor çünkü sabahları öksürdüğünüz, sigaraya çok para harcadığınız ve çocuklarınıza kötü örnek olduğunuz için endişeleniyorsunuz. Bu oldukça zor bir durum olmalı. Bundan ne çıkartıyorsunuz? (ya da Bu durumla ilgili ne yapmak istiyorsunuz?)”* diyebilir.

Özetle empatik bir ifade ve danışanın kendini bundan sonra nerde görmek istediğine ilişkin bir sorgu ile tamamlamak önemlidir (“zor bir durum olmalı”). “Artı ve eksileri” keşfetmek sadece bilgi toplamak için kullanılmalıdır çünkü olgunlaşmamış sorun çözümü hastada direnç yaratabilir.

4. Ayrıntılandırmak:

Eğer kişi değişim için bir neden söylediyse, bu durumda görüşmeci bu konuyu daha ayrıntılı olarak işlemelidir. Bu amaçla terapist...

- Daha netleştirmek için sorular sorabilir “ne zaman, nasıl?”
- Bazı örnekler vermesini isteyebilir
- Anlattığı şeyin olduğu dönemin tanımının yapılmasını isteyebilir
- Değişim konusuyla ilgili olarak “başka?” diye sorabilir.

Somut örnekler istenebilir. *“Bu en son ne zaman oldu? Bana bir örnek verin. Başka ne oldu?”* gibi...

5. Uç durumları sorgulamak

Örneğin...

- “Eğer böyle devam edersen, başına gelebilecekler nelerdir?”*
“Eğer değişmeyi başarabilirsen, her şey nasıl farklı olacak?”

Geçmişe bakmak: Bazen geçmişe bakmak yararlıdır. Örneğin...

- “İçmeye başlamadan önceki sen ile bugünkü sen arasında nasıl bir fark var”*
“Senin için her şeyin iyi gittiği günleri hatırla. Neler değişti?”

6. Geleceğe bakmak:

Her şey olduğu gibi devam ederse (statüko) ne olabileceğini sorulabilir. Örneğin...

- “Değiştiğinde neler olacağını düşünüyorsun?”*

*“On yıl sonra nasıl bir hayatın olacak?”
“Eğer değişmezsen, gelecekte neler olacağını düşünüyorsun?”*

Mucize sorusu denenebilir. *“İstediğiniz değişimi gerçekleştirmek konusunda yüzde 100 başarılı olsanız, ne farklı olurdu? Bundan beş yıl sonra ne olmasını istediniz?”*

Gerektiği durumlarda geçmişe dönülebilir. Söz konusu endişe yaşanmasından öncesi sorulabilir *“O zaman nasıldı?”*.

7. Hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak:

Her kişinin bir hedefi ve değerleri vardır. Kişinin rehber değerlerinin neler olduğunu sorulmalıdır. Bir ‘soru’ davranış varsa, bu davranışın kişinin hedef ve değerleriyle ne kadar içsel olduğu öğrenilmeye çalışılmalıdır. Örneğin *“Senin için neler önemli hayatta”* diye sorulabilir. Bu bir değer ya da hedefi gerçekleştirmeyi mi sağlıyor, engel mi oluyor yoksa ilişkisiz mi olduğu araştırılmalıdır. Bunlar öğrenildikten sonra, şimdiki durumla karşılaştırma yapılabilir.

Değişim konuşmasını yanıtlamak

Kişi değişim konuşmasına başladığı zaman nasıl yanıtlar vereceğiz. Eğer doğrudan bir tarafı seçmek durumundaysak (örneğin kişi rejim yapmadığı için şeker komasında veya diyet yapmak istiyor ama bir türlü yapamıyorsa vb) o zaman aşağıdaki yöntemleri kullanmak gerekir.

- Açığa çıkarmak: Değişimi hangi yolla, nasıl yapacak, başka endişeleri neler, örnekler vermesi sağlanarak konu değışilebilir.
- Değişim konuşmasını yansıtmak: Yansıtmalı dinleme yapmak.
- Özetlemek: Konuşulanları özetlemek.
- Desteklemek: Örneğin “Bu iyi bir fikir gibi görünüyor, bence bu yöntem çalışabilir”.

Ancak doğrudan seçilecek bir taraf yoksa (örneğin boşanıp boşanmamaya, işten ayrılıp ayrılmamaya karar vermemek vb), o zaman aşağıdaki yöntemler kullanılmalıdır.

- Ambivalansı netleştirmek: Ambivalansın her iki yönünü de iyice deşmek.
- Değerleri netleştirmek: Kişinin değerlerini sorgulamak ve ortaya çıkarmak. Hedefleri neler, 10 yıl sonra hangi noktada olmak istiyor, onun için hayatta neler önemli gibi soruların yanıtları aranabilir.

Direnç

Görüşmede direncin göstergeleri

Görüşmede direncin göstergeleri şunlardır:

- Tartışmaya Girme
- Görüşmeyi Kesme
- İnkâr Etme
- Aldırmama

Dirençle başa çıkma

Dirençle başa çıkmanın birinci yolu görüşme sırasında hastada gelişen direncin farkına varılmasıdır. Eğer terapist direncin farkına varmazsa, görüşmenin kontrolü elden gidecektir. Unutulmaması gereken bir diğer nokta her zaman direncin aşılamayacağını da bilinmesidir. Direnç aşılamazsa, zorlamak gereksizdir. Dirençle karşılaşıldığında terapist danışanın neden sorunla ilgili konuşmaktan kaçındığını düşünmelidir. Değişimin onun kararı olup olmadığı tekrar değerlendirilmelidir.

Direnç yanıt vermenin en basit yolu bir direnç göstermemektir. Hastanın uyuşmazlığı duygusu veya algısının kabul edilmesi, direnci gösteren kişiyi dirençten çok daha ileri araştırmaya sevk eder. Bir anlamda onun amacının çözümsüzlük olduğunun farkına varılarak, o kendisiyle baş başa bırakılmaktadır. Dirençle başa çıkmanın yolları şunlardır:

- Yansıtmalı dinleme yapmak
- Empatik cümleler kurmak
- Odağı değiştirmek
- Değişim yerine ilişkiyi kurmaya çalışmak
- Önce onun için önemli olanları konuşmak
- Kişisel tercih ve kontrolü vurgulamak
- Terapötik paradoks

DİĞER YAKLAŞIMLAR VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİ

Motivasyonel görüşme tekniği standart yaklaşımlardan veya inkarın yüzleştirilmesinden önemli farklılıklar gösterir. Bu farklılıklar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

STANDARD YAKLAŞIM	MOTİVASYONEL YAKLAŞIM
Sorunun çözümüne odaklanır Ebeveyn yaklaşımı Hastanın motive olduğunu kabul eder Öneri, uyarı ve ikna Ambivalans kişinin inkar ettiği anlamını taşır Hedefler reçete edilir Dirence tartışma ve düzeltme ile yaklaşılır	Hastanın kaygılarına eğilir Eşitlikçi yaklaşım Hastanın motivasyon düzeyine göre yaklaşım Kişisel çözümlere vurgu yapar Ambivalans değişim sürecinin normal bir parçasıdır Hedefler birlikte konur, seçenekler sunulur Direnç kişinin kendi dinamikleridir

İNKRARIN YÜZLEŞTİRİLMESİ	MOTİVASYONEL YAKLAŞIM
Tanının kabulünün değişim için koşul olması, kendiliğinden bir sorun olarak algılanması Kişilik patolojisinin üstünde durmak Terapist sorunları saptar ve başvurana aktarır ve kabul etmesine çalışır Direnci inkar olarak görülür Direnci tartışma ve düzeltme ile aşılar Tedavi hedefleri ve değişim stratejileri terapist tarafından belirlenir	Etiketleri yeniden yorumlamak Kişisel seçimler ve davranışı değiştirmenin sorumluluğunu üstlenme üstünde durulur Terapist objektif değerlendirir ancak başvuranın kuşku ve korkularına da yer verir Direncin terapist tarafından yaratıldığı düşünülür ve kişilerarası ilişki sorunudur Direnci yansıtma ile aşılar Başvuran ve terapist hedefle ve stratejileri bilgi ve veriler ışığında

Bilişsel Terapi ve Motivasyonel Görüşme arasındaki benzerlik ve farklılıklar

“Motivasyonel Görüşme bir tür Bilişsel Terapi midir?” sorusunun cevabı aslında daha çok kuzenler gibidir olmalıdır. İyi uygulanan Bilişsel Terapi (BT) türlerinden bazıları Motivasyonel Görüşmeye (MG) çok benzer. Ne kadar süreyle” sorusunun cevabı aşağıdaki altı faktörün birleşimine, olumlu döngü ve davranışın otomasyonuna bağlıdır. Aşağıda davranış değişikliğinin faktörleri ve etkileyen yöntemler verilmiştir.

- Motivasyon (Neden?) MG
- Değişim (Nasıl?) BT
- Hedefler (Ne? Ne kadar süreyle?) MG+BT
- Yeterlilik/kendine yeterlik (Ne kadar emin?) MG+BT
- Karar alma (Ne zaman?) MG
- Taahhüt (Ne kadar?) MG
- Kalma/relapsı önleme BT(+MG)

MG ve BT değişimin farklı unsurlarına odaklanır. Motivasyonel görüşme; danışana neyin ve neden değişeceği, değişimin ne kadar önemli olduğu ve ne zaman gerçekleştirileceği sorularını cevaplamak konusunda yardımcı olmaya odaklanır. Bilişsel terapi ise; danışana “neyin” ve “nasıl” değişeceği ve değişimin sürekliliği konusunda yardımcı olacak strateji ve teknikleri içerir.

Bilişsel Terapi sorunun bilişsel formülasyonudur. Sorunlu düşünceler, duygular, davranış ve bedensel tepkiler arasındaki ilişkinin teorisidir. Düşünmedeki değişikliklerin duygularda, davranışta ve beden tepkilerinde de değişiklik yaratacağını varsayar. Psikolojik tıbbi modelde, terapist danışanla birlikte neyin yanlış olduğunu saptar, yani tanı koyar ve bunu sabitler, yani tedavi eder. Bilişsel terapide terapist tedavinin uzmanıdır, tedavi hastayla birlikte yapılır. Uzman terapist, danışanı kendine yardım becerileri konusunda eğitir. Bazen danışanlar sadece bir (bilişsel) terapist ile konuşma yoluyla da değişir. İşlevsiz düşüncelerini tanımlama ve değerlendirme becerisi kazanırlar ve daha işlevli alternatifler üretirler. Bu terapi yönteminde, sıklıkla değişim danışanın uzun süreli bilinçli çabasını gerektirir. Danışana bilişsel kendine yardım becerileri öğretmeyi, bilişsel yeniden yapılandırmayı, düşünceyi gözlemlemeyi ve tanımlamayı, düşüncenin geçerliliğini ve işlevliliğini değerlendirmeyi, alternatifler üretmeyi öğretmeyi amaçlar.

Motivasyonel Görüşme ise danışan odaklı ve yönlendirici bir yöntemdir. Ambivalansı keşfetmek ve çözümlenmek yoluyla değişimin içsel motivasyonunu artırır. Taahhüt ve değişim için var olan yeteneği ortaya çıkartır. Hümanistik ve varoluşçu psikoloji temellidir. Danışanların değişim için içsel kaynaklarının olduğunu, danışanların kendi davranışlarını anlamlandırmaları hat safhada önemli olduğunu ve danışanların seçenekleri olduğunu kabul eder. Motivasyonel Görüşme danışanı, terapisti, etkileşimi ve değişim ve değişim konusundaki zorluklara ve terapiyi zora sokabilecek durumlara ilişkin bağlamsal faktörleri uygun şekilde yönlendirir.

Bilişsel terapideki olumsuz otomatik düşüncelerin Motivasyonel Görüşmedeki karşılığı “Değişim konuşması (change talk)”dır. Bilişsel terapideki “şemaların” Motivasyonel Görüşmedeki karşılığı “değerler (values)”dir. Aşağıda kavramsal ikizin karşılaştırmaları yer almaktadır.

OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER	DEĞİŞİM KONUŞMASI
<p>Altında yatan düşünceler Dille iletilir Sorunların sebeplerine katkıda bulunanlar</p> <p><i>Hedef</i> Düzenleme, sıklık ve önemini azaltma Tanımlama Geçerlilik ve işlevliliği değerlendirme Daha iyi alternatifler üretme</p>	<p>Konuşulan kelimeler Altında yatan düşüncelerin ifadesi Değişim sebebine katkıda bulunanlar</p> <p><i>Hedef</i> Güçlendirme, sıklığı ve belirginliği artırma Tanımlama Çıkartma Keşfetme Özetleme Sonuca varma (karar alma)</p>

ŞEMALAR	DEĞERLER
<p>Düşünme ve ilişkili içeriğin örüntülerini oluşturan zihinsel yapı. Kişinin kendisi, diğer kişiler, doğru ve yanlış ile ilgili çekirdek inançlar. Olayların, davranış ve durumların algılanışı ve yorumlanmasını etkiler. Davranış ve duyguları etkiler.</p> <p>Katı bir yapıdır ama bir ölçüye kadar gözlemlenebilir.</p> <p>Çoğunlukla işlevsiz ve düzenlenmeye muhtaç bir yapı olarak görülür.</p> <p>Şema değişimi davranışta büyük değişimlere sebep olur.</p>	<p>Kişinin olmak istediği kişiyi ve yaşamak istediği hayatı tanımlar. Davranışsal idealler- iyi/kötü davranış hakkındaki yargıları ve değerlerle tutarlı davranma konusundaki yönelimleri içerir.</p> <p>Deneyimler için tercihleri içerir Az çok bilinçli yapılardır, gözlemlemek olasıdır. Değişim motivasyonunun kaynağıdır. Davranışların değerler ışığında değerlendirilmesi uyumsuzluğa, duygusal aktivasyona ve davranışlarda büyük değişikliklere sebep olabilir.</p>

Gerek bilişsel terapide, gerekse motivasyonel görüşmede bilgi sağlama, ilişki, çalışma işbirliği, devam eden süreç ve iletişim becerileri büyük önem taşır. Aşağıdaki tabloda her ikisinin farklılıkları ve benzerlikleri görülmektedir.

BİLİŞSEL TERAPİ	MOTİVASYONEL GÖRÜŞME
<i>Bilgi sağlama</i>	
Sorunun bilişsel formülasyonu ile ilgili bilgi verir. Paylaşılan bir anlama terapi işbirliği ve motivasyonunu ve değişim olasılığını artırır. Sorunun anlamlandırılması kontrol ve umut hislerine götürebilir.	Bilgi sağlama (bilginin karşılıklı değişimi)Olumsuz sonuçlarla ilgili bilgileri paylaşarak motivasyonu artırır. Değişim yolları üzerine bilgi sağlar. Bu danışan seçimini destekler ve seçilen yöntemin kabul edilebilirliğini, taahhüdü ve değişim olasılığını artırır.
<i>İlişki, çalışma işbirliği ve devam eden süreç</i>	
Her ikisi de “Sorun” odaklıdır. Terapist ve danışan arasında devam eden süreç, tedavide belirgin değildir. Terapist pozitif geri bildirim ve onaylama verir ama onun eylemleri ve hakkında yorum yapılmaz.	
Rol beklentileri hakkında bilgi verilir. Tedavinin odağı ve yöntem hakkında açıklayıcı bir kontrat yapılır. Her görüşmede gündem oluşturulur. Danışanın seans ile görüşleri konuşulur.	Odak üstünde pazarlık, gündemi planlama yapılır ve mutabakata varılır. Terapide devam eden süreç devamlı izlenir. Danışanın tepkilerine bağlı ortaya çıkan terapist davranışları düzeltilmeye çalışılır.
<i>İletişim Becerileri</i>	
Sokratik Sorgulamadır. Sorular, yansıtma ve özet ifadeler. Yansıtma soru biçiminde de olabilir. Yaşantının altında yatan anlamı araştırılır. Danışanın kendisi, diğer insanlar, dünya ve gelecek hakkındaki görüşleri araştırılır. Düşünceler değerlendirilerek, kişinin davranışları ve bilişleri modifiye edilir.	Açık uçlu sorular, özetleme, yansıtma kullanılır. Empatiyi ifade etmek, çalışma ilişkisini geliştirmek, altında yatan anlamı araştırmak, direnci çözmek hedeftir.

Motivasyonel görüşme tekniğine, bilişsel terapi bileşenlerinden danışana kendine yardım becerilerinin öğretiminin, bilişsel yeniden yapılandırmanın, sorun çözümünün, beceri eğitiminin ve empatik yüzleştirmenin uyarlanmasının gerekli olduğu kanaati hakimdir.

Bilişsel terapinin ise, motivasyonel görüşmenin ruhunu uyarlaması gerektiği bildirilmektedir. Öte yandan yine motivasyonel görüşmenin bileşenlerinden empati kurmanın, yansıtma dinlemenin, mikro iletişim becerilerinin seçici kullanımının, ambivalansı anlamının, değişimin korunmasını ve tedavide danışanın aktif katılımının, değişim için motivasyonun artırılmasının, direnci anlamayı, tekrarlanan karar verme ve taahhüdü, danışanın var olan kaynaklarını çıkartmaya odaklanmanın bilişsel terapiye uyarlanması önerilmektedir.

Motivasyonel Görüşmenin etkinliği

Motivasyonel görüşmenin danışanların davranışlarını değiştirmede etkin olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Bu tekniğin herhangi bir zararı veya yan etkisi olmadığı da saptanmıştır. Araştırmalarda motivasyonel görüşmenin vücut kitle indeksi, total kan kolesterolü, kan basıncı, kan alkol konsantrasyonu ve standart etanol içeriği üstüne etkileri olduğu bulunmuştur. Bu etkilerin klinik olarak anlamlı olduğu da gösterilmiştir. Yapılan meta analizlerde kısa görüşmelerde bile (15 dakika) etkin olduğu belirtilmiştir.

Tekniğin başarısı terapistin eğitim geçmişine (doktor veya psikolog vb) dayanmadığı iddia edilmektedir. Etkinlik daha çok terapist ve danışan arasındaki ilişkinin kalitesinden ve terapistin aldığı motivasyonel görüşme tekniğindeki yeterliliği veya yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Araştırmalar motivasyonel görüşme tekniğinin çeşitli yaşam biçimleri sorunlarında etkili olduğunu, sorunun fizyolojik veya psikolojik olmasının herhangi bir etki göstermediğini saptamıştır. Bu durum, motivasyonel görüşmenin davranış sorunları yaşayan farklı ve geniş gruplarda uygulanabilirliğinin olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de Motivasyonel Görüşme Tekniği uygulaması

Motivasyonel Görüşme Tekniği aslında Türk insanı için oldukça uygulanabilir bir yöntem olduğunu çalışmalarımızda gördük. Yöntem, bizim insanımızın sosyal ve kültürel yapısına uygun bir teknik olarak gözükmektedir. Hatta, bu yöntemin Türk insanı için çok etkili olabileceğine dair bir inancım var. Bu inancımın kaynakları şunlar:

Aile içi baskıların bizim kültürümüzde oldukça yüksek olduğunu kabul etmek gerekir. Ebeveynler, eşler veya yakınlar kişiyi değişim yönünde zorlamaktadır. Değişmesi için çeşitli baskılar kullanmaktadır. Sonunda da bir doktora, bir uzmana götürmektedir. Genelde bu “götürme” biçimi de zorlayıcı veya aldatmacı olabilmektedir. Zorla veya aldatılarak doktora getirilen kişinin değişim için motivasyonu daha düşük olmaktadır. Genelde bu kişilerin kendilerinin kontrolünün kendilerinde olmadığı hissini yaşamaları da sıkıdır. Motivasyonel Görüşme Tekniği ile karşılaştıkları zaman ise, tekrar kendi kontrollerinin ellerine geçtiği hissi değişim önündeki engelleri kaldırmakta yararlı olabilmektedir.

Kültürümüzde, doktordan veya tedavi ediciden beklenen otoriteryen bir tavırdır. Genelde doktor “önemli” bir adamdır ve kimi zaman bir uzman, kimi zaman bir baba edasıyla bazı tavsiyelerde bulunur. Böyle bir sosyokültürel imaj yerleşmiş durumdadır. Ancak bu durum değişim karşısında direnç gösteren bir kişi, olumludan ziyade, direnci artıran bir etken olarak görülebilir. Aile içinde de değişim için zorlanan kişi, doktora gelirken bu imaja ve ona karşı geliştirilmiş, hazırlanılmış zırhları ile gelmektedir. Beklentisi ona öğüt veren, yol gösteren veya azarlayan bir tavırdır. Halbuki, motivasyonel görüşme işbirlikçi bir yaklaşımdır. Beklemediği bir yaklaşımla karşılaşan kişinin tüm direnç planları ve mekanizmaları yıkılmaktadır.

Motivasyonel Görüşme Tekniği kimi zaman itiraz veya şaşkınlıkla da karşılanabilmektedir. Bu itiraz danışandan veya ailesinden gelebilmektedir. Ailenin beklediği “hasta”ya değişmesi gerektiğinin bir anlamda doktor tarafından empoze edilmesidir. Beklenti, “hasta”nın içeri girmesi, doktor tarafından kullandığı maddenin veya davranışlarının ne kadar zararlı olduğunun ona anlatılması, bunun onucunda kişinin hızla değişme kararı alması yönündedir. Halbuki, görüşmecilerde kararlarının sorumluluğunu bireye vermektedir. Ailelerin duruma tepkisi bu yönde olmaktadır. Bu nedenle danışanla birlikte gelen aile üyelerinin bilgilendirilmesi de önem taşımaktadır.

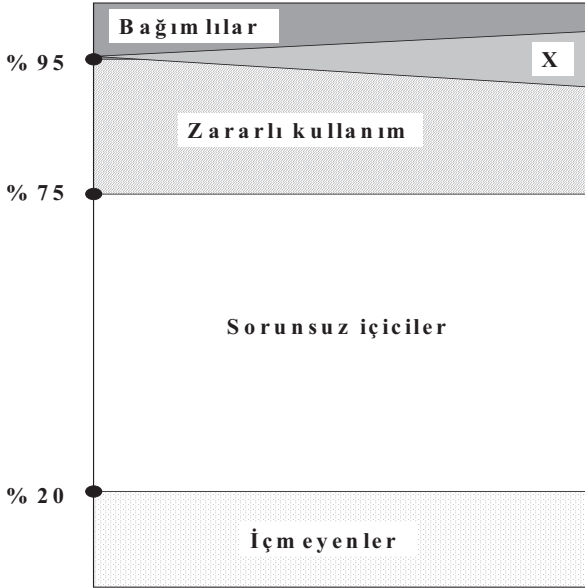
Motivasyonel görüşme tekniği aktif öğelerde içerir. Kültürümüzde tamamen pasif terapistlerin ve terapi yöntemlerinin algılanmasının oldukça güç olduğunu görüyoruz. Özellikle bireyleşmenin “ayıp” olduğu duygusu içindeki danışanlarda, terapistin kişiyi yalnızlığı içinde düşünmeye itmesi, terapistin hiçbir şey yapmadığı ve hatta ilgilenmediği duygusu yaratmaktadır. Motivasyonel Görüşme Tekniğinin aktif öğeleri sayesinde danışan – terapist ilişkisinin her türlü sosyokültürel düzeyde daha kolay kurulabildiğini gözlemledim.

Ülkemizde terapist sayısının düşük olması, özellikle de davranış sorunlarıyla ilgilenen terapist sayısının düşük olması, hasta ve danışan yükünü oldukça artırmaktadır. Bu nedenle uzun süreli terapiler yerine kısa süreli terapilerin kullanılmasının yararlı olacağı düşünülebilir. Bu açıdan da Motivasyonel Görüşme Tekniği ülkemizde iyi çalışan bir yöntem olmaktadır. Öte yandan eğitiminin kolay verilebilmesi de, yaygınlaşmasını sağlamak açısından önemlidir.

5. KONTROLLÜ İÇME YÖNTEMİ

Kontrollü içme yöntemi özellikle alkol kullanım bozukluklarında etkin bir tedavi yöntemidir. Etkinliği alkol kullanan hastalar üzerinde kanıtlanmıştır. Tehlikeli düzeyde olmasa bile, alkol ya da madde kullanan her kişinin bilmesi gereken bazı noktalar vardır. Bu nedenle kullanıcılara gerekli bilgiler verilmelidir. Tehlikeli düzeyde alkol ya da madde kullandığını saptadığımız kişinin kullandığı maddeyi tamamen bırakması ya da azaltması istenmelidir. Kişinin durumuna göre strateji belirlenmelidir.

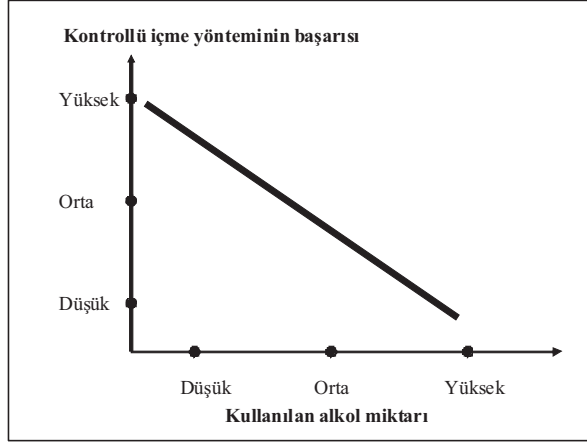
Sorunlu içici olarak adlandırabileceğimiz tehlikeli ya da zararlı kullanım aslında önemli sayıda alkol kullanıcılarını tanımlamaktadır. Bu kişiler bağımlı değildir, ancak bağımlılığa adaydır. Yapılan araştırmalarda sorunlu içicilerin alkol kullananlar içinde ikinci bir gurubu oluşturduğu gözlenmiştir. Aşağıdaki şekilde alkol kullanıcılarının özelliklerine göre yaygınlık özetlenmeye çalışılmıştır. Şekilde “X” olarak adlandırılan bölge ise tehlikeli kullanım ile bağımlılık arasındaki çizgiyi göstermektedir.



Alkol kullanımını azaltmak ya da sınırlamaya “kontrollü içme” adını veriyoruz. Kullanılan alkol miktarı arttıkça kontrollü içme yönteminin başarısı azalır. Bu nedenle düşük

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

ve orta düzeyde alkol kullananlarda bu yöntemi uygulamaya karar vermek uygun olacaktır. Alkol kullanım bozukluklarında temel hedef hiç şüphesiz ki, kişinin tümünden alkol kullanımını bırakmasıdır. Ancak tehlikeli ya da zararlı olarak adlandırabileceğimiz düzeyde alkol kullanımı olan kişilerde kontrollü içme yönteminin öğretilmesinin önemli yararlar sağladığı görülmüştür.



Tehlikeli düzeyde alkol kullanımı varsa ve alkole bağlı sorunlar ortaya çıkmışsa, alkolün azaltılması önerilebilir. Bağımlılık, başarısız alkol azaltma girişimleri, gebelik ve alkol kullanmanın sakıncalı olacağı bir hastalığın varlığında ise alkolün kesilmesi önerilmelidir.

Tehlikeli kullanımı olan kişilerde şiddetli yoksunluk belirtileri yoktur, 5 ya da en fazla 10 yıllık bir kullanım öyküleri vardır. Sosyal ve ekonomik olarak önemli kayıpları yoktur ve kendilerini alkol kullanım sorunu olmayanlardan daha farklı görmemektedirler. Kısaca her şey yolunda gözükmeyle birlikte gidişleri istenmeyen bir yöne doğrudur. İşte bu olgularda kontrollü içme yöntemi uygun bir yöntem olarak gözükmektedir. Kontrollü içme yönteminin özellikleri şunlardır:

- Tamamen bırakmak hedef olmalıdır
- Öncelikle kişinin kendisi tamamen bırakmaya ya da azaltmaya karar vermelidir
- Kontrollü içme yönteminin nerede kullanılacağına doğru karar verilmelidir.
- İçilen alkol miktarı azaldıkça yaşam kalitesi artar ve kişinin fiziksel sağlığı düzelir
- Temel olarak bir zararı azaltma (harm reduction) olarak değerlendirilebilir.

Kullanılması gereken yöntem	Kullanılan alkol miktarı		
	Düşük	Orta	Yüksek
	Kısa girişim, kontrollü içme	Kısa girişim, kontrollü içme ya da tamamen bırakma	Uzun süreli tedavi, Tamamen bırakma

Bu yöntem kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyecek ve bağımlılığın gelişimini önleyecektir. Uygulamaya başlamadan önce yapılması gerekenler şunlardır:

- Düşük riskli alkol kullanımını anlatın
- Alkolü azaltmaya hazır olup olmadığını sorun
- Kullandığı alkol miktarını saptamak için bir günlük tutmasını önerin (Günlüğün örneği aşağıda verilmiştir)
- Azaltmaya başlamak için kesin bir tarih belirlemesini söyleyin

ALKOL ALMA GÜNLÜĞÜ ÖRNEĞİ

TARİH	ÖĞLE	AKŞAM	DİĞER
<i>Örnek</i> 3-7-1998	1 duble rakı	5 duble rakı	yok

Alkolü bırakmak için nedenlerin ortaya konması

Kullanıcıya içmeyi kesmek için geçerli nedenleri olup olmadığını sorun. Kendisinden bu nedenleri sıralamasını isteyin. Eğer hatırlamakta zorluk çekerse, hatırlamasına yardımcı olmak için aşağıdaki listeyi kullanabilirsiniz.

- Kendinizi daha iyi hissedeceksiniz
- Daha enerjik olacaksınız
- Daha iyi uyuyacaksınız
- Daha iyi çalışacaksınız
- Paradan tasarruf edeceksiniz
- Hafızanız daha iyi olacak
- Akşamdan kalmışlık sorununuz olmayacak
- Ailenizle tartışmalarınız azalacak
- Alkole bağımlı hale gelmeyeceksiniz
- Alkole bağlı sağlık sorunlarınızdan kurtulacaksınız

Zor durumların belirlenmesi

Kişi için riskli olan fiziksel ve duygusal durumları saptayın. Kişinin hangi durumlarda daha fazla alkol alma arzusu yaşadığını belirleyin. Bu durum ve duygulardan uzak kalması için yollar arayın.

- Bir toplantıya gittiği zaman
- Dışarıda yemek yediği zaman
- Meyhanede
- Çok içen arkadaşları ile birlikte olduğu zaman
- Tek başına iken
- Kendini kötü hissettiğinde
- Kendini sıkıntılı hissettiğinde
- Öfkeli olduğu zamanlar
- Stres altındaysa
- Rahatlamak istediği zaman
- Zor bir gün geçirdiyse
- Bir tartışmaya girdiği zaman

Kullanılan alkol miktarını azaltmak için önerilerde bulunulması

Kişinin kullandığı alkol miktarını azaltması için aşağıdaki önerilerde bulunabilirsiniz. Kişi öncelikle en kolay uygulayabileceği yöntemi seçmelidir. Hedef, içilen miktarı tehlikeli alkol kullanım düzeyinin altına düşürmektir.

- Alkollü bir içki almadan önce susuzluğunuzu başka bir içeceklerle giderin (meyve suyu, soda, kola vs.). Susamamışsanız bile önce bir bardak alkolsüz içki için.
- İçerken kuruyemiş gibi tuzlu yiyeceklerden kaçının
- İçmeye başlamadan önce karnınızı doyurun
- Düşük alkollü içkilere geçin veya onları tercih edin
- İçkinizi sulandırarak için
- Her yeni kadehten önce bir bardak alkolsüz içecek için
- İçkinizi küçük yudumlarla ve yavaş için
- Fiziksel hareket, egzersiz, dans gibi sıvı kaybına yolaçan durumlarda alkol almayın

Bunları uygularken kişiden aynı zamanda günlüğünü de doldurmasını istemelisiniz.

Alkol alınan durumları sınırlamak için önerilerde bulunulması

Alkol alınan durumları sınırlamak, kullanılan alkol miktarının da azalmasına doğrudan katkıda bulunacaktır.

- Akşamları içiyorsanız, akşam saatlerinizi doldurun ve içki içemeyeceğiniz yerlere gidin (sinema, anne babanızın evi gibi)
- Çok içen arkadaşlarla beraber oluyorsanız, bu arkadaşlarınızla olan ilişkinizi azaltın
- Daha çok yalnızken içiyorsanız, yalnız kalmamaya çalışın
- Canınız sıkıldığı zamanlar içiyorsanız, kendinize içkiden başka eğlenceler bulun
- Stresli olduğunuz dönemlerde alkol kullanıyorsanız, stresinizi yenmenin başka yollarını araştırın
- Genellikle bar, meyhane gibi yerlerde içiyorsanız, kendinize başka sosyal etkinlik mekanları bulun

Hedeflerin belirlenmesi

Kişiyile öncelikle bazı temel hedefleri belirlemek gereklidir. Bu hedefleri şu şekilde özetleyebiliriz.

- Haftada en fazla dört gün için. İçki kullanılmayan günlerin varlığı iki nedenle gereklidir. Birincisi günlük olarak alkol alma alışkanlığından uzaklaşılır, ikincisi tolerans gelişimi düşük düzeye iner.
- Her içtiğinizde en fazla 3 standart içki kullanın. Bu miktar araştırmalarda saptanmıştır.
- Bir standart içkiyi bir saate için.
- Yüksek riskli durumlarda alkol almayın.

İzleme

Kişinin yukarıda yer alan önerilere uyup uymadığı izlenmelidir. Başarısızlık durumunda, kişiyi cesaretlendirmeniz ve tekrar bunları uygulamaya teşvik etmeniz yararlı

olacaktır. Tehlikeli düzeyde alkol kullanan kişi kontrollü içme programını uygulayamıyorsa veya alkole bağlı fiziksel, ruhsal veya sosyal sorunlar çok fazlaysa alkölü tamamen kesmesini önerin.

6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Bilişsel terapi; kendine zarar verici davranışların ve aşırı duygusal tepkilerin altında yatan yanlış, hatalı düşünceyi ve inanışları değiştirerek azaltılmasını öngören bir psikoterapi sistemidir.

BDT kısa süreli ve konuya odaklanmış bir yaklaşımdır. Temel varsayım, öğrenme sürecinin madde kullanımına başlamada ve tedavi ettirmede önemli bir etken olduğu biçimindedir. BDT kısaca hastanın tanınmasına, uzaklaşmasına ve başa çıkmasına yardımcı olur. Yaklaşım hastaya özel geliştirilir. Özgül vaka formülasyonu bilişsel model temel alınarak hazırlanır. Yaklaşım;

- işbirlikçi (güven oluşturmaya yönelik),
- aktif,
- büyük oranda açık uçlu soruları temel alan,
- yapılandırılmış ve...
- hedefe yöneliktir.

Madde kullananlara uygulandığında, bireylerin duygusal stresörlerle baş etmedeki problemlerini kavramalarına, mevcut huzursuzluklarını azaltmak ve/veya zevk almak amacı ile maddeye güvendikleri konusunda daha geniş bir bakış açısı kazanmalarına yardımcı olmak hedeflenir. Ek olarak özgül bilişsel stratejiler madde ihtiyaçlarını azaltmaya aynı zamanda iç kontrollerini sağlamada daha güçlü bir sistem kurmalarına yardımcı olur. Bundan başka bağımlılık davranışını sıklıkla kuvvetlendiren sıkıntı, öfke, üzüntülerinin üstesinden gelmelerinde rol oynar.

Hastaya iki yolla yardımcı olunmaya çalışılır; biri alta yatan inançların temelini çürütmek, madde kullanma isteğinin sıklığını ve gücünü azaltmaktır. Diğer ise maddeye duyulan aşırı isteğin ele alınması ve kontrol edilmesinde özgül teknikleri öğretmektir. Amaç baskıyı azaltmak ve kontrolü artırmaktır. Bağımlılığın birlikte giden psikiyatrik bir hastalık ile ilişkisi varsa bu durum terapist tarafından tanımlanmalıdır.

Terapist, hastaya madde kullanımına yol açan olaylar dizisini incelemesi, sorgulaması ve maddeye verdiği değere yönelik temel inançları araştırmasında yardımcı olur. Aynı zamanda hastayı yanlış düşüncesinin ne yolla endişe ve sıkıntı doğurduğunu değerlendirip, ele alması konusunda eğitir. Yanlış düşüncelerinden kaynaklanan yalancı problemleri değerlendirip, düşüncelerini değiştirerek gerçek problemlerine hakim olmasında yardımcı olur. Pratikler sayesinde madde isteği ile karşılaştığında uygulayabileceği bir kontrol sistemi kurması doğrultusunda alıştırır.

Terapist hastanın gerçek problemler ve hoş olmayan duygularla başa çıkmak için madde kullanımından kaçınarak, yeterli yöntemler bulmasına yardımcı olur. Kişinin hayatındaki uygun diğer zevk kaynaklarını yapılandırmak için çalışılır. Birçoğunun engellenme eşiği

düşük olduğundan, engel ya da gecikmelerle karşılaştıklarında ne kadar aşırı tepki verdikleri ve kendilerine zarar verici davranışlarda buldukları gösterilir. Ayrıca bu engelleri, hedeflerine ulaşmaya çalışırken karşılarına çıkan engeller olarak değil de çözülmesi gereken problemler olarak nasıl ele alabilecekleri gösterilir. Madde kullanım sıklığı, niceliksel özellikleri, mevcut kayıpları, insan ilişkilerinin niteliği, ne şekilde etkilendiği gibi tetkik edilmeden üstü kapalı geçilmesi tercih edilen alanlar gösterilerek, değerlendirmeyen noktalara dikkat çekip değişik fikirler, davranışlar, çözümler, seçenekler oluşturmaları sağlanır. Bir anlamda madde kullanımını bırakmak teknik bir problemdir. Yardım için başvuran hastalar bırakmak isterler ancak nasıl yapacaklarını bilmezler. Çoğu daha önceden denemiş ancak başarılı olamamıştır. Bilişsel terapi ile maddeyi bırakmaları ve maddesiz kalmalarını sağlayacak yol ve yöntemlerle donatılırlar.

Bilişsel terapide hastaya yargısız bir ilgi gösterilir. Olumsuz algılamalarını ve değerlendirmelerini gösterirken edilgen davranılmaz, etkin olunur. Uygun bir terapötik ilişki oluşturulurken bir takım sınırlar koyulur. Hiçbir zaman iletişim eleştirel ya da kontrol eder özellikler içermez. Böylece güven ve saygı korunur.

Marlatt bağımlılıkla ilgili dört bilişsel model tanımlamıştır.

1. Yeterlilik hissi, kendine güven (self efficacy); Hastalar genelde madde kullanımı ile ilgili yeterli kontrolü ellerinde tuttuklarını hisseder. Ancak olumlu ya da olumsuz duygusal ve/veya fiziksel stres, kişiler arası çatışma, sosyal baskı, maddeyi anımsatan işaretlere maruz kalma gibi yüksek riskli durumlar karşısında yeterlilik hissi tehdit altındadır. Eğer kişi bu durumlarla başedebilirse kendine güveni artar maddeye hayır diyebilir. Aksi söz konusu olduğunda maddesiz gününü geçiremeyeceğini, maddenin kölesi olduğunu düşünür ki bu bireyi madde kullanmaya, nükle sürükler.

2. Diğer bir model sonuçlara ait beklentilerle (outcome expectancies) ilgilidir. Bireyin bağımlılık davranışını ve maddenin etkilerini öngörebilmesidir. Eğer "kullanırsam bu kadar gergin olmayacağım, parti harika olacak" gibi olumlu beklentiler daha hakim ise kişi büyük olasılıkla madde kullanacaktır.

3. Üçüncü model neden olarak atfedilenlerle (attributions of causality) bağlantılıdır. Kişinin madde kullanımını iç ve dış sebeplere bağlamasıdır. Fiziksel olarak bağımlı olduğu bu nedenle maddesiz yaşamayacağı gibi bir açıklama yaptığı müddetçe madde kullanımını adeta kendisi için belirlenen bir kader ve kontrolü dışında gelişen bir olay olarak yorumlayarak sürdürür.

4. Son model ise karar verme (decision making)dir. Yol ayırmasına benzer şekilde bir dizi karar sonucu kişi madde kullanır ya da kullanmaz. Her durumda maddeden uzak olduğunu söyleyen bir birey bir arkadaşının davetini, madde bulunacağını açık olmasına rağmen dikkatsizce kabulederek ya da düşüncesizce madde satın aldığı mekana arabasını sürerek kendini madde kullandığı yolda bulur.

Bağımlılık; sıkıntı, çökkün duygudurumunun madde kullanımına ilerleyen kötü döngüsünden ibarettir. Hastalar genelde madde kullanımını kontrol edilemeyen aşırı madde isteği ve temin etme davranışına (craving-urge) atfeder. Oysa çoğu zaman bu isteğe neden olan problemlere ait inanışlar önemsenmez, yoksayılr, reddedilir.

Neden BDT?

BDT'nin madde bağımlılığı tedavisinde önemli bir seçenek olmasının nedenleri şunlardır:

- Kısa süreli bir program olduğu için klinik gereksinimlere daha uygundur.
- Etkinlik araştırmaları yapılmış ve etkin bulunmuş bir yöntemdir.
- Yapılandırılmış, hedefe yönelik ve sorunlar üstünde duran bir yöntemdir
- Esnek, bireysel yaklaşıma açık, birçok tedavi ortamında ve biçiminde (grup, bireysel vb) uygulanabilir.
- Farmakoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte de kullanılabilir.

BDT kimlere uygun değildir?

Araştırmalar aşağıdaki olgularda BDT uygulamasının başarısız olacağını göstermektedir.

- Psikotik ve bipolar bozukluğu olanlar ve tedaviyle stabilize olmayanlar.
- Sabit yaşam mekanları olmayanlar.
- Önemli derecede medikal sorunları olanlar.
- Çoklu madde kullanımı olanlar.

Bazı özellikler...

Bireysel tedavi genelde önerilen yöntemdir. Birebir ilişkilerde bireysel özelliklere daha rahat eğilinebilmektedir. Bireysel tedavi seansların ayarlanmasında da esneklik getirmektedir. Öte yandan grup tedavisinin etkinliği de gösterilmiştir. Başarıyı artırmak için grup tedavisinin 90 dakika sürmesi ve daha yapılandırılmış olması önerilmektedir.

12 hafta içinde tamamlanacak 12-16 seans önerilir BDT için. Erken dönemde maddenin bırakılması ve stabilizasyon için kısa süreli bu tedavi yeterli olmaktadır. Ancak hasta tedavinin başlarında arka arkaya üç görüşmeye madde kullanmadan gelemiyorsa, o zaman tedavinin daha uzun sürmesinin yararlı olacağı bildirilmektedir. Uzun süreli tedavide amaçlar şunlardır:

- Maddeyi bırakma dönemi içinde tekrar başlama için risk oluşturan sorunsal alanların belirlenmesi.
- Bireyin geliştirdiği etkin başa çıkma yöntemlerinden elde ettiği kazancın sürdürülmesi.
- Maddeyle ilişkisiz etkinlik ve ilişkilere girme konusunda kişiyi cesaretlendirmek.

BDT'nin genelde ayaktan tedavi sırasında yapılması önerilmektedir. Çünkü beceriler en iyi doğal ortamlarda öğrenilir. BDT, kendine yardım grupları, farmakoterapi, aile ve eş terapileri ile birlikte de kullanılabilir.

Bir seansın yapısı

Seansın ilk 20 dakikası

- Madde kullanıp kullanmadığının, isteğinin olup olmadığının ve iki seans arasında yaşanan yüksek riskli durumların saptanması.
- Hastanın durumunu değerlendirme (motivasyon ne düzeyde? Bırakma yolunda bir ilerleme var mı?)
- Ödev ve çalışmaların değerlendirmesini yapma

Seansın ikinci 20 dakikası

- Seansın konusunu anlatmak ve tartışmak.
- Seansın konusu ile şimdiki durumu arasında bağlantı kur.

Son 20 dakika

- Hastanın konuyu anlayıp anlamadığının ve tepkilerinin değerlendirilmesi
- Gelecek hafta için bir ödev ya da uygulama verilmesi
- Yüksek riskli durumların tahmin edilmesi ve tartışılması

Temel girişimler

- Madde kullanımının fonksiyonel analizi
- Madde kullanma isteğinin tanınması ve bununla başa çıkılması, madde kullanımıyla ilişkili düşüncelerin idaresi, sorun çözme, acil durumlar için plan yapma, reddetme becerileri için bireysel eğitim.
- Kişinin madde kullanımına ilişkin bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi.
- Geçmiş ve gelecekteki yüksek riskli durumların belirlenmesi
- Seans dışında becerilerin kullanılması.
- Becerilerin seans içinde uygulanması.

Fonksiyonel analiz

Tedavi sırasında her madde kullanımında hasta ve terapist fonksiyonel bir analiz yaparlar. Burada amaç, madde kullanımından önce ve sonra kişinin düşünceleri, duyguları ve ortamının değerlendirilmesidir. Özellikle tedavinin erken dönemlerinde madde kullanımının belirleyicilerinin ya da yüksek riskli durumların saptanmasında fonksiyonel analizin büyük yardımı olur.

Engeller ve eksiklikler

Hastanın aşağıdaki özelliklerinin değerlendirilmesi gerekir.

- Madde kullanmayı tetikleyen mekanizmalar biliniyor mu?
- Kısa bile olsa hiç bırakma dönemi var mı?
- Relapsa yol açan olayların farkında mı?
- Madde kullanmayı isteme dönemlerinde ya da ruhsal sorunlar karşısında madde kullanmadan durabiliyor mu?

- Başka maddelerin kullanımının tercih maddesini bırakmasını engelleyeceğinin farkında mı?
- Davranış değişikliğini engelleyecek başka bir ruhsal rahatsızlık var mı?

Beceriler ve güçlü yanlar

- Daha önceki bırakma dönemlerinde ne gibi olumlu özellikler göstermiş?
- Madde kullanırken işini ya da ilişkilerini devam ettirebilmiş mi?
- Çevresinde madde kullanmayan kişiler var mı?
- Bireyin bırakmasını kolaylaştıracak sosyal destekleri var mı?
- Madde kullanmadığı zamanlar neler yapıyor?
- Onu tedaviye getiren ne?
- Motivasyonu ne kadar?

Madde kullanımının belirleyicileri

- Kullanım özellikleri nedir?
- Madde kullanımını tetikleyicileri nelerdir?
- Kendi başına mı başkalarıyla birlikte mi kullanıyor?
- Maddeyi nereden alıyor ve nasıl kullanıyor?
- Madde almak için parayı nasıl ve nereden temin ediyor?
- Madde kullanımının soru haline gelmesine hangi etkenler yol açmış?
- Maddenin etkisini nasıl tanımlıyor?
- Maddenin yaşamındaki olumlu ve olumsuz rolü nedir?

İlgili alanlar

Kişinin madde kullanımının belirleyicilerini saptarken araştırılması gereken bazı alanlar ise şunlardır:

- Sosyal
- Çevresel
- Duygusal
- Bilişsel
- Fiziksel

Beceri eğitimleri

BDT hastanın madde kullanımı ve madde kullanımıyla gelişen alışkanlıklarından vazgeçmesine, daha sağlıklı davranış biçimlerinin kazanılmasına yardımcı olur. Kişi maddeyi sorunlarla başa çıkmak için kullanmaktadır. Çünkü;

- Kişi yetişkin yaşamın sorunları ve zorluklarıyla başa çıkabilecek etkili yöntemleri yaşamı boyunca öğrenmemiştir.
- Kişi daha önce etkin başa çıkma yollarını bilmekteyken, daha sonra madde kullanımının etkisiyle bu yolları unutmuş ve yeni davranış biçimleri kazanmıştır.
- Madde kullanımı ya da onun doğurduğu ruhsal ve bedensel sorunlar nedeniyle kişi etkin başa çıkma yollarını kullanamamaktadır.

Beceri eğitimleri ilk seanslarda maddenin kontrolüne yönelik yüksek riskli durumların tanınması, madde kullanımıyla ilgili düşüncelerle başa çıkma gibi temel becerileri kazanmasına yöneliktir. Temel becerilerden sonra sosyal ilişkiler, işsizlik gibi diğer sorun alanlarına geçilebilir. Kişinin başa çıkma becerilerini artırabilmek için istekle başa çıkma gibi içsel, ısrarlara karşı koyabilme gibi kişilerarası becerilerini kazanması gerekir.

Öğrenilen beceriler madde kullanımında kullanılabilmesi gibi, yaşamın diğer alanlarında kullanılabilir. Böylece BDT kişinin tedavi sonrasında da kullanacağı beceriler kazandırmaktadır.

Öğrenme stratejileri

- Terapist kimi zaman hastayla role play yaparak modelleme yapmasına ve ısrara karşı koyma, ilişkileri sınırlandırma gibi onun bilmediği ya da beceremediği tepkileri öğrenmesine yardımcı olabilir.
- Madde kullanımıyla ilişkisiz onu destekleyecek yeni aktivite ya da ilişkiler bulmasına yardımcı olunabilir.
- Terapist kişiye koşullanmalarını ve madde kullanımına yol açan tetikleyicileri gösterebilir.
- Üstünde çalışılan beceriler sürekli tekrarlanmalıdır, çünkü madde kullanıcısı yeni davranışlar edinmede korkak davranabilir ve geç dönemde girişimlerde bulunabilir. Öte yandan birçok kullanıcı kronik kullanım sonrası tedaviye geldiği için, dikkat toplamada bazı güçlükler çekebilir.
- Becerilerin uygulanarak öğrenilebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hastaya bunun yararının iyi anlatılması gerekir.
- Ödevlerin ya da beceri kazanma uygulamalarının yapılması konusunda hastayla anlaşmaya varılmalıdır. Ancak madde kullanıcısının sıklıkla yalanlar söyleyebileceği de unutulmamalıdır.
- Tedaviye karşı olan direnç saptanmalı ve motivasyonel görüşme yapılmalıdır.

Maddeye karşı aşırı istek (craving) ile uğraşmak

Özellikle hastanın “craving”i nasıl algıladığı, neden olan değişik faktörlerin anlaşılması, buna ait deneyimlerinin bir çerçeveye oturtulması ve başa çıkmaya yönelik daha uygun yollar bulunması konusunda yardımcı olunur. Horvath ‘craving’ ve ‘urge’ tanımlamalarını şu açıklamalarla ayırt etmiştir. ‘Craving’ madde ile elde edilen psikolojik duruma ulaşma isteği, ihtiyacı, arzusu, fiziksel ve duygusal uyarılma anlamına gelirken, ‘urge’ maddeyi arama ve kullanmaya yönelik davranışsal kuvvetlerdir. Birbiri içine girmiş dört istekten bahsedilir.

1. Yoksunluk semptomlarına yanıt olarak gelişen; Kokain ve eroin kullanan hastalarda madde kullanımı ile giderek azalan bir memnuniyet hissi, maddenin kesilmesi ile giderek artan bir rahatsızlık durumu olarak belirir. Özellikle kokain kesilmesinde yoksunluk semptomları belli belirsizken depresyon oldukça yoğun yaşanır. Terapist böyle durumlarda hastanın hissettiği acı ile ilgili empati kurmalıdır. En önemlisi hastaya bunun geçici bir dönem olduğunu anlatılması ve gerek görülürse tıbbi süpervizyon uygulanmasıdır.

2. Hazzın yitirilmesine yanıt olarak gelişen; Hastaların duygudurumlarını mümkün olan en hızlı ve en aşırı yöntem ile düzenlemeye yönelik gayretlerine bağlıdır. Khantzian bunu hoş olmayan düşünce ve duyguları silmek için kendi kendine tedavi isteği ile geliştiğini söyler. Terapi sırasında hastaların sorunlarını unutmak için madde isteği duyacakları şekilde sıkıntılı

durumlar yaşanabileceği gözardı edilmemelidir. Dolayısı ile bu açıdan yüklü geçen seansların sonunda hastanın duygularını ve madde isteğini dile getirmesi istenmelidir.

3. Madde işaretlerine bağlı olarak koşullandırılan; Bu tür için belirli bir sıkıntılı duygudurum yada stresör gerekmemektedir. Hastalar birçok nötr uyararı madde kullanımı ile elde edilen haz duygusu ile birleştirmeyi öğrenirler. Bir telefon numarası, bir cadde köşesi, günün belli bir saati örnek olarak verilebilir. Terapist hastanın bu durumların farkına varmasına yardımcı olmalıdır.

4. Her şeyin zevk üzerine kurulu olmasına dair (hedonik) isteklere yanıt olan; Maddeli dönemlerdeki yaşantılarla(sosyal ilişkiler seks) elde edilen yükseklik duygusunu maddesiz sağlamakta birçok hasta zorlanır. Hastaların hayat sorunlarının madde ile elde edilen bu hedonik eğlenceyi yenmeye başlaması terapistin etkili olarak kullanması gereken noktalarındadır.

Tipik olarak craving indüklenmesinde; hastadan en son madde kullanımını hatırlaması istenir. Görüntüleri en ince detayları ile anlatmaları sıcağı sıcağına tüm kognisyonları canlandırılmaları amaçlanır. Bu teknik kuşkusuz hasta genel bilişsel terapi becerilerini ve baş etme yöntemlerini aldıktan sonra uygulanmalıdır. Aksi takdirde kaymaya neden olabilir. Baş etme teknikleri başlıca şunlardır;

Başka yöne çekmek

- Otomatik düşünceler, hatıralar, hisler gibi iç odaklardan dışa yönelmektir. Hasta dikkatini çevreyi (arabalara, ağaçlara) tanımlamaya ve detaylarını incelemeye sevk edilir.
- Bir arkadaş, yakın, grup bireyi, terapist ile konuşması istenir.
- İşaret yüklü ortamlardan ayrılması, yürüyüşe çıkması, bir arkadaşını ziyaret etmesi tavsiye edilir. Örnek gösterilen hastalardan biri kendisi için kütüphanenin isteği azaltmak amacı ile kaçılacak en uygun yer olduğunu belirtmiş.
- Günlük kolay ve çabuk yapılabilecek ev işleri ile uğraşmayı eğlenceli hale getirmesi bir başka yöntem olabilir Hatta bu yolla kişi işe yarar bir şeyler yaptığı için kendine güveninin artmasına da yardımcı olur. Ancak kişinin maddeyi evinde bir yere saklaması söz konusu ise bu çok tedbirsiz bir tavsiye olacaktır.
- Bazı hastalar için ezberinden şiirleri ya da duaları kağıda dökmek faydalı olmaktadır.
- Dikkati yoğunlaştırmak gerektiren, bir anlamda da meydan okumak sayılabilecek oyunlar, bulmacalarla vakit geçirmesi önerilebilir.

Flaş kartlar

İstek çok yoğun olduğunda hastalar objektif olarak nedenselleştirme yeteneklerini kaybederler. Bu durumda baş etme cümlelerinin kartlara yazılı olması kolaylaştırıcı olur. İçerik olarak maddesizliğin faydalarından oluşturulabilir. Örneğin 'kullanmazsan daha akli başında olacaksın' 'eşinle her şey daha iyi olacak bu şekilde sürdür'

Tasarlama teknikleri

- Tekrar odaklanmaya yönelik görüntüler için dikkatini başka tarafa yönlendirirken, öncelikle durmak düşüncesini vurgulayan 'dur' işaretini göz önüne getirmeleri gerekir.

- Olumsuz görüntü ile yer değiştirmek, özellikle yoksunluğun ilk haftalarında hastalar madde kullanımı ile ilgili rüyalar görürler, sıkıntıları ile baş ederken kendilerini madde kullanırken düşerler. Bu durumda hastalardan bu olumlu görüntüler yerine madde kullanımı ile kaybettikleri (para, iş, ilişki) olumsuz sahneleri canlandırmaları istenir.
- Olumlu görüntü ile yer değiştirmek, mevcut güncel yaşantı zorlukları, öyle ki bazen bir dizi olumsuz görüntünün gelişmesine ve kurtulmak için madde kullanma isteği doğmasına neden olur. İstek ile birlikte giden çaresizlik hissine de yönelik olması açısından geleceğe ait başarabileceklerini düşlemeleri istenir.

Otomatik düşüncelere akılcı yanıtlar bulmak

Hastalara öfke, sıkıntı, bunaltı gibi hoş olmayan duygulara kapıldıklarında otomatik düşüncelerini kendi kendilerine denetlemeleri, irdelemeleri ve gereken durumlarda değerlendirmeleri öğretilir. Günlük düşünce kayıtları, olumsuz otonomik düşünceleri tespit etmede yararlıdır. Sonrasında yanıt olacak akılcı ve olumlu sonuçlara ulaşmaları istenir.

Aktivite programlamak

Özellikle uzun süredir madde kullanan kişiler için sadece madde ile meşguliyet vardır. Genelde sosyal bağlantıları da madde ile ilişkilidir. Bırakma aşamasında kişilere bu kişi ve ortamlardan uzak kalmaları salık verildiğinde, bir sürü vakitleri olduğu gibi kendilerini boşluk ve sıkıntı içinde bulurlar. Bu bağlamda aktivite programlamak zamanlarını etkin, yapıcı şekilde kullanmalarında yardımcı olur. Çoğu eskiden zevk alarak yaptıkları eylemleri unutmışlardır. Öncelikle madde öncesi hayatlarında yer alan aktiviteleri canlandırmaları istenir. Kişiye hem madde isteği duyduğunda kısa dönemde kullanabileceği hem de maddesiz bir yaşantı oluştururken uzun dönemde yararlanabileceği imkanlar tanır. Elbette ilk etapta bunların madde ile eş değer kuvvet ve zaman zarfında haz vermeleri beklenmemelidir.

Relaksasyon eğitimi

Hastalara öfke, sıkıntı gibi madde isteğini tetikleyebilen duygularla baş edebilmelerine yardımcı olan bir metod öğretilmiş olunur. Gerginliği azaltmak, genel iyilik halini ve stres den uzak kalabilmeyi sağlamak amaçlanır. Bunun diğerleri gibi öğretilebilir bir tecrübe olduğu ve ne kadar çok pratik yapılırsa o kadar etkin olacağı belirtilmelidir.

Kullanılabilecek diğer teknikler

Avantaj-Dezavantaj analizi

Madde kullanan kişiler tipik olarak dezavantajları minimize edip, avantajları maksimize etme eğilimindedirler. Bu analizde maddeyi bırakıp bırakmamanın yarar ve zararları olmak üzere dört odacıktan oluşan bir matris oluşturulur. Başarı ile tamamlandığında kişi madde kullanımı ile ilgili daha kesin, objektif ve dengeli bir bakış açısına sahip olur.

Madde ilişkili inançları saptayıp, değiştirmek

Hastaya madde bağımlılığının bilişsel modeli anlatılır. Temel inanışlar, otomatik düşünceler, duygular ve davranışlardan oluşan akış şeması oluşturulur. Böylece bireylerin

neden madde kullandıklarına ve kullanmamanın nasıl daha iyi olduğuna ait anlayışları artırılır.

Tekrar sorumluluk yüklemek

Genelde madde kullanan kişiler nedenini dış faktörlere bağlarlar. Terapi ile bunun sorumluluğunu üstlendikleri zaman, madde kullanma davranışlarını değiştirmek için gerekli inisiyatifi de alırlar. Bu sonuca ulaşırken terapistin yargılayıcı ve suçlayıcı hissedilmemesi için sokratik metod uygulanır.

Günlük düşünceleri kaydetme

Üzüntü, sıkıntı ve diğer problemlerli duygu durumların tedavisinde kullanılan esaslı bir bilişsel terapi yöntemidir. Hasta inançlarının geçerliliğini daha sistematik ve objektif olarak değerlendirebilir. Kaydetme işlemi ile aşırı madde isteği ve davranışı arasında bir süre geçmesi sağlanır. Hatta madde isteğinin doğal seyri ile azaldığı gözlemlenebilir.

İmajinasyon

Kendilerini kontrol edip madde kullanmadıkları durumları gözlerinde canlandırırılar. Böylece hastaların maddeye ait inançlarına, otomatik düşüncelerine odaklanmalarında ve madde isteklerinden başka noktalara çekilmelerine yardımcı olunur. Maddeye hayır demeleri, olumlu eğlenceli alternatif aktiviteler oluşturmaları, sağlıklı, yaratıcı ve maddesiz bir yaşantı kurgulamaları istenir. Tüm bunlar bağlantılı inançları değiştirmeye yardımcı olur.

7. RELAPS ÖNLEME

Relaps kişinin alkol madde kullanımını bıraktıktan sonra tekrar kullanmaya başlaması demektir. Slip ya da laps terimi ise kişinin bırakma dönemini takiben birkaç kez madde denemesine verilen isimdir. Kişi henüz daha eski kullanma düzeyine ulaşmamıştır.

Relaps madde bağımlılarında %40 ile 80 oranında görülür. Bu nedenle hastaları ayık tutmak için çeşitli programlar üretilmiştir. Relaps kişinin hedef davranışını değiştirme yolunda bir kesilmeyi ifade eder. Relapsların üçte ikisinin genellikle ilk üç ay içinde ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bir kişinin tekrar madde kullanmaya başlamasında birçok etken vardır. Ancak bunları şu şekilde sınıflandırabiliriz.

- Duygusal değişkenler ve duygudurum: Olumsuz duygudurumlar, öfke, anksiyete, sıkıntı, depresyon, boşluk hissi, suçluluk yalnızlık gibi. Olumlu duygudurumları da relapsa neden olabilir. Çocuğunun evlenmesi vb.
- Davranışsal değişkenler: Başa çıkma yetileri ve kişisel becerileri önemli rol oynar. Sorun çözüme yetilerinin düşük olması, boş zamanlarını değerlendirememe, sosyal becerilerin eksikliği önemli etmenlerdir.
- Bilişsel değişkenler: Relaps kişinin madde kullanımı, iyilik ve relaps 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 relapsla bağlantılı olabilir.
- Fiziksel değişkenler: Bağımlılığın şiddeti, fiziksel bir hastalığın varlığı, ağrı ya da şiddetli istek relapsa 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.⁵

Relapsla başa çıkma

Relapsla başa çıkma yöntemleri diğer tüm tedavi yöntemlerine entegre olarak kullanılabilir ya da farklı bir tedavi yöntemi olarak uygulanabilir. Tedavi sırasında ortaya relaps çıktıysa terapist relapsa neden olan olayları, düşünceleri ve duyguları tanımlamaya ağırlık vermeli ve görüşme bu konuya ayrılmalıdır. Buna relaps analizi adı verilir.

Relaps sık görülen ve hasta için duygusal anlamda bir durumdur. Terapist hastasına relapsın herşeyin bittiği ve tedavinin başarısızlığı anlamına gelmediğini anlatması gerekir. Çünkü hasta relaps sonrası bir umutsuzluğa kapılır. Aynı umutsuzluk aile üyelerinde de gözlenir. Kaybedilen sadece bugüne kadar elde edilen temiz gün sayısıdır. Temiz kalman

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

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 relaps konusunda bilgilendirmelidir. Relaps tedaviyi bozan bir durum olmakla birlikte, aslında hem hasta hem de terapist için öğreticidir. Relaps tedavide bir eksikliği göstermektedir ve bu eksiklik saptanarak üstüne gidilmeli ve tedaviye devam edilmelidir.

Relapsı üç ayrı düzeyde değerlendirmek gerekir. Terapist relapsın bu üç ayrı düzeyine göre tedavi yöntemini belirlemelidir. Ancak unutulmaması gereken her üç düzeyde sonuç olarak bir relapstır.

1-Erken relaps (slip)

Kayma terimiyle de açıklanır. Kişinin alkolü kullandığı ilk girişimdir. Alınan ilk yudum, ilk kadeh ya da bu ilk kadehi içme düşüncesine verilen addır. Slip düzeyinde relaps bireyin tedavisi için güçlendirici bir olay olabilir. Bunun için tedavideki zayıf alanların tespit edilmesi, çözümlerin üretilmesi ve gelecekte olabilecek bir relapsı önlemek için gerekli davranış değişiklikleri gözden geçirilmelidir.

2-Kısmi relaps (lapse)

Kişinin bu ilk 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 relapsı durdurmaktadır. Ne olduğunun gözden geçirilmesi için kişi yüreklendirilmeli ve bu deneyimden gelecekteki bir başka relapsı önleyebilmek için birşeyler öğrenmesi sağlanmalıdır. Kişinin tedavi programına sahip çıkması sağlanmalıdır.

3-Tam relaps

Kişinin alkol kullanımına devam ederek, alkol 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, detoksifikasyon ile tedaviye başlamak gerekir.

Relapsın belirtileri

Relapsın belirtilerinin tanınması ve önceden saptanması büyük önem taşır. Relapsın önlenmesi için bağımlıların relapsın ön belirtileri için duyarlılaşmış olmalı, zararsız gibi gözükken kararlıların büyümekte olan relaps tehlikesi işaretleri olduğunu kavramalı, bu kararları bir nüksün öncülüleri olarak tanımalı ve uygun başa çıkma stratejileri ortaya çıkarabilmelidirler. Bu konuda hasta eğitilmelidir. Gorski ve Miller kişiyi relapsa götüren 11 basamağı tanımlamıştır. Bu basamaklar şu biçimdedir:

1. Kişinin tedavi programına katılmanın gerekliliğine ilişkin tutumunun değişmesi.
2. Yaşam olaylarına karşı abartılı bir tepki olarak artmış stres.
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 kullanımınıdır.
11. Relaps

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

Relaps önlemede temel yaklaşımlar

Relapsla başa çıkma öğrenilirken, bağımlılar ayık kalma arzusuyla, gerçekleş- dirilmiş 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 nüks 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 relapsı 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 relapsa girmesini 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 relapsın 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 terapinin relaps önlemede etkin olduğu bilinmektedir. Burada amaç kişinin relaps etkenlerini öğrenerek bunlardan kaçması veya uzak durmasını sağlamaktır. Bilişsel davranışçı tedavide aşağıdaki uygulamalar yer almaktadır.

- Relapsa neden olabilecek uyarıların tanınması
- Yüksek riskli durumların tanınması ve bunlardan uzak durmak
- Uzak durulamayacak yüksek riskli durumlara başa çıkma yolları
- Laps'lerin idaresi
- Madde kullanma isteği ve arzusuyla başa çıkmak

Relaps önlemede temel stratejiler

Yüksek riskli durumların tanınması

Relaps 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 relaps döngüsünü tanınması ve bununla baş etmek için gerekli stratejiler öğrenmesi ve kazanması önemlidir. Relapsı önlemede atılacak ilk adım, kişinin tekrar madde kullanımına neden olabilecek kendine ait yüksek riskli durumları bilmesini sağlamaktır. Yüksek riskli durumlara örnekler aşağıda verilmiştir.

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	Birisıyla 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

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.

Bağımlılar tedavi sürecinde alkol isteğini mutlaka “normal” bir reaksiyon olarak değerlendirmeyi öğrenebilmeli, alkol isteği fenomenini oluşum, ortaya çıkma ve gidiş hakkındaki bilgilendirmelerle daha iyi anlayabilir duruma gelmeli ve bilişsel ve 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 bedende 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 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 dayanılamayacakmış gibi hissettirebilir. Ama bir süre sonra kaybolacağını unutmamak gerekir.”

İstekle başa çıkmada kullanılabilecek stratejiler şunlardır:

- İsteği fark etmek (gevşeme ve beklemek)
- Dikkati başka yöne çevirmek? Aktivitede bulunmak (ayağa kalkmak, ortamı terk etmek, birkaç adım yürüme)
- Konuşma (alkol 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”).
- Gevşeme egzersizi uygulamak
- Duş almak
- Ayıklık süresini hatırlamak
- Tedaviye verilen emeği hatırlamak
- Düşüncelere meydan okumak ve değiştirmeye çalışmak

- “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

Relapsın oluşmasında rol oynayan faktörlerden birisi, alkol 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 relaps riski yüksektir.

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

- Doğrudan: Bir kişinin doğrudan alkol ikram etmesidir.
- 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 örnekler şunlardır:

- Sözlü olmayanlar
 - Konuştuğunuz kişi ile doğrudan göz kontağı kurun.
 - Açık, katı ve tereddütsüz bir ses tonu ile konuşun.
 - Kendinizi suçlu hissetmeyin.
 - Alkolsüz bir içecek istemek (bunu hemen bulmak ve içmeye başlamak)
 - Sözlü olanlar
 - ‘Hayır’ deyin.
 - ‘Hayır’ deyin ve başka şeyler önerin. “gel yürüyelim, arkadaşlara gidelim vb.”
 - Ondan davranışlarını değiştirmesini isteyin. “eğer benim içmemi istiyorsan sen benim arkadaşım değilsin.”
 - Alkol sorunu vurgu yaparak geri çevirmek, “alkol tedavisi gördüm, artık içmiyorum”.
 - ‘Hayır’ dedikten sonra konuyu başka yöne çevirin.
 - Özürden (“ilaç kullanıyorum”) ve ertelemekten (“bugün olmaz”) kaçınm.
 - Orayı terk edin.
 - Eve varınca almış olduğu karar nedeniyle kendini tebrik etmek, olası başka stratejiler düşünmek.

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 duygu, kimi zaman davranış biçiminde olabilir. Örneğin kendine güven kaybı, ya da kendini test etme, rahatlama gibi. Bunları tanımak ve baş etme relapsın önlenmesinde önemli bir adımdır. Çeşitli dönemlerde kişinin alkolle ilgili olarak aklına gelen düşünceleri tanınmasını 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 şunlar verilebilir.

- Karşıt düşünceler geliştirin.
- İçmemenin yararlarını hatırlayın.
- Alkol aldığınız döneme ait kötü yaşantıları hatırlayın.
- Başka şeyler düşünmeye çalışın.
- Ne kadar bir süredir alkolü bıraktığınızı hatırlayın.
- Kararlarınızı geciktirin.
- İçinde bulunduğunuz ortamı değiştirin.
- Düşüncelerinizi başkalarına anlatın ve onlardan yardım isteyin.

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 relapsa neden olabilir. Olumlu yaşam olayları da tekrar kullanma için bir risk etkenidir. Çevrede veya hastanın yakınlarının yaşadığı olaylarda riski artırır.

Kişinin karşılaştığı 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 alkol 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, grubun saydığı 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 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 belirleyebilmeli ve “Emosyonel krizler’in ortadan kaldırılması için yapılan profesyonel yardımları algılayabilmelidirler.

8. NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Nikotin, güçlü bir bağımlılıktır. Bazı insanlar için nikotin, eroin gibi kokain gibi bağımlılık yaratabilir. Tamamen bırakmadan önce insanlar genellikle 2–3 defa veya daha fazla bırakma girişiminde bulunurlar. Her bırakmayı denediğinde kişi kendine yardımcı olduğunu ve neyin onu zorladığını öğrenebilir. Bırakmak için önemli nedenler şunlardır:

- Daha iyi ve daha uzun yaşayacaksınız.
- Bırakmak, kalp krizi ve kanser olma riskinizi azaltacaktır.
- Eğer hamileyseniz, sigarayı bırakmak sağlıklı bir bebeğe sahip olma şansınızı artacaktır.
- İnsanlar sağlıklı özellikle çocuklarıyla daha sağlıklı bir şekilde yaşayacaktır
- Sigara yerine başka ekstra şeylere para harcayacaksınız

Bırakmak için beş anahtar ise şunlardır:

1. Hazır ol
2. Destek al
3. Yeni beceriler ve davranışlar öğren
4. İlaç tedavisinden uygun şekilde yararlan
5. Zor şartlara ve tekrar başlamaya hazırlıklı ol

Aşağıdaki soruları sormak yararlı olacaktır.

1. Niçin bırakmak istiyorsunuz?
2. Daha önceden ne zaman bırakmaya çalışmıştınız? Neler oldu? Ne yardımcı oldu? Ya da olmadı?
3. Bıraktıktan sonra sizi en çok zorlayan durum ne olacak? Bunu aşmak için nasıl bir planınız olacak.
4. Size baştan sona kadar kim yardım edebilir? Arkadaşınız? Aileniz? Doktorunuz?
5. Sigaradan aldığınız keyifler nelerdir? Eğer bıraktıysanız hala keyif alacağınız hangi yollar var.

Öncelikle içtiği sigara miktarını ve sigaraya karşı olan tutumu öğrenilmelidir. Bağımlılık şiddetini değerlendirmek için Fagerstrom ölçeği kullanılabilir. Ölçek ekte verilmiştir. Bunları öğrenmeden herhangi bir girişimde bulunmak doğru olmaz. Eğer kişi sigaraya bağımlı değilse, o zaman kendisine bağımlılık konusunda bilgi verilmelidir. Tüm bağımlıların ilk dönemde “ben bağımlı olmam” düşüncesinde olduğu, bağımlılığın geliştikten sonra ise bırakmanın ne kadar zor olduğundan söz edilmelidir. Bunları anlatırken çevresindeki insanlardan da örnek verilebilir.

Eğer kişi sigaraya bağımlı ise, bırakma konusunda motive olup olmadığı soruşturulmalıdır. Motive değilse sigarayı bırakma konusunda motivasyonunu artırmaya çalışmak gerekir. Bırakmayı düşünmezse, en azından kullandığı sigara dozunu azaltması,

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

hafif sigaraları kullanması önerilebilir. Bunun dışında sigaraya her gün bir saat geç başlaması, sigarayı birkaç paket yerine her zaman tek paket bulundurması, içilen sigara miktarının azalmasına yardımcı olacaktır.

Bırakmayı düşünüyorsa öncelikle bırakmak için bir tarih belirlenmelidir. Bu tarih onun için yeniden doğmanın tarihi olacaktır. Tarih yaklaştığında tüm sigaralarını, çakmaklarını ve küllükleri atması önerilebilir. O güne kadar kişinin kendini hazırlaması gerekir. Bu zaman iyi değerlendirilmelidir. Koyulan tarihe kadar kişi, herkese sigarayı bırakacağını söyleyebilir. Sigarasız nasıl bir yaşam sürdüreceğini planlayabilir.

Daha önceki bırakma girişimleri muhakkak sorgulanmalıdır. Geçmişte bırakma girişimi varsa, çalışan ve çalışmayan yöntemlerin neler olduğu araştırılmalıdır. Ailesine ve arkadaşlarına sigarayı belirlediği tarihte bırakacağını ve bu konuda kendisine yardımcı olmalarını ve onun yakınında sigara içmemelerini isteyebilir. Bu arada bir arkadaşıyla birlikte bırakmak da iyi bir fikir olabilir.

Çevresini değiştirmesi önerilebilir. Evindeki, arabadaki ve çalıştığı yerdeki tüm sigara ve kül tablalarından kurtulmalıdır. Evde başka insanların sigara içmesine izin vermemelidir. Bir defa bırakıp, içmemeyi denemelidir.

Sigara isteği geldiği zaman sigaranın bu baskısından kurtulmak için yollar öğretilmelidir. Bunlar arasında ortamı değiştirmek, yürümek, bir arkadaşını aramak sayılabilir. Eğer kullandığı sigara miktarı günde bir paketin üzerindeyse tıbbi bir yardım alması da önerilebilir. İlk bıraktığı dönem için aşağıdakiler önerilebilir:

Sigaraya bırakacak kişiye öneriler

Sigara bırakıldığı ilk günlerde ağızda kuruluk veya metalik bir tat olabilir. Bu bedenın sigaradan arınma döneminde gösterdiği belirtilerendir. Bu nedenle daha bol su içilmelidir. Böylece toksinler daha kolay atılacak ve sigarayı bırakmak kolaylaşacaktır. Dişler daha sık fırçalanmalıdır. Toksinler diş etlerinden çıkar. Sık sık ağız suyla da olsa yıkanmalıdır.

Alınan günlük C vitaminini artırılmalıdır. Böylece muhtemel enfeksiyon risklerinden korunulabilir. Yiyebildiği kadar çok meyve ve sebze yenmelidir. Bildik davranışlarından ve alışkanlıklarından uzaklaşmasını önerebilirsiniz. Kahve ya da kola yerine çay içmek, farklı yollardan okula gitmek vb. stres yapıcı etkenlerden uzaklaşmak ya da stresle başa çıkmayı öğrenmek yine bir adım olabilir.

Gününü doldurması ve yapılandırması çok önemlidir. Boş zaman bırakmaması aklına sigaranın gelmesi ihtimalini azaltacaktır. Alkol almaması, diğer sigara içenlerle birlikte olmaması relaps riskini azaltacaktır. Olumsuz düşünceler yerine olumluları konmalıdır. *“Ben sigara içmeyen bir kişiyim”*

Sigara bırakıldığı andan itibaren beden, kendini tamir etmeye başlar. Sigarayı bıraktıkça bedendeki karbon monoksit hızla düşecektir. Uyku daha da düzelecektir, çünkü beynin oksijenlenmesi artacaktır. Kol veya bacaklarda hafif bir karıncalanma veya ürperme hissedebilir. Bu durum oksijenin damarlara daha fazla yayılmasıyla ilgilidir.

Koku ve tat alma duyuları gelişecektir. Sigaranın yerine kekler, bisküviler, şekerler, tatlılar konmamalıdır! Sigara içilen ortamda küçük değişiklikler yapılmalıdır. Örneğin

oturulan sandalyenin açısı değiştirilebilir. Yemekten sonra kısa bir yürüyüş yapılması yararlı olacaktır. Yürüyüş yapmak yemek sonrası sigara alışkanlığını kırmaya yardımcı olacaktır.

İçilen bir çay veya kahve yerine meyve suyu içilmelidir. Sigaranın bağlantılı olduğu durumlar hatırlanmalı ve başa çıkma yolları geliştirilmelidir. Örneğin bira içerken, bira bardağını daha önce sigara içtiği elde tutabilir. Eve gidince ılık bir duş alması, rahatlmasına yardımcı olur. Bu günlerde uyanır uyanmaz önce çay veya kahve içmemesi, onun yerine örneğin önce duşunu alması önerilebilir.

Hangi tedavi yöntemi?

Sigara bağımlılık yapan bir maddedir. Bu nedenle bağımlılık tedavisinin tüm kuralları geçerlidir. Bu nedenle uzmanlık alanı bağımlılık olan kişilerden yardım alınması daha doğru olacaktır. Sadece bedensel belirtilerin kaybolması yeterli değildir. Sigarayı bırakmak için hem bedensel, hem de psikolojik destek almak gerekir. Sigarayı bırakanların büyük çoğunluğunun ilk üç ay içinde tekrar başladığı gösterilmiştir. Bu nedenle ilk üç ayın atlatılması çok önemlidir.

Bağımlılık tekrarlayabilen bir hastalıktır. Sigaranın da diğer bağımlılıklardan farkı yoktur. Bu nedenle, sigarayı bırakmak için ciddi ve bilimsel yöntemler kullanılması gerekir. Günümüzde sigaraya yönelik birçok tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bunlar arasında etkin yöntemler de olmakla birlikte, genelde başarıları kısa sürelidir. Sigarayı bırakmak için çok farklı yöntemler uygulanabilir. Önemli olan kişiye uygun bir yöntemin seçilmesi ve bunun uygulanmasıdır.

Nikotin bantları

Nikotin bantları, kandaki nikotini azaltmak amacıyla kullanılan ilaçlardır. Sigarada bulunan ve bağımlılık yapan en önemli maddelerden birisi nikotindir. Nikotin bantları ile sigarayı bıraktıktan sonra da kanda nikotin kalmaya devam eder. Yavaş yavaş bantlardaki nikotin azaltılır, böylece ani sıkıntılar yaşanmaz. Nikotin bantlarıyla birlikte sigara kullanılmaz. Bu durumda zehirlenme ortaya çıkar. Ayrıca, kalp gibi hastalıkları olanlarda bu bantların kullanılması sakıncalıdır. Tıbbi Yönlerden Bağımlılık Yapan Maddeler bölümünde konuyla ilgili ayrıntılı tıbbi bilgi verilmektedir.

Antidepresan ilaçlar

Bazı antidepresan ilaçların kullanılması sonucu, sigara bırakıldıktan sonra ortaya çıkan iştah artışı, sinirlilik gibi belirtiler kaybolmaktadır. Bu belirtiler olmayınca kişinin sigarayı bırakması kolaylaşmaktadır. Ama dikkat! Antidepresan ilaçların sigarayı bırakmadan en az 15 gün önce başlanması gerekir. Öte yandan, bazı kişilerde rahatsız edici yan etkiler ortaya çıkardığı da unutulmamalıdır. Farmakolojik tedavi bölümünde konuyla ilgili ayrıntılı tıbbi bilgi verilmektedir.

Psikolojik destek

Psikolojik destek özellikle neyi ne zaman yapmayı göstermesi açısından önemlidir. Sigara kullanma davranışını değiştirmeye ve yerine yeni davranışlar koymaya yardımcı olabilir. Psikolojik destek sigaranın yarattığı bedensel değişiklikler üstünde etkili olmadığı için sıkıntılar yaşanabilir.

Akupunktur

Akupunktur sigarayı bıraktırma yollarından birisidir. Akupunkturda, tedavi sırasında ağrı hissedilmemektedir. Sigara bıraktırmada uygulama çoğunlukla kulağa yapılmaktadır. Sigara arama davranışı, sıkıntı gibi belirtilerin kaybolduğu iddia edilmektedir.

Lazer uygulaması

Çeşitli biçimlerde uygulanan lazer uygulamaları vardır. Bunlar akupunktur temelindeki tekniklerdir. Başa, kulağa veya farklı yerlere uygulanan biçimleri vardır. Bunlar bedendeki endorfin adı verilen bir maddenin düzeyini artırarak, kişinin sigarayı bıraktığı zaman rahat olmasını sağlar ve sigarayı aramasını azaltır. Lazer uygulamalarının tek başına yeterli olmadığı ve sigaraya yeniden başlama oranının yüksek olduğu gösterilmiştir.

Hipnoz

Hipnozda bir sigara bıraktırma yöntemi olarak kabul edilmektedir. Hipnoz altında kişiye sigarayı bırakması yönünde telkin yapılmaktadır. Hipnoz ile sigara bırakma 2-3 seans almaktadır. Ancak kimi kişilerde bu süre uzayabilir. Hipnoz ile sigara bıraktırma bir grup tedavisi biçiminde ya da bireysel tedavi olarak uygulanabilir. Kişi sigarayı bıraktıktan sonra da, belirli aralarla hipnoza devam etmesi tekrar kullanmayı engelleyen önemli bir faktördür.

Hipnoz ile tedavide başarılı olmanın en önemli koşulu, kişinin hipnoza inanması ve hipnoz olmayı istemesidir. İnanmayan ve hipnoz olmayı istemeyen kişilerin başarılı olması mümkün değildir. Hipnoz ile sigara bıraktırmada başarıyı artıran etkenler arasında hipnoz uygulayan kişinin deneyimi ve hipnoz edilen kişinin hipnoz olabilme yeteneği sayılabilir. Herkes hipnoz olabilir ancak hipnoz olabilme yeteneği kişiden kişiye değişir. Ancak ehil olan kişilerin bu yöntemi uygulaması gerekir. Kişinin kendi kendine hipnoz yapmayı öğrenmesi ile birlikte başarı oranı da yükselmektedir.

Diğer yöntemler

Sakızlar, dumanlı ama nikotinsiz sigaralar gibi birçok alternatif yöntem de sigarayı bırakmada kullanılmaktadır. Bu tür yöntemler davranış biçimini değiştirmedığı için çok başarılı değildir. Örneğin dumanlı ama nikotinsiz bir sigara, kişiye sadece nikotini unutturur. Sigara içme alışkanlığı değişmez.

Olumsuz uyarın verme etkin bir sigara bıraktırma yöntemidir. Olumsuz uyarınlar ile anlatılmak istenen elektrik şoku vermek, fazla sigara içmek ya da olumsuz hayaller kurmak gibi kişiyi sigaradan nefret ettirmeyi amaçlayan tekniklerdir. Örneğin kişiden hızlı sigara içmesi ya da bir günde içtiği sigaranın iki katı miktarda sigara içmesi istenir. Böylece kişinin sigardan nefret etmesi amaçlanmaktadır.

Gevşeme yine sigarayı bırakmada kullanılan yöntemlerden biridir. Gevşeme yöntemleri arasında derin soluk alma, kısa meditasyon ya da hayal etme sayılabilir. Gevşeme diğer yöntemlerle birlikte kullanıldığında zaman daha etkin olmaktadır.

9. GRUP PSİKOTERAPİSİ

Grup psikoterapisinde aynı grubu oluşturan kişiler düzenli olarak, örneğin haftada bir ya da daha sık toplanmaktadır. Bu toplantılar grubun çeşidine göre toplantıların konusunu düzenleyecek eğitilmiş bir lider tarafından yönetilmektedir. Bu terapinin amaçlarından biri de grup üyesi bireylerin bazılarında eksik olan sosyal davranışlarını düzenleme yetilerinin geliştirilmesidir. Bu nedenle, grup üyeleri arasındaki davranışsal etkileşim değerlendirmeye alınmalıdır. Grup üyesi bireyler kendi davranışlarıyla ilgili gözlemlerle karşı karşıya kalmakta ve kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkisinden, başkalarının davranışlarının da kendi üzerlerindeki etkisinden haberdar olmaktadır.

İlk başlarda acı verici ve zor olsa da, davranışlarının nasıl yorumlandığını dinlemeyi ve bundan doğan kaygıyla başa çıkmayı öğrenmektedirler. Eğer grup üyeliği birkaç ay boyunca sabit kalırsa, grup birbirine bağlı bir yapı haline gelmekte ve grup üyeleri birbirleriyle ve grupta daha pozitif bir biçimde iletişim kurmaktadır. Bu destekleyici ortamda kişisel gelişme olumlu yönde olmakta ve grupta birlikte elde edilen deneyim grup dışındaki yaşama da yansımaktadır.

Bağımlılarla yapılan terapilerin temel terapötik hedefleri bağımlının içgörü geliştirmesi, bağımlı olduğunu kabul etmesi ve yeni yaşam stratejileri geliştirmesidir. Bağımlılarla yapılan grup terapilerinde temel terapötik etmenler şunlardır:

- Umut aşılama
- Fedakarlık
- Evrensellik
- Bağlılık
- Kişiler arası öğrenme - Girdi
- Kişiler arası öğrenme – Çıktı
- Rehberlik
- Katarsis
- Özdeşim
- Birincil aile özelliklerinin grupta tekrarı
- Varoluşa ilişkin etmenler
- Kendini anlama

Grup terapisi düşünme şeklindeki yanlışları ya da gereksiz inançları ortaya çıkarmak üzere farklı üyeler tarafından inanılan değer sistemleri üzerine yoğunlaşır (örneğin, ben şimdiye kadar yaşamımı mahvettim bu nedenle hep değersiz bir insan olacağım). Terapistin yardımıyla grup, çeşitli teknikler kullanarak inançları sarsıp yeniden yapılandırır. Grup terapisi, davranışsal ve bilişsel beceriler ve duygusal durumlarla başa çıkmak yöntemleri üzerine yoğunlaşır. Terapötik gruplar, bazen kullanılan tekniklere davranış provaları ve grup içi rol oyunları dahil ederek, eğitim amaçlı oturum çizgisinde ilerlerler. Bazı grupların

yoğunlaştığı ‘relaps önlenmesi’nin temeli psikolojide sosyal-öğrenme teorisidir. Nitelikli bir terapistin grubun ihtiyaçlarına göre esnek davranabilmesi gerekir.

Grup psikoterapisi, toplumsal olarak oluşan baskıya karşı güç ve dayanışma geliştirir, yabancılaşma ve bırakma sürecinde yitimden doğan acı çekmeye, mateme karşı grubun desteğini sağlar, kişinin yeni davranış modelleri öğrenmesi ve geliştirmesini sağlar, bağımlılık çevresinde oluşan gözlenme, izlenme duygusunun getirdiği sıkıntıları grup desteği ile aşmasına yardımcı olur, inkar ve direnç mekanizmaları ile yüzleştirir, kendini ve davranışlarını görerek değiştirmesine ve kendi sorumluluğunu taşıması gerektiğini görmelerini sağlar (Aral ve Tolgay, 1996).

Alkol ve madde bağımlılığında sık kullanılan grup terapisi yaklaşımları şunlardır:

- Bilinç yükseltme grupları
- Psikoeğitsel gruplar
- Etkileşim grupları
- Kendine yardım grupları
- Psikodinamik gruplar
- Psikodrama

Genel olarak bakıldığında grup terapisi çekici bir tedavi seçeneğidir. Bunun birinci nedeni grup dinamiğinin tedavi tekniklerine katkısının potansiyel olarak etkili bir tedavi etme yöntemi oluşturmasıdır. İkincisi, madde kullanıcılarına profesyonel yardım sunan bireysel psikoterapi seanslarıyla karşılaştırıldığında daha az masraflı bir yöntem olmasıdır. Öte yandan madde kullanıcıları ile grup terapisinin bazı zorlukları da vardır. Etkili bir grup terapisi tüm üyelerin düzenli katılımını gerektirir ve madde kullanıcıları çeşitli nedenlerden dolayı düzenli randevulara uymayıp, bu anlamda güvenilmez olabilirler. Ayrıca grup terapisi büyük oranda açıklık gerektirir ve bazı suç eylemlerinde bulunmuş madde kullanıcıları grubun gizliliğine güven duymayıp tatmin olamayabilirler.

Madde kullanıcılarının katıldığı bir grup terapisinin tedavi politikasının çeşitli yönleri ile ilgili olarak yakınıldığı veya grubun bu politikada değişiklik yapılması için baskı yaptığı bir seansa dönüşmesi olasıdır. Bütün bu faktörler düşük devamlılık oranlarıyla birlikte grubu terapötik ilişkilere yönlendirmeyi çok zorlaştırır ve çok nitelikli bir terapistin liderliğini gerektirir.

Madde kullanım bozukluklarında grup terapisi bireysel tedavinin yerini almaz, bireysel gelişmeyi desteklemeyi amaçlayarak onunla birlikte yürür. Dinamik bir grup terapisinden en çok fayda sağlayabilecek, genellikle uzun bir madde kullanımı geçmişi olup ayıklık dönemine ulaşma konusunda sınırlı başarı elde edebilmiş kişilerdir. Bu kişilerin, aynı zamanda kişiler arası ilişkilerde zorlukları olabilir. Bu hastaların çoğuyla uzun dönemli (genellikle bir yıllık) tedavi anlaşmaları yapılır. Herhangi bir gruba üyelik ve devamlılık isteğe bağlı olmalıdır. Aksi takdirde zorunlu oldukları için gelen üyeler tarafından grubun sabote edilme ihtimali vardır. Grubun terapisti hastalara reçete vermemesi gerekir. Ayıklığı başarmak için motivasyon eksikliği gruba engel teşkil etmemelidir. Grup terapisinin etkinliğini ölçmek oldukça zordur (Aral ve Tolgay, 1996).

Grup terapisi süresince hastanın iyileşmesine katkısı olan, terapist, hasta ve diğer hastalar arasındaki etkileşimin sonucu olan iyileştirici faktörler şunlardır:

1. Umut aşılama: Kendi gibi bağımlıların oluşturduğu grup sürecinin, diğer bağımlılara yardımcı olduğunu görmektir.
2. Fedakarlık: Benlik algısı düşük, değersizlik hisleri ön planda olan bağımlıların “başkalarına yardımcı oluyorum, bir değerim var” duygusunun oluşumuna yol açar. Kendine saygıyı artırır.
3. Evrensellik: Genellikle hastalar kendi sorunlarının nedenli ağır bir yük, baş edilmez ve benzersiz olduğu duygularını yoğun bir şekilde yaşarlar. Grup içinde aynı sorunu olan diğer bağımlıları görmek bu duyguyu hafifletir.
4. Bağımlılık: Alkol bağımlılarının, alkol aldıkları dönemde yaşadıkları sorunlar ne kadar utandırıcı ve acı veren şeyler olursa olsun, gruba getirdiğinde kabul edildiğini görmesi aidiyet duygusunu artırır, bu ortam terapötik ilişkinin oluşmasında temeldir.
5. Kişiler arası öğrenme-girdi. Öğrenilenler: Grup süreci içinde diğer insanlarla iletişim kurarken davranışlardaki özellikleri bir geri bildirim almak.
6. Kişiler arası öğrenme-çıkıtı. Değişim: Diğer insanlar ile ancak bağımlı oldukları madde aracılığı ile ilişki kuran bağımlılar, alkolsüz ilişki kurma becerilerini grupta geliştirirler.
7. Rehberlik: Bir grup üyesinin bir olay karşısında, bir sorunun çözümünde, o üyeye önerilerde bulunmasıdır.
8. Katarsis: Alkol bağımlıları duygularını fark edip, onların alkolsüz pek açığa vuramazlar. Grup süreci içinde bağımlılar duygularını olumlu veya olumsuz fark edip, onları nasıl dışa vuracağını öğrenir.
9. Özdeşim: Bağımlı kişi, bir grup üyesinin utanılacak olayları, acı veren olayları ortaya koyabildiğini gördükten sonra, üyeyi örnek olarak kendi benzer sorununu dile getirebilir.
10. Birincil aile özelliklerin grupta tekrarı: Hasta kendi aile üyeleriyle olan çatışmalarının benzerlerini grup içinde yaşar. Önemli olan bu çatışmaların onarıcı bir biçimde yaşanmasıdır.
11. Var oluşa ilişkin etmenler: Yaşamla ilgili sorunları sonuçta insanın tek başına karşılayacağını, onları yalnız göğüslemek zorunda olacağını öğrenmedir.
12. Kendini anlama: Grup içinde, benliğinin önceden bilinmeyen ve kabullenilmeyen bölümlerini keşfedip, kabullenmek. Çocukluk dönemine ait bazı durumların bugünkü yaşantıya olan etkilerini öğrenmek.

10. AİLE TERAPİSİ

Madde kullanımı tedavisinde aile terapisinin çok önemli bir yeri vardır. Bunun nedeni, ailenin bir bütün olarak bireysel üyelerinin madde kullanımı veya bütün davranışlarını büyük ölçüde etkileyebilmesidir.

Aile, değişime direnç gösteren sabit bir sistemdir. Madde kullanımının bu sabitliğe uyum sağlamak gibi etkili sonuçları olduğunu anlamak önemlidir. Örneğin boşanmanın eşliğindeki ebeveynler madde kullanan çocuklarının gündemdeki sorunlarıyla baş edebilmek için birlikte kalabilirler veya yetişme çağındaki çocuklarının evden ayrılmasını kabullenemeyen ebeveynler farkında olmadan çocuğun onlara bağımlı olmasını sağlayan madde kullanımını teşvik edebilirler.

Aile üyeleri farkında olmayarak madde kullanımını teşvik edip destekleyerek, tedavi sürecini özellikle de hastanın ilerleme kaydettiği ve madde kullanımının azaldığı dönemlerde etkisiz kılabilirler.

En önemli zorluklardan birisi de, madde kullanıcılarının ailelerini tedaviye katılmaları konusunda ikna etmektir. Kimi zaman aile terapisine davet edilmek, aile üyelerine hastanın madde sorunundan sorumlu tutulduklarını hissettirebilir. Bu nedenle, onların tedavi sürecine yardımcı olabileceği potansiyellerinin vurgulanması son derece önemlidir. Ayrıca girecekleri tedavi dönemiyle ilgili önceden bilgilendirilmeleri yardımcı olabilir. Daha önceden başarısız olmuş deneyimler yaşamış olabilirler ve kendilerini tekrar böyle bir durum içinde bulmak istemeyebilirler.

Bazı aile terapisi çeşitlerinde terapist aileye problemlerini çözmeleri ve bireysel aile üyelerinin birbirleriyle daha olumlu ve yapıcı biçimlerde ilişki kurmaları konusunda yardımcı olur. Bunu sağlamak için, terapist ilk başlarda aileyi destekleyerek, onların kurallarına uygun davranıp, tarzlarına uyum sağlayarak aile grubuna katılmalıdır.

Böylece, terapistin her üyeye ayrı ayrı olumlu ilişkiler kurarak aile grubunun içinde liderliğini kurması gerektiği yeni bir aile sistemi kurulur. Gruba bu yolla katılan terapist ailenin bir soruna tepki olarak oluşturduğu davranışsal etkileşimleri birinci elden yaşantılayarak bunlara katılabilir. Alışkanlık haline gelmiş uyum sağlayamayan tepkileri değiştirmek için, terapistin ailenin ilişki kalıplarının yeniden yapılandırılması gerekir.

Aile üyelerine bir sonraki seansa kadar yerine getirmeleri gereken evde uygulayacakları görevler verilebilir. Bu görevler, kişiler arası ilişkiler üzerine daha fazla çalışma olanağı sağlar. Böylece, aile evde günlük aktiviteleri sırasında bile terapistin varlığını hisseder, terapistin etkisi de artar.

Genellikle ailenin beklentisi, tedavi edilen veya tedavinin öznesi olan kişinin tedavi tarafından değiştirilen ya da değişen kişi olmasıdır. Halbuki madde kullanan kişinin yaşamı

ya da davranışları soyutlanmış değildir, ailesiyle etkileşim içindedir. Tedavi tüm aileye yöneliktir. Yine de terapinin hedefinin geçmişte yaşanan olayları tartışmak değil, o anki durumun değiştirilmesi olduğu unutulmamalıdır.

Tedavi edilen kişinin belirtileri hiç gözden kaçırılmamalı ve tedavinin birincil amacı ailenin geri kalanının hastanın sorunuyla ilgili yardım etmesini sağlamak olmalıdır. Ergenler için aile temelli yaklaşım, onların tedaviyle özdeşleşmelerine ve madde kullanımını azaltmaları konusunda oldukça etkili olmaktadır. Aile terapisinin yetişkin madde kullanıcıları üzerindeki etkileri, ergenlere göre daha düşük bulunmuştur.

Aile terapisinin farklı bir tipide, madde bağımlılarının ailelerinin bir araya getirilerek yapılan çoklu aile terapisi. Ailelerin ortak deneyimleri nedeniyle birbirlerini destekledikleri ve benzer durumları başka ailelerde gözlemleyerek kendi ailelerinde olup bitenleri fark edip anlamayı öğrendikleri görülmüştür. Grubun sağladığı destek özellikle ebeveynlerin kendilerini madde kullanan çocuklarının sorunlarından ayrı tutmaya başladıkları zor dönemde yardımcı olur.

11. KENDİNE YARDIM GRUPLARI

Adsız Alkolikler (AA) ya da adsız narkotikler (NA) isimleri verilen grupları kendine yardım gruplarıdır. AA ya da NA alkol ve uyuşturucu kendileri için önemli bir sorun haline gelmiş erkek ve kadınların oluşturduğu kar amacı olmayan arkadaşlık birliği olarak tanımlanabilir.

AA ya da NA düzenli olarak toplanır. Alkol ya da diğer tüm uyuşturuculardan uzak durmak ana hedeftir. AA ya da NA'ya üye olmak için koşul, kişinin kullandığı maddeyi bırakma isteğinin olmasıdır. Başka herhangi bir koşul başvuran kişilerden beklenmez. Üye olmak için ücret alınmaz.

Her iki organizasyonda tamamen bağımsız çalışan birer gruptur. Hiçbir politik grupla ya da dinle ilişkisi yoktur. Yaş, ırk, cinsiyet, inanç ya da din katılanlar arasında gözetilmez. İlk AA grubunun kuruluşu 1935 yılında Ohio'nun Akron kentinde, New York'lu bir borsa komisyoncusu ile Akron' lu bir doktor arasındaki bir sohbet sırasında olmuştur. Bu iki kişi kendilerinin kurtulmasının ancak başka bir alkoliğe yardım ederek olabileceğini düşünerek Akron Hastanesinde yatan alkolikler birlikte sıkı bir şekilde çalışmaya başladılar.

12 basamak

- 1- Alkole karşı güçsüz olduğumuzu ve yaşantımızın yönetilemez hale geldiğini kabul ettik.
- 2- Sadece bizden üstün bir gücün akıl sağlığımızı geri getirebileceğine inandık.
- 3- İrademizi ve hayatımızı algıladığımız anlamdaki Tanrıya teslim etmeye karar verdik.
- 4- Geçmişimizin ahlaki bir dökümünü araştırmacı ve korkusuz bir bakışla yaptık.
- 5- Kusurlarımızı açık bir biçimde Tanrıya, kendimize ve bir başkasına itiraf ettik.
- 6- Tanrının bu karakter bozukluklarını düzeltmesi için tüm benliğimizle hazırlandık.
- 7- Tanrıdan eksiklerimizi gidermesini alçak gönüllülükle diledik.
- 8- Zarar verdiğimiz insanların listesini çıkarttık, hatalarımızı düzeltmeye istekli hale geldik.
- 9- Daha önce zararımız dokunan kişilerden onları ve ya başkalarını rahatsız etmeyeceğinden emin olduğumuz zaman, doğrudan özür diledik.
- 10- Kişisel dökümümüzü yapmaya devam ettik ve hatalı olduğumuz zamanlar bunu derhal itiraf ettik.
- 11- Dua ve meditasyon yoluyla, algıladığımız anlamdaki Tanrı ile bilinçli bağlantımızı geliştirmeye devam ettik. Onun bizlere uygun gördüğü şeyleri anlamak ve bunları yerine getirebilmek için gerekli gücü vermesi için dua ettik.
- 12- Bu basamakların sonucu olarak, ruhsal bir uyanışla bu mesajı alkoliklere taşımaya ve bu ilkeleri bütün işlerimizde uygulamaya çalıştık.

Türkiye'de ilk AA toplantıları daha önce Amerika'da ve Belçika'da yaşamış oralarda yaşadığı dönemlerde alkolizm tedavisi görmüş ve AA ile tanışarak toplantılarına katılan bir AA üyesi tarafından 1982 yılında başlatıldı. NA çalışmaları 1992 yılında başlatılmıştır. Her iki grubun da farklı illerde toplantıları devam etmektedir.

Bu bölüm Defne Tamar Gürol ile birlikte yazılmıştır.

Kişinin madde kullanımını bırakması AA ve NA içinde “12 basamak” adı verilen basamakları çalışması ile olmaktadır. Bu basamaklar AA ya da NA’da aynıdır. Aşağıda AA’ya ait 12 basamak verilmiştir. Bunlar NA’da çok küçük farklılıklar göstermekle birlikte, benzerdir.

12 basamak dışında AA ve NA toplantılarında uyulması gereken 12 gelenek de vardır. Bu gelenekler toplantıların bir anlamda yönetmeliğidir denebilir. Bu ilkeler AA’nın 1950 yılında yapılan uluslararası konferanslarında onaylanarak AA’nın dayanışma ruhunun temel taşı kabul edilmiştir.

Oniki Gelenek

- 1- Ortak refahımız başta gelmelidir, kişisel iyileşme AA’nın birliğine bağlıdır.
- 2- Amacımıza ulaşmada tek otorite vardır, o da grup bilincimizde ifadesini bulan sevgi dolu bir tanrıdır. Liderlerimiz yönetici değil, güvenilir hizmetkarlardır.
- 3- AA üyesi olabilmek için gereken tek şey, içkiyi bırakmak konusunda arzulu olmaktır.
- 4- Her grup, diğer grupları ve bir bütün olarak AA’yı etkileyen meseleler dışında bağımsız olmalıdır.
- 5- Her grubun yalnızca bir tek amacı vardır: Mesajını hala acı çekmekte olan alkoliklere iletmek.
- 6- Bir AA grubu, adını kendiyile ilgili veya kendi dışındaki herhangi bir kuruluşa devretmemeli, ödünç vermemeli ya da finanse etmemelidir. Çünkü para,, mülk ve prestij sorunları bizi esas amacımızdan uzaklaştırır.
- 7- Her AA grubu dışarıdan gelecek katkıları ret ederek tam anlamıyla kendi kendine yeterli olmalıdır.
- 8- AA daima amatör olarak kalmalıdır. Ama servis merkezlerimizde özel görevliler çalışabilir.
- 9- AA olarak hiçbir zaman örgütlenmemeliyiz, ancak hizmet verdiğimiz kişilere karşı doğrudan sorumlu olan hizmet kurulları veya komiteleri oluşturabiliriz.
- 10- AA’nın dışarıdaki konular hakkında pek fazla fikirleri yoktur, onun için AA adı toplum davalarına hiçbir şekilde karıştırılmamalıdır.
- 11- Halkla ilişkiler siyasetimiz, isim yapmak yerine ilgi toplamak üzerine kurulmuştur. Bu yüzden basın, radyo, TV ve film alanlarında kimliğimizi daima gizli tutmalıyız.
- 12- Adsızlık bütün geleneklerimizin manevi temelini oluşturarak bize ilkelerin daima kişiliklerden önce gelmesi gerçeğini hatırlatır.

Kendine yardım grupları üyelerinden her birinin sorumluluğu ‘basamakları çalışmak’ programına dahil olmaktadır. Bu durum, programa katılan diğer kişilerin yazdıklarını okuyup onları anlamayı, kendi işlevselliğini değerlendirmeyi, yönlendirilme ve destek talep etmeyi ve bir bütün gün boyunca maddeden uzak kalmayı denemeyi gerektirir.

Kendine yardım grupları üyeleri için bunları deneyimlemek, Daha Yüksek Güç’ün yardımıyla değişime olan kişisel bağlılıkları sayesinde bağımlılıklarının getirdiği çaresizlikleriyle yüzleşebilmelerini ve diğerlerinin hayatlarını olumlu etkileme sorumluluğunu almalarını sağlar. Basamaklar iki genel temayı vurgular:

1. Tinsellik (spirituality) : Her birey tarafından tanımlanmış, iyileşmek için olan inanç ve umudu simgeleyen ‘Daha Yüksek Güç’e olan inanç.

2. Pragmatizm: Birey için 'işe yarayan herhangi bir şey' yapmaya olan inanç. Bunun anlamı ilk maddeyi kullanmamak ya da ilk içkiyi içmemek için alınabilecek her türlü önlem almak ve yapılabilen her şeyi yapmaktır.

Bu gruplar genellikle belirli bir bölgedeki bir veya iki bağımlının enerjisi ve isteği ile kurulmaktadır. Burada kişinin tek başına madde problemini yenmesinin imkansız olduğu, fakat grubun yardımı ile bu problemin üstesinden gelinebileceği felsefesi yatmaktadır.

Tüm kendi kendine yardım gruplarındaki ortak tema, benzer deneyimlerin paylaşımı ve arkadaş önerileri ile kişilerin karşılıklı olarak birbirlerine yardım etmeleridir. Madde problemleri nedeniyle toplumdan dışlanmış olan kişilere grup desteği, sosyal kimlik ve toplumsal kabulü sağlamaktadır. Bunun yanında grup bir deneyim zenginliğine sahiptir.

Madde problemi ile başa çıkmaya çalışanlara gerçek pratik yardım verilir. Maddeyi bırakanların bırakmalarına rağmen genellikle belli bir süre daha gruba katılmaya devam etmelerinden dolayı, yeni üyeler arınmış kişiler ile tanışma ve özdeşleşme imkanı da bulabilmektedirler.

Grup toplantıları kendine yardım gruplarının en iyi bilinen uygulamalarından biridir. Toplantılar 'açık' ya da "kapalı" yapılır, haftada bir gün ve genellikle bir saat sürer. 'Kapalı' toplantılar sadece kendilerini 'bağımlı' olarak tanımlayan bireylerin deneyimlerini, başarılarını, korkularını, ilişkilerindeki başarısızlıklarını paylaşmaları için onları teşvik etmek, desteklemek ve tavsiyelerde bulunmak içindir.

'Açık' toplantılara bağımlı olmayanlar, bağımlıların aileleri, yakınları için endişelenen kişilerin katılmasına izin verilir. Konuşmacı toplantılarında üyeler kendi 'hikayeler'ini anlatırlar. Madde ve alkol kullanımlarıyla ilgili deneyimlerinden bahsederek ve iyileşme süreçleri hakkında konuşurlar. Aşamalı toplantılar genellikle kapalı yapılır ve on iki basamağın anlamı ve açılımı konusundaki tartışmalardan ibarettir.

Önceki bazı yaşantılarından dolayı, kimi zaman bazı grup üyeleri profesyonel karşıtı tutumlar izlemektedir. içerisinde olduğunu anlamak kolaydır. Keza, bazı profesyonel çalışanlar da bu gruplar nedeniyle kendileri tehdit altında hissetmektedirler. Halbuki, bu iki sistem arasında çatışma olmamalıdır ve olmasına da gerek yoktur.

Profesyonel sağlık bakımı ile kendi kendine yardım grupları rekabet etmelidirler, ancak birbirlerini tamamlamalıdır. Profesyoneller kendi kendine yardım gruplarının kendi alanlarındaki değerini bilmeli ve onların faaliyetlerini güçlendirmelidirler. Madde kullanımı problemi olan hastaları bu gruplara katılmaları konusunda cesaretlendirmeli ve hastaları bu gruplara göndermek konusunda tereddüt etmemelidirler.

12. TERAPÖTİK TOPLULUKLAR VE YATILI BAĞIMLILIK TERAPİ PROGRAMLARI

Bu tedavi yöntemi kişinin yeni beceriler, alışkanlıklar kazanmasını, davranış biçimlerini topluluk içinde değiştirmesini ve kendisine yeni bir hayat kurmasını sağlamak amacıyla yapılır. Genelde tedavi bir grup madde kullanıcısıyla birlikte kent dışında bir evde yapılır. Uzun süreli bir tedavi yöntemidir.

Birçok ülkede yatılı bağımlılık terapi programları tedavi yöntemlerinin en oturmuş şeklidir. Bu tedaviler günümüzde halen İsveç gibi İskandinav ülkelerinde geçerliliğini korumaktadır. Terapötik topluluklar, on iki basamak tedaviyi değişen seviyelerde uygulayabilmektedir. Terapötik topluluklar, aynı zamanda kavrama dayalı (concept based) topluluklardır. Kavramlar bağımlılık sorunlarının doğasını, terapinin nasıl yürütüldüğünü ve tedavi görenlerin topluma uyum sürecini anlatır. Yataklı tedavi hizmetlerinin bir başka kolu da ‘Hristiyan Yardım Evleri’ ve ‘Sosyal Yardım Evleri’dir. Bazı yataklı bağımlılık tedavileri üç ana evrede gerçekleştirilmektedir.

- Sonuç çıkarma / çevre koşullarına uydurma
- Tedavi
- Tekrar giriş yapma

Sonuç çıkarma/çevre koşullarına uydurma evresi birkaç hafta ile iki ay arası bir sürede tamamlanır. Ana evre olan tedavi, yatılı tedavi, çalışma, toplulukta kişilerle iletişim kurma ve toplum hiyerarşisine ayak uydurma süreçlerini içerir. Bu süreç genellikle 12 ay sürer. Tekrar giriş yapma evresi toplulukta yaşayan hastaların iş ve kalacak yer bulmalarını sağlar. Bu süreç 6 ile 12 ay arasında sürebilir. Bazı kurumlar, ana programı tamamladıktan sonra hastaların yarı-bağımsız yaşayabilecekleri “yarı-yol” evlerini işletmektedirler.

Yatılı tedavi programlarının çoğunlukla amaçları tam ayıklıktır (total abstinence). Bu kurumlar genellikle bireylere, yaşam şekillerinde önemli değişimler yapabilmelerini ve uzun vadeli iyileşebilmelerini sağlayabilecek planlanmış ve yapılandırılmış danışmanlık ve destek hizmetleri sunmaktadırlar.

“Synanon”, önemli bir terapötik topluluktur. 1958 yılında Santa Monica, Kaliforniya’da Chuck Dederich tarafından kurulmuştur. Anonim Alkolikler’in (AA) felsefesinin ilkelerinden ortaya çıkmış ve belli ölçüde bu ilkelere dayanmıştır. Dederich, AA’daki deneyimlerini Synanon programını kurmak ve geliştirmek için kullanmış olan tedavi gören bir alkoliktir. Dederich AA’de birlikte tedavi gördüğü insanlardan birkaçıyla birlikte kendi dairesinde haftalık “özgür birlik” grup dizilerini başlatmıştır. Bunlar daha sonra görüşme grupları halini almış ve bir yıl içinde haftalık toplantılar yatılı tedavi topluluğuna dönüşmüştür. Synanon, 1959 Ağustos’unda her türlü madde kullanımını tedavi edebilmek amacıyla resmi olarak kurulmuştur.

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Terapötik topluluk yaklaşımının olmazsa olmaz unsuru topluluktur. Topluluk, değişim sürecinin hem içinde bulunduğu sistem, hem de yöntemidir. Topluluk unsuru, terapötik topluluk yaklaşımını diğer bütün madde kullanımının ve benzer bozukluklarının tedavisinde ve rehabilitasyonunda kullanılan yaklaşımlardan farklılaştırır.

Bu bağlamda terapötik topluluk yaklaşımının tedavi sürecinde, birey ve topluluk arasında süregelen etkileşimler bu yöntemin diğer bağımlılık tedavisi müdahalelerinden farklı olmasını sağlamaktadır. Terapötik topluluk yaklaşımının temelindeki üç önemli psikolojik ilke; sosyal rol eğitimi, temsille öğrenim ve etkinlik eğitimidir. Terapötik topluluk yaklaşımının hiyerarşisindeki pozisyonlar, bireylere çalışma rolleriyle ilgili deneyim sağlamaktadır. Buna bağlı olarak, bireyler toplumdaki farklı sosyal rollerini öğrendikçe geniş bir yelpazeye yayılmış olan farklı sosyal ve psikolojik değişimlerden geçmektedir.

Bireylerin sosyal rollerini değiştirmek; davranış, tutum, duygu ve değerler çerçevesindeki öğrenimi etkin bir şekilde sağlayan bir yol olarak görülmektedir. Rol eğitiminin amacı, bireylere iyileşme sürecinde sosyal ve psikolojik olarak destek sağlayacak yeni davranışlar, beceriler ve tutumlar kazandırmaktır. Temsille öğrenim de, akranların ve çalışanların uygun davranış ve tutumları göstererek birer rol model olması açısından, toplum yaşamının önemli bir ilkesi olarak görülmektedir. Performans, sorumluluk, kendini değerlendirme ve özerklik yönlerinden toplumun beklentilerine ulaşabilmek kendi kendine yetkinliğin ve özgüvenin artmasını sağlamaktadır.

Muhtemelen terapötik toplulukların en bilindik çeşidi kavram evleridir. Kavram evlerinin ilki 1959'da California'da kurulan Synanon'dur. Arkasından gelen Phoenix House, Daytop Village ve Odyssey House gibi kavram evleri de, organizasyon özellikleri, profesyonellik dereceleri ve kullanılan terapötik teknikler bakımından farklılıklar taşısa da, temel anlamda birçok açıdan benzerlik göstermektedirler.

Toplulukların hepsinde ilaç kullanımı serbesttir ve hastalar 24 saat tedavi koşullarına uygun yatılı programlardır. İlk etapta hastalar önceki yaşamlarından tamamen izole edilirler ve ziyaretçi, mektup ya da telefon görüşmesi kabul etmeleri yasaklanır. Topluluğun gündelik yaşamı oldukça planlı olduğundan, hastaların kendi başlarına bir şeyler yapmalarına pek fırsat verilmez. Vakitlerinin büyük bir kısmını organize edilmiş grup aktivitelerinde geçirmeleri sağlanır. Bu şekilde etkileşim sağlanır ve hastaların diğerlerine karşı davranışları sürekli incelenebilir, açık sözlülükle yapılan eleştirilerin oluşmasına yardımcı olunur.

Kavram evleri katı bir sosyal hiyerarşiye ve otokratik liderliğe sahiptir. Yeni gelenler oldukça alt seviyede tutulur, onlara çok az ayrıcalık tanınır ve vasıfsız görevler verilir. Ölçülü olan, topluluk yaşamına tam katılımı sağlayan ve dürüstlük ve farkındalık bakımından kişisel gelişim gösteren kişilere, yeni gelenlere örnek olmaları açısından kademe atlatılır, daha büyük sorumluluklar yüklenir ve daha fazla ayrıcalık verilir. Hatta iyi davranışın ayrıcalıkla ödüllendirildiği, kurallara karşı gelenlerin azarlanma, kademe düşürme ve ayrıcalık kaybetme şeklinde cezalandırıldığı bir ödül ve ceza sistemi bile olabilir.

Uygulanan çeşitli grup terapileri arasında en önemlisi mücadele grup terapisi. Mücadele grup terapisi küçük bir grup hastanın haftada üç veya daha fazla kere bir araya gelmesi ile oluşur. Grubun derlenişi her seferinde farklı olur. Bunun sebebi hile yapılmasını engellemek ve her hastanın belirli bir gruba dahil birkaç kişiyle değil, farklı farklı kişilerle iletişim halinde olmasının önemini vurgulamaktır. Grup lideri ise ya önceden belirlenir, ya

grup içerisinde seçilir, ya da gruptaki en eski üyenin kim olduğuna bakılarak seçilir. Grup üyeleri, buluşmadan hemen önce şikayetlerini birbirlerine anlatabildikleri gibi, kişilerin toplum içerisindeki davranış ve tavırlarıyla yüzleşebilmeleri adına, grup içerisinde agresif sözlü saldırılar gerçekleştirilebilir.

Grup toplantılarındaki en büyük beklenti, sözlü saldırılarda ve ters tepkilerde bile, dürüstlüktür. Hatta bağırma ve küfür, gerekli entelektüel savunmayı ve kendini belli etmeyi sağladığından normal karşılanır. Bu tarzda rahat ve kontrolsüz davranış ve tepkiler sadece grup toplantılarında kabul görür. Bunun dışındaki zamanlarda cezalandırılır. Bu görüşmeler saatlerce sürebilir, şiddetli duygusal saldırılar kişi için oldukça yorucu olabilir. Bu nedenle o toplantının odak noktası olan kişi için sonradan destekleyici yaklaşımlar şarttır. Yine de, kavram evleri son yıllarda, karşılıklı saygı ve bireye verilen önemin anlaşılmasıyla, daha az çatışmacı ve katı hale gelmiştir. Bu değişikliğin sebebi, muhtemelen, HIV enfeksiyonunun ortaya çıkması ve geleceği belirsiz hastalara daha dikkatli yaklaşılmasının istenmesidir.

Terapötik topluluklar, daha önceki kurtulma denemeleri başarısızlıkla sonuçlanmış olan kronik madde kullanıcıları için oldukça yararlı bir yöntem olarak görülmüştür. Özellikle genç ve kişisel gelişimini tamamlamak için vakti olan kişiler için uygun bir yöntem olarak değerlendirilir. Hatta birçok terapötik topluluğun 35 yaş sınırı vardır. Sosyal becerileri olmayan, sosyalleşmede ve kendini göstermede problemler yaşayan kişiler topluluk yaşantısından faydalanması gereken kişilerdir. Kavram evlerindeki bu katı ve planlı sistem, genellikle genç ve risk taşıyan bağımlılardaki ani davranış kontrolünü sağlama açısından oldukça faydalı olabilmektedir. Fakat geçmişinde ağır kişilik bozukluğu veya ruhsal sorunları olanlar için uygun değildir.

Terapötik topluluklarda üç aydan fazla kalabilen bağımlı oranı %40'ın altındadır. Bu sebeple bazı kavram evleri, prosedürlerini gözden geçirip, daha az katı kurallar koyarak, bağımlıların daha uzun süre kalmalarını sağlama yoluna gitmişlerdir. Kavram evlerindeki tedavilerini başarıyla tamamlayıp, yine de madde kullanımına devam eden kişilerin, madde kullanıcılarına hizmet verilen yerlerde iş bulmaları sağlanır

Terapötik toplulukların temel dezavantajı çok az sayıda insanı aynı anda tedavi edebilmesidir. Daha fazla sayıda madde kullanıcılarına daha ucuz yöntemlerle tedavi uygulanabilmesinin gerekliliği, son günlerin tartışma konusu haline gelmiş durumdadır.

Bazı toplulukların “kült” olarak çalıştığı öne sürülmektedir. Bu eleştiri özellikle Synanon'a karşı yapılmıştır. Kültler ve terapötik topluluklar arasında benzerlikler olduğu belirtilmiştir. İki grup da genellikle karizmatik bir lider tarafından kurulmakta ve yürütülmekte, psikolojik ve sosyal olarak kendini yetersiz hisseden insanlara yardım ettiğini iddia etmektedir. Topluluğa yüksek derecede bağlılık gösterilmesi beklenmekte ve her iki tür grup ta belli ölçüde dış dünyadan soyutlanmış olarak devam etmektedirler.

Kültler ve terapötik topluluklar arasında topluluğun amaçları, üyelere sağlananlar ve onlardan beklenenler ve kontrol sisteminin yürütülmesi açısından ise farklar bulunmaktadır. Kültler çoğunlukla ideal bir yaşam düzeni kurmak ve diğer insanları bu düzene döndürmeye çalışırken, terapötik topluluklar bireysel değişimlere imkan sağlayabilecek bir kültür yaratmaya çalışmaktadırlar. Kültlerde, topluluk hakkında liderlik ve kararlar genellikle tartışmaya açık değildir. Terapötik topluluklarda kararlar grup toplantılarında özgürce tartışılarak alınır.

13. DİĞER TERAPİ YÖNTEMLERİ

On iki basamak destekleyici terapi (Twelve Step Facilitation Therapy)

On iki basamak programın etkileri artık sadece NA ve AA toplantıları için olmaktan çıkmış, birçok tedavi programının tedavi yöntemini geliştirirken temel aldığı on iki prensip haline gelmiştir. Diğer birçok tedavi programı, bakım ve gözetim hizmetlerinin bir parçası olarak kendi programlarını NA ve AA'ların katılımıyla tamamlama eğilimindedir. Bazı programlarda on iki basamak, yapılandırılmış ve profesyonel olarak yürütülen tedavi paketinin en önemli parçasıdır.

Bu tip tedaviler, standart ayaktan tedavi gören hastalara uygulanan programlardan biri çerçevesinde uygulanabilir. On iki basamak destekleyici terapi programı, on iki basamak modelini temel alan bir yöntemdir. On iki basamak destekleyici terapi programı, ayaktan tedavi gören hastaların tedavileri için geliştirilmiş, on iki hafta süren ve yapılandırılmış bir programdır. Her seans belirli bir konu işlenir ve önceden belirlenmiş bir paterni vardır. Seanslar belirli 'iyileşme görevleri' içerir ve hastalardan kişisel günlükler tutmaları istenir. On iki basamak destekleyici terapi programının temel ögesi, hastaların her hafta birçok AA toplantısına katılmaları ve AA Büyük Kitabı'nı ve diğer yayınları okumaları için teşvik edilmeleridir. On iki basamak destekleyici terapi programı süresince terapist hastalarına AA'nın ilk beş aşamasını anlatır. On iki basamak destekleyici terapi programı, normal AA toplantılarındaki gibi akran desteği odaklı değil birey odaklı terapi yapılıyor olması ile farklılık gösterir. Bu terapinin diğer tedavilerin etkinliğini artırdığı gösterilmiştir. Bu terapide terapist,

- AA felsefesini benimser,
- AA toplantılarına katılımı arttırmayı hedefler,
- AA ile birlikte çalışır.

On iki basamak tedavilerinin popülerliğine rağmen bu konuda yapılan araştırmalar metodolojik olarak sınırlı kalmakta ve bize tutarsız sonuçlar sunmaktadır. Diğer birçok bağımlılık tedavisi yöntemine kıyasla on iki basamak tedavilerinin etkinliğinin sistematik değerlendirmeleri, özellikle NA konusunda, oldukça azdır. NA konusunda yazılanların birçoğu tasvirlerle ve anekdotlara dayalıdır. Son yıllarda araştırmacılar on iki basamak tedavi sistemine yönelik etkinlik araştırmalarına büyük ilgi göstermiştir. On iki basamak destekleyici terapi programı, alkol tüketim davranışını değiştirme bakımından, bilişsel davranışsal tedaviden bile daha etkin bulunmuştur.

Matrix

Matrix programı daha çok uyarıcı madde kullananlar için oluşturulan bir tedavi programıdır. Hastalar, bağımlılık ve relaps konusunda önemli bilgileri yönlendirici ve destekleyici bir tavır üstlenen terapistten öğrenirler. Terapist öğretmen rolünü de üstlenir ve değişim için kişiyi yüreklendirir. Hasta terapist arasındaki ilişki realistik ve direkttir ancak yüzleştirici ve koruyucu değildir. Terapist hastanın kendine olan güvenini ve değerliliğini artırıcı girişimlerde bulunur.

Program motivasyon kazandırma terapisi ve bilişsel davranışçı tedavisi esaslarına dayanmaktadır. Relaps önleme, aile ve grup terapileri, psiko eğitimde program içinde yer almaktadır. Tedavide kendine yardım gruplarına katılım özendirilir ve aile de tedavinin içine katılır.

Toplumsal Pekiştireç Yaklaşımı (Community Reinforcement Approach)

Alkol sorunlarına toplumsal pekiştireç yaklaşımı aslında uzun yıllardır kullanılan bir yöntem. Ancak son yıllarda giderek bilimsel bir müdahale yöntemi olarak kabul edildi ve uygulanmaya başlandı. Bu yöntemin amacı alkolün olumlu pekiştireçlerini azaltmak ve ayıklığın olumlu pekiştireçlerini arttırmaktır.

Yöntemin ilk adımı alkol bağımlısına maddeyi bırakmak için motivasyon kazandırmaktır. Daha sonra ayıklığı başlatmak hedeflenir. Bunun için gerekirse sadece bir ay alkol kullanmaması bile istenebilir. Böylece ayıklığın başlaması sağlanabilir. İçme biçimlerinin analizi, ayıklığı başlatmayı takip eder.

Olumlu takviyeleri artırma bunların ardından gelen basamaktır. Bunun için kişinin sosyal aktivitelere, hobilerine, spora yönelmesi sağlanır. Böylece alkol dışında başka haz alabileceği etkinlikler ve ortamlar yaratılmaya çalışılır. Bunlarla birlikte iletişimini artırmak için iletişim teknikleri öğretilebilir, insanlarla iletişiminin artırılmasına çalışılır.

Davranış değişikliği için uğraşılır. Bu amaçla alkolü reddetme, kendini ortaya koyma (assertiveness), sorun çözme gibi becerileri geliştirilmeye çalışılır. Başka insanlarla ve eşleri olan ilişkileri düzenlenmeye çalışılır. Bu amaçla ona yakın olan kişilerle görüşmeler yapılır ve danışmanlık verilebilir.

Minnesota modeli

Minnesota modeli kısa süreli, yatılı, 12 basamak tedavisini içeren, ayıklı (abstinence) hedefleyen bir “kimyasal bağımlılık” programıdır. Son yıllarda giderek yaygınlaşmaktadır. “Hazelden” modeli olarak da anılır. Bu model, 1960’larda Minnesota’da alkolizm tedavisinde uygulanan hastane temelli yaklaşımlardan ortaya çıkmıştır. Bu model, 12 basamak iyileştirme planının uygulanabilmesi için geliştirilmiş yoğun günlük ders programlarından ve grup toplantılarından oluşan, genellikle 3-6 hafta arası süren, yatılı paket programlardır.

Minnesota modeli, iyi yapılandırılmış olması ve günün neredeyse her dakikası ne yapılacağı belirlenmiş olması açısından terapötik topluluk yaklaşımıyla benzerdir. Basamaklar arası gelişim sürekli değerlendirilir. Danışmanlık yapanların kendileri de, çoğunlukla benzer programlara katılmış kişilerden oluşmaktadır. Tedavi süresince ve

sonrasında bağımlılar AA toplantılarına katılmaları için cesaretlendirilmektedirler. Her ne kadar Minnesota modeli, terapötik topluluk yaklaşımıyla bazı yapısal benzerlikler gösterse de aralarında önemli farklılıklar vardır.

Ayıklık için güdüleme yöntemi

Ayıklık için güdüleme (Contingency Management Treatment) yönteminde, kişi madde kullanmadığı zaman yemek, giyecek, kalacak yer, kupon, para gibi ödüller ile güdülenir. Bu yöntemin içmeyi azalttığı ve tedaviye uyumu artırdığı saptanmıştır. Ayıklık için güdülemenin, teorik temelleri klasik koşullanmadan ziyade operant koşullanma üzerine kurulmuştur. Operant koşullanma, bağımlı davranışın diğer bütün davranışlar gibi çevresel ve diğer pekiştiriciler yüzünden sürdürüldüğünü, dolayısıyla koşulların değiştirilmesiyle değişebileceğini öne sürmektedir. Ayıklık için güdüleme, teşvik edici ve vazgeçirici etmenlerden oluşan bir sistem sağlayarak devam eden madde kullanımını daha az çekici ve maddeden arınmayı daha özendirici hale getirmektedir. Ayıklık için güdüleme, tedaviye ulaşımı sağlar, belirli davranışsal hedefler belirler ve madde kullanıcısının çevresini değiştirme yönündeki girişimlerini destekleyip yapılandırır.

Operant teknikler, klinik alanda ilk olarak şiddet davranışları, psikotik konuşmalar ve uygunsuz yeme alışkanlıkları gibi psikotik davranışların değiştirilmesi amacıyla psikiyatri hastalarında kullanılmıştır. Sigara ve övgü genellikle pekiştirici olarak kullanılmış, bunların işe yaramadığı zamanlarda hastaya gösterilen ilgi azaltılarak bastırıcı bir etki yaratılmıştır.

Bu yöntemin ödül ve ayrıcalıklarla değiştirilmiş hali sembolik sistem (token economy) olarak da bilinmektedir. Bu çalışmanın etkileyici olmasının nedeni, kronik şizofrenik bozukluğu olan hastalarda bile etkili olmasıdır. Sembolik sistemin etkinliğinin nedenlerinden biri de davranış değişimlerine verilen geri bildirim ve davranışsal yol göstermedir. Terapistten gelen övgü ve ilgi gibi yapılandırılmış sosyal pekiştiricilerin de etkinliği gözlemlenmiştir.

Bir başka önemli parametre olumlu ve olumsuz pekiştiricilerin önemini vurgulamaktadır. Ayıklık için güdülemede, olumlu pekiştirme teknikleri kullanılan madde miktarının azaltılması gibi hastaların davranışlarının değişmesi için ödül olarak kullanılmaktadır. Bu yöntem içindeki farklı bir yaklaşım, idrarda madde kullanımı olduğu ortaya çıktıktan sonra metadon dozunda azalma, hızlı arınma veya tedaviden çıkarılmayı ceza olarak kullanabilmektedir. Bazı ayıklık için güdüleme sistemlerinde olumlu pekiştiriciler ve cezalandırma yöntemi bağımlı kişilerin davranışlarını değiştirme sürecinde beraber kullanılabilir.

Ayıklık için güdüleme, sadece temel tedavi standartlarıyla olumsuz ve istenmeyen davranışları değiştirmek için değil aynı zamanda tedaviye devam edilmesini ve olumlu davranışları teşvik etmek için de işlevseldir. Bazı ayıklık için güdüleme programları sadece olumlu pekiştiricileri kullanırken bazıları da hem olumlu hem olumsuz pekiştiricileri beraber kullanırlar. Birçok ayıklık için güdüleme müdahaleleri metadon tedavisi programlarıyla beraber yürütülmektedir. Bunun nedeni metadon kullanım dozu, dozun sıklığı ve evde de kullanılabilme seçeneği tedavide pekiştiricilerin kullanımını gerekli kılmıştır. Ayıklık için güdüleme müdahalelerinin anahtar özellikleri aşağıdaki verilmiştir.

- Tedavi programının değiştirmeyi hedeflediği davranış (ör: terapi seanslarına katılımı sağlamak, idrar tahlilinde madde kullanımı kanıtına rastlamamak)

- Hedeflenen davranışların gerçekleştiği koşullar (ör: her pazartesi sabah görevlilerin uyarısı olmadan tedaviye tam zamanında gelebilmek)
- Pekiştiriciler (ör: bir otobüs bileti)
- Güdüleme- pekiştiricilerin hedeflenen davranışı gerçekleştirmesi için koyulması gereken kuralları belirler (ör: Katılınan her danışma seansı için bir otobüs bileti)

Ayıklık için güdüleme, özellikle ‘yanıt alınmayan, dirençli’ hastaların tedavisi için yararlı olabilmektedir. Ayıklık için güdüleme müdahaleleri, yıllardır tedavilerde olumlu sonuçlar alınmayan hastalara uygulanmıştır. Metadon tedavisi yasadışı maddeler kullanan birçok kişi için etkinlik göstermiş olsa da, bu kişilerin madde kullanımlarının tam olarak bitmediği ve birden çok maddeyi beraber kullandıkları görülmüştür. Tedaviye cevap vermeyen hastalarla ilgili diğer tehlikeler, suça eğilim ve aynı şırıngayı defalarca kullanmak veya paylaşmak gibi riskli enjeksiyon alışkanlıklarının sürdürülmesidir. Her tedavi programında tedaviden yararlanmayan ve istenmeyen davranışlarına devam eden hastaların olması sık görülen bir durumdur.

Destekleyici-ekspresif tedavi (supportive expressive therapy)

Destekleyici teknik hastanın kişisel sorunlarını tartışırken kendisini iyi hissetmesini sağlamak, ekspresif teknik ise hastanın kişilerarası ilişkilerini tanımlaması ve üstünde çalışmasına yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Tedavide ana amaç sorunlar karşısında çıkan ortaya çıkan duyu ve davranışlarla, sorunların madde kullanmadan nasıl çözülebileceğini hastanın anlamasını sağlamaktır. Özellikle metadon kullanıcılarında yapılan araştırmalarda etkin bulunmuştur.

REBT (Rational-Emotive-Behavioral Theory)

Albert Ellis tarafından yaratılmış ve geliştirilmiştir. İnsan rahatsızlığının önemli bir parçası olarak kognisyonları rolüne yer verir. Öteki terapiler geçmiş olaylara, bilinçdışı süreçlere ve/veya çevresel kısıtlılıklara odaklanırken, REBT bireyin duygusal ve davranışsal paternlerine katkıda bulunan ve onların devamını sağlayan şimdiki tutumlarına, inançlarına ve kendilik/benlik tanımlarına odaklanır.

Teoriye göre belli tutumlar, inançlar ve olumsuz benlik tanımlar/ ifadeler bağımlılık sürecini harekete geçirir ve onun sürmesini sağlar. Biyolojik, genetik, kültürel ve çevresel faktörleri dikkate almasına rağmen asıl vurgu belli uyuşmayan irrasyonel düşünceler üzerindedir. Bu tür irrasyonel düşüncelerin düzeltilmesiyle insanların daha üretken yaşam sürebilirler. Aktif, direktif ve sistematik müdahaleler uygulanır.

REBT sorunların temel nedeni olarak bizim duyu ve davranışlar hakkında sahip olduğumuz düşünce ve inançlar olduğu görüşünü korur. REBT'nin meşhur ABC modeli şudur: A= Harekete geçirici olay, B= İnançlar, benlik ifadeleri/tanım- lamaları, düşünceler, C= Duygusal ve davranışsal sonuçlar

Bu model bağımlılık çalışmasına uygulandığında, rahatsızlık/huzursuzluk, anksiyete ve hayal kırıklığı toleransının düşük olmasının bağımlılıktaki kendi kendini baltalayıcı davranışları harekete geçiren en temel motivasyonlar olduğu şeklinde hipotez edilmektedir. Anksiyete ve zayıf hayal kırıklığı toleransı, sonuçta belli disfonksiyonel (işlevsiz) inançlara sevk etmektedir. Örneğin: Alkol/maddeden kaçınmaya dayanmam. Alkol/madde olmadan yaşamımı sürdürmüyorum. Alkol/maddeye karşı koyacak kadar güçlü değilim. Hayat çok

zor, bu durum alkol veya madde kullanmama hak kazandırır. Zor yaşamımı telafi etmek için alkol veya madde kullanmak zorundayım. İçmezsem veya kullanmazsam devam edemem.

REB terapistlerinin işi, danışanın kişisel yanlısalarını sorgulamak sürecinden geçerek irrasyonel düşüncelerini tartışmaktır. Daha rasyonel düşüncelerin tartışmalı irrasyonel düşüncelerden biriyle yer değiştirilmesi önerilir. REB terapist danışanına bu süreci kendi kendine kullanmasını öğretir.

Bağımlı davranışlarını (alkol ve madde kullanımını) sürdüren çarpık düşünceleri hedefler. Çatışmalı irrasyonel düşüncelere vurgunun yapılması, REBT iyileşme sürecinin başında kişinin ihtiyaç duyacağı sahip olduğu yapıdır. Eğitimseldir ve bireyin kendi davranışlarının sorumluluklarını almasını öğretmeye yardım eder.

Davranışçı yaklaşım

Bu terapisinin ilk formu temeli Palvov'un deneylerine ve onun meşhur köpeğine kadar uzanır. Bu modelin daha sonraki savunucuları arasında B.F. Skinner, Hans Eysenck, Albert Bandura ve J. Wolpe gibi isimler yer alır. Davranışçılar hemen bütün insan davranışlarının öğrenildiğine inanır. Sadece adaptif (uyan/uyumlu) değil adaptif olmayan (uyumsuz) davranışları da kapsar. Bu yüzden öğrenilen bir şey değiştirilebilir. Davranışları başlatan, sürdüren ve durduran belli kanun veya süreçlerin olduğuna inanırlar.

Alkol ve madde kullanımı aynı kanunlara uyan bir davranış olarak düşünülür. Davranışçılar ısrarla deneysel/ampirik kanıtlarla ilgilenir, bu sebeple diğerlerinden daha bilimsellik üzerine inşa edilmiştir. Bu sebeple, kendine güven, benlik değeri, düşünceler, değerler, bilinçdışı veya savunma mekanizmaları gibi yapılarla/fikirlerle ilgilenmez.

Davranışın etiyojisine, sürdürülmesine ve değişimine katkıda bulunduğu düşünülen 3 temel öğrenme süreci olduğu düşünülmektedir. İlki klasik koşullanmadır. Bir uyarının, nötr bir ortamda şartsız uyarın gibi aynı sonucu üretebilir (şartlı uyarın) hale gelmesidir. Örneğin, favori bir yemeği görüp kokladığınızda şartsız tepki olan ağzınızın sulanmasını düşünün. Bu akşam yemeği tekrarlayıcı bir şekilde bir zille birlikte eşlenir ve sonunda zil kendi başına salyalamayı çıkartabilir hale gelir. Duyguların kazanımı ile özel ilintiye sahiptir.

Ötekisi “operant koşullama”dır. Burada belli davranışlar bunu hemen takip eden ödüllendirme veya cezalandırmaya bağlı olarak azaltılabilir veya artırılabilir. Örneğin, içme davranışını hemen arkasından gelen haz veya akranın verdiği destekleyici tepki gibi olumlu uyarınların gelmesi o davranışın tekrarlanma olasılığını artırır. Benzer davranışlar eğer arkasından ceza geliyorsa azaltılır.

Diğer öğrenme süreci “model alma”dır. Bu süreç, diğerlerinin davranışlarının gözlemlenmesini, o davranışı yapmayı ve uygun bir miktarda ödüllendirmenin verilmesini (örn. Bir AA üyesinden ödül almak), davranışın tekrar edilmesini içerir. Yeni öğrenmeler üretmek için model almanın en etkili işlem olduğu düşünülür. Klasik koşullama bağımlılık tedavisinde 4 temel teknikte katkıda bulunur:

- Maruz bırakma tedavisi (cue exposure)
- Uyarın kontrolü teknikleri (stimulus control)
- Rahatlama eğitimleri

- Örtük duyarlılaştırma (covert sensitization) veya aversion/iğrenme (ters yönde) şartlama terapileri

Operant koşullama tekniği istenmeyen davranışları cezalandırmak yerine istenen davranışları ödüllendirerek arttırmaya odaklanır. Model almada, yeni reddetme/geri çevirme becerileri bunları yapabilen bir başkasının gözlemlenmesiyle ve bu tür davranışlar modellendiğinde uygun ödüller verilemesiyle yapılabilir.

Diğer davranışsal teknikler şunları içerir: Davranışsal kontrat (ayık kaldığı günler için jeton kazanması), toplumsal pekiştirme (danışanın işi, sosyal çevresi, eğlence ve ailesinin pekiştirmede rol oynadığı durumlar), güven eğitimi.

Davranışçı tedavi, danışanın ihtiyaçlarını belirlemekte esnekler. Etkinliğe dair ampirik kanıtlar ve iyi oturtulmuş bir teorisi vardır. Bu tedavide hastanın kabulü hedefleri belirlemekte ve tedavi planını belirlemekte birlikte çalışıldığı için önemlidir. Danışanın kendi davranışsal değişiminden sorumlu tutar. Bilim ile tedavi pratikleri arasındaki bağlantıyı vurgular.

Gerçeklik Terapisi (reality therapy)

Bu düşünce 1960'ların başında William Glasser tarafından geliştirilmiş, 60'lı yılların ortasında da kontrol teorisini de içerecek şekilde düşünceleri geliştirmiştir. RT danışan odaklı, Gestalt ve varoluşçu terapiler gibi diğer terapi formlarına benzer. Danışanın iç dünyasıyla ilgilidir ve danışanın dış dünyayı algılayışındaki subjektifliği (öznellik) vurgular. Bizim davranışlarımızı etkileyenin gerçek dünya değil; algıladığımız şekliyle var olan halinin olduğunu vurgular. Bu sebeple dış dünyaya dair algılarımızı kontrol etmek ve iç ihtiyaçlarımızın algısıyla uyumlu hale gelmesi için davranışımız en iyi adımdır.

CT/RT tekniği, eğer biz seçmediyse geçmişin veya şimdinin kurbanı olmak zorunda olmadığımızı inanır. CT/RT insanların özgür olduğunu, seçim/tercihler yapabildiğini ve bu seçimlerinden başına gelenler onun sorumlu tutulması gerektiğini vurgular. Bu terapinin en temel hedefi, danışanın davranışlarını değerlendirmesi amacıyla danışanın gücünü geliştirmesine yardımcı olacak bir ortamı düzenleyebilmektir.

RT diğerlerinin ihtiyaçlarını engellemeden kendi ihtiyaçlarını karşılama ve sorumluluğunu vurgular. Temel olarak, insanların yaşamlarının kontrolünü etkili bir şekilde ele almayı öğrendiğine inanır. Gerçeklik terapisinde danışana “Yapmak için seçtiğin şey gerçekten yapmak istediğin şey mi?” sorusu sormak temeldir. Danışmanlık teknikleri yönerge vermek, şimdiki davranışı değerlendirmek, planlamak ve işbirliği üzerine kuruludur.

RT danışanı duygularına değil, şimdiki davranışlarına odaklanmasa için cesaretlendirir. Davranışının sorumluluğu için destek verir. Geniş çapta alkol ve madde sorunlarına uygulanabilir. “Temiz kalma” hedeflerini nasıl karşılamak istediklerini netleştirmesine /belirginleştirmesine yardım eder. Sadece tutumların ve duyguların değil, bütün davranışların değişimine odaklanır. Eğer değerlendirici olacaksa “Şu anda yaptığın şey yapmak istiyor olduğun şey mi?” sorusu sorulur. Alternatif stratejileri ortaya çıkardığı gibi eylem/hareket planları da formüle eder. Bahane kabul etmez, başarısızlığa uğramış geçmiş tedavi deneyimlerini gözden geçirmek için çok az zaman ayırır ve eğer planlar başarısız olursa, başarısızlık cezalandırılmaz.

Gestalt Terapisi

Gestalt Almanca'da "anamlı bütün" anlamına gelmektedir. 40'lı yılların başında, Fritz Perls tarafından geliştirilen bu terapötik yaklaşımın teorik temeli insanların hayatta kendi yollarını bulmaları ve sorumluluk almaları gerektiği kavramlarına dayanmaktadır. Bu teori, sürece odaklı olduğu kadar bütüncül (holistic) de bir yaklaşımdır ve birçok modern alkol ve madde programının felsefesiyle benzerlik gösterir. Terapide bir kişinin "neden" belirli bir şekilde davrandığından çok "ne durumlarda" belirli bir şekilde davrandığına odaklanılır. Danışanın neyi, nasıl düşündüğünün, hissettiğinin ve yaptığının ayırıcına vardığı deneyimsel bir süreçtir. Gelişme, terapistin yorumları ya da teknikleriyle değil, danışanın terapist ile içten ve samimi bir ilişki içinde olmasıyla mümkündür. Terapinin amacı, kişiyi içindeki zıt yönleriyle (kutuplarını) bütünleştirmektir.

Gestalt terapisinde kişinin ne olmadığı yerine, olmak istediğini daha çok olması üzerinde durulur. Terapide anahtar, danışanın kabul etmek istemediği yönlerine yeniden sahip çıkmaya başlaması yönünde onu yüreklendirmektir. Bu yönler; bitmemiş işler, dile getirilmemiş öfke, nefret, küskünlük, üzüntü, utanç gibi duyguları içerebilir. Bu ifade edilmemiş, kişinin geçmişinde takılıp kalmış duygular daha sonra madde kullanımının başlamasına ya da kullanımın sürdürülmesine sebep olmaktadır.

Kendisine dair farkındalıkları arttıkça, madde bağımlısı kişi daha net düşünmeye ve daha iyi seçimler yapmaya başlar. Terapist danışanı davranışından dolayı başkalarını sorumlu tutması yerine, yaptığı davranışların sorumluluğunu almasını yönünde yüreklendirir. Danışanı yaptığı davranışların sorumluluğunu alması yönünde teşvik eder. Terapist danışanı yardıma ihtiyacı olduğunda bunu talep etmesi, ondan yardım talebinde bulunulması halinde de yardım etmesi yönünde cesaretlendirir. "Düşünme teknikleri" ya da "yazılı ödevler" yerine "boş sandalye" gibi sürece dair teknikler danışanın farkındalığını arttırmak için kullanılan araçlardır. Terapi, doğrudan ve bazen yüzleştiricidir. Kişinin en derin korkularıyla yüzleşebilmesi yönünde fırsat yaratmaktadır. Danışanı içinde bulunduğu histe kalması yönünde yüreklendirir. Burada önemli olan nokta kişinin nahoş hisler içerisinde olsa dahi bu histe kalmasıdır çünkü alkol ya da maddeye başvurmadan o hislerle nasıl başa çıkabileceğini öğrenme şansı olur.

Çözüm Odaklı Terapi

Bu terapi dikkatini soruna vermek yerine çalışmaya veya "çözümlere" odaklar. Dilin kullanılması yoluyla sosyal gerçekliğin değiştirilmesi esasına dayanan post-modern felsefe üzerine oturtulmuştur. Klasik bağımlılık terapisine karşı alternatif kısa süreli ve masrafsız bir tekniktir. Danışanla çalışılırken inanç sisteminin değiştirilmesi için cesaretlendirilir.

Tedavide alkol kullanıcılarından çok alkol içme davranışı üzerine odaklanır. Tedavide danışana değişebileceğine dair güven verilir. Danışanın geçmişindeki içme davranışı ile ilgili çözümleri ve başarıları üzerine odaklanır. Belirli bir tedavi durumu yoktur, tedavi danışana göre belirlenir. Danışman danışan ile çalışarak tedavi durumunu belirler. Tedavi süreci içinde danışan başarısız olursa, kimse bundan sorumlu tutulmaz, o konu ile ilgili yeni plan yapılır.

Çözüm Odaklı Terapi, danışanın sorunlarıyla başa çıkabildiği başarılar üzerine konsantre olur. Yetersizliklerine ve noksanlıklarına vurgu yapmak yerine, terapist danışanın değişime götüreceği olumlu atıflar kullanır. Bu terapide danışanın "gerçek" doğasına dair

varsayımlar yoktur. Bunun yerine, danışanın belli şikayetine bakar ve onun için bir çözüm yöntemi bulmaya çalışır. Sorunlara nelerin yol açtığıyla uğraşmaktan çok, sorunların nasıl aşılabileceği üzerinde durulur.

Cimri yaklaşımı “parsimonious approach” kullanır. En basit ve doğrudan metotla en iyi sonucu verir. Danışanın değişip değişmeyeceği değil ne zaman değişeceği önemlidir. Şu ana odaklanma durumu geleceğe odaklanma kadar önemlidir. Danışanlara yoğun işbirliği yapması vurgulanır. Temel mesajlar arasında “Eğer kırılırsa onu tamir etme”, “Bir kere ne yapman gerektiğini biliyorsan onu daha çok yap” veya “Eğer bir şey işe yaramıyorsa, başka bir şeyler yap” sayılabilir.

Değişimi sağlayabilecek sorular kullanılır. Değişimin sorumluluğu danışana verilir. Değişimle ilgili olumlu beklentileri olduğu için yadsıma ve inkar mekanizmalarını pas geçer. Bu teknik bağımlılığın tüm seviyeleri ve ona bağlı eşlik eden sorunlarla da çalışılmasına imkan verir. Bu teknik farklı kültürel, ekonomik, sosyal ve ailevi geçmişi olan danışanlarda da iyi çalışan bir yöntemdir.

Dinsel topluluklar

Din ayırımı yapmadan her dinden ihtiyacı olan kişilere destek sağlayan ve dolayısıyla en fazla marjinallikleri yüzünden toplumdan dışlanan madde kullanıcılarına yardım eden kurumlardır. İzledikleri yöntem Hıristiyanlıktan yola çıkarak inanç üzerine dayandırılmıştır. Yaygın inanç değişiminin gerçekleşmesi için tanrısal bir müdahalenin gerekli olduğudur ve terapötik programların bir bölümünü İncil’den alıntılar oluşturur.

Mesleki Rehabilitasyon

Mesleki rehabilitasyon modeli hastaların işle alakalı beceriler edinmelerini amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Kişinin belli yetenekler edinmesi, bir iş sahibi olması ve işte kalabilmesini, işle ilgili beceriler kazanması, insan ilişkilerini geliştirmesi hedeflenmektedir.

İstenilen davranış biçimini (bir iş sahibi olmak) cesaretlendirmek, istenmeyen bir davranışın azaltılmasında (madde kullanımı) bir etken olabilmektedir. Tersine de doğrudur (“Şeytan boş gezene iş bulur” teorisi). Bir iş sahibi olmak yasal ve düzenli bir gelir sağlar, insanın sosyal dışlanmışlığından kurtulmasına yardımcı olur. Madde kullanıcıları arasında, işsizlik oranı çok yüksektir. Bu durum hayatlarında madde kullanma ihtiyacını artırmaktadır. Gençlerde madde kullanımı temel eğitimlerine zarar verebilir. Böylece mesleki beceriler öğrenmesi de kısıtlı kalabilir. Onların yardım veya arabuluculuk olmadan iş bulmaları imkansızdır.

İlk adım, bağımlının motivasyonunun ve beklentilerinin, sahip olduğu yetenekler ve özellikler ve idealleriyle ne kadar uyduğunun değerlendirilmesidir. Bundan sonra bir meslek planı çizilebilir. Bu yapılırken eğitim durumu ve özel akademik, kariyer yeteneklerini de göz önünde bulundurmaya gerektirir. Başvuru formlarını nasıl doldurmak gerektiğini bilmek bile önemlidir. Madde kullanımı ve suçlu geçmişiyle nasıl başa çıkabileceğini öğrenmeleri de gerektirir. Ayrıca, mülakat yeteneği de hayattır. Mülakat sırasında kişinin kendisini olumlu sunumu ve düşmanca davranan mülakatçılarla nasıl başa çıkacağını bilmesi gerekir. Reddedilme korkusu ve kaygısıyla da başa çıkılması gerektirir. Eğer iş başvurusu kabul olmazsa bağımlının zaten yeterince düşük olan özgüveni daha da azalması bu şekilde önlenemez.

14. ZARAR AZALTMA YÖNTEMLERİ

Madde kullanımına yönelik yıllarca uygulanan katı politikalara rağmen madde kullanımının bireye ve topluma verdiği zararın giderek artması, bu politikaların gözden geçirilmesine ve maddelerin kontrolüyle zararın azaltılması arasında bir denge kurulmasına yol açmıştır (WHO, 1993). Zararın Azaltılması madde bağımlılığı alanında bir halk sağlığı yaklaşımıdır ve önceliği madde kullanımının yarattığı olumsuz sonuçların azaltılmasıdır. Zararın Azaltılması terimi bu kitapçıkta temel olarak “harm reduction” kavramının karşılığı olarak kullanılmaktadır.

Tek başına Zararın Azaltılmasına yönelik stratejiler istenen sonuçlara ulaşmak için yeterli değildir. Bu nedenle en etkin yol farklı yöntem ve stratejiler arasında bir dengenin kurulması ve birarada uygulanmasıdır. Bu yaklaşım özellikle son yıllarda ilgi çekmeye ve önem kazanmaya başlamıştır. Zararın Azaltılması hem madde bağımlılığıyla ilgilenen kurum ve kişiler arasında hem de toplumda giderek artan bir tartışma konusu oluşturmuştur. Zararın Azaltılması yaklaşımının ortaya çıkışı daha eskilere dayanmakla birlikte, gündeme yerleşmesi, önem kazanması ve uygulanmaya başlanması AIDS epidemisi ile olmuştur. Çünkü enjektör paylaşımıyla ortaya çıkan hızlı AIDS yayılımı, toplumu madde kullanımının oluşturduğundan daha fazla etkilemeye başlamıştır.

Zararın Azaltılması yaklaşımı kimi insanlar tarafından merhametli ve pragmatik, kimi insanlar tarafından bencil ve tehlikeli olarak tanımlanmaktadır. Ancak oluşturduğu olumlu sonuçlar gözardı edilemeyecek ölçüde önemlidir. Bu nedenle Zararın Azaltılması madde bağımlılığı sorunu ile karşılaşan her ülkenin gündeminde yer alması gereken bir politikadır.

Tanım

Zararın Azaltılması için "harm minimisation", "risk reduction" ve risk minimisation" terimleri de kullanılmaktadır, ancak bu kitapçıkta Zararın Azaltılması “harm reduction” kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Zararın Azaltılması yaklaşımı öncelikle madde kullanımının birey ve topluma getirdiği olumsuz sonuçların kişinin madde kullanmaya devam ettiği süre içinde de azaltılmasına yönelik stratejileri içerir. Bu yaklaşımda kişi madde kullanmaya devam ettiği halde zararın azaltılmasına çalışılır. Madde kullanımının bırakılması erken dönemde bir Zararın Azaltılması yaklaşımı olmamakla birlikte, nihai hedef madde kullanımının tamamen bırakılmasıdır. Zararın Azaltılması kişinin madde kullanmayı bırakması için bir ilk adım olarak da görülebilir.

Genel olarak madde kullanımının azaltılmasıyla ortaya çıkan olumsuz sonuçların ve zararın azaltılması aynı şey olarak düşünülmüştür. Öte yandan madde kullanımının tamamen ortadan kaldırılamayacağını iddia eden görüş, kullanılan madde miktarının azalmasıyla zararın azaltılmasının aynı şey olmadığını ileri sürmüştür. Örneğin madde bulunabilirliği azaldığında kullanılan maddenin kalitesi düşmekte, etkiyi artırmak amacıyla, daha tehlikeli

madde kullanım yolları denenmektedir. Yine madde kullanımının düşük olması o topluma madde kullanımının az zarar verdiğinin bir göstergesi olamaz (Şekil 1).

Zararın Azaltılmasını daha iyi tanımlamak için hedefleri ve stratejiyi ayırmak gereklidir. Çünkü aslında madde bağımlılığına yönelik uygulanan tüm programların hedefi madde kullanımının kişiye ve topluma verdiği zararın azaltılmasını hedeflemektedir. Bir strateji olarak Zararın Azaltılması, madde kullanımını bırakamayan veya bırakmak istemeyen kişilerin madde kullanımıyla ilişkili olarak ortaya çıkan zararın azaltılmasına odaklanan politika ve programların ismidir.

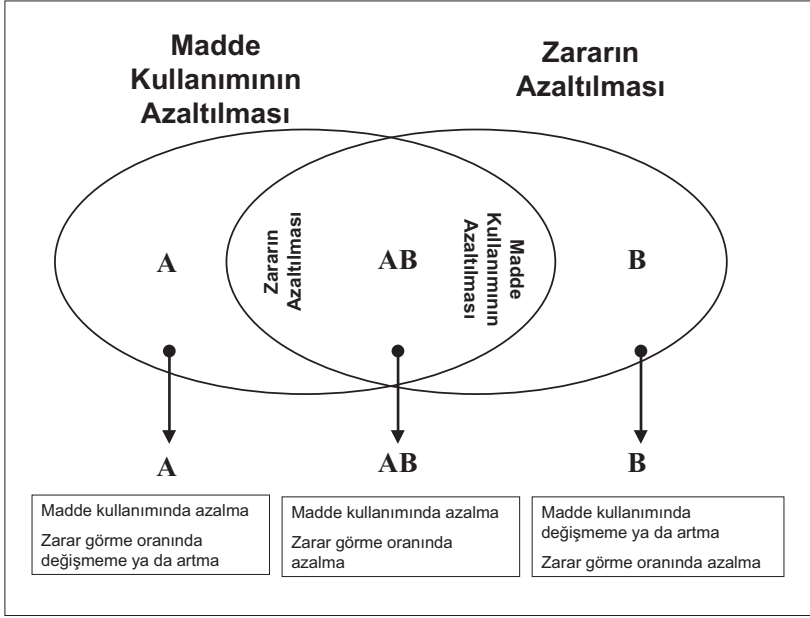
Zararın Azaltılması tamamen bırakma (abstinence) yönelimli tedavi politikalarının ve programlarının bir anlamda alternatifidir. Ancak bu yöntem daha çok madde kullanımının birey üstünde yarattığı sorunlarla ilgilenirken, öte yandan madde kullanımının tamamen bırakılmasını da hedeflemektedir. Zararın Azaltılması yaklaşımı geniş bir alanı kapsar ve stratejileri talebin azaltılmasından, kontrollü kullanım, güvenli ve sağlıklı madde kullanımı ve tamamen bırakmaya kadar uzanır.

Aslında Zararın Azaltılması yöntemi bir koruyucu çalışma ya da önlemdir (prevention). Zararın Azaltılması ikincil ve üçüncül önleme içinde değerlendirilebilir ve diabetli hastalarda uygulanan ve hastalığın kişiye en az zararı vermesini hedefleyen koruyucu çalışmaya benzetilebilir. Zararın Azaltılması yaklaşımı pragmatik bir yöntemdir. J Strang bu yaklaşımı “bazen bulma olasılığı düşük olan altın yerine bulma olasılığı yüksek olan gümüş peşinde koşmak daha iyidir” biçiminde özetlemiştir. Zararın Azaltılması yaklaşımı aslında “açık kapı” yöntemi olarak adlandırılabilir. Bireyin değişime ne oranda istekli olup olmadığına bakılmaksızın hizmetlerden yararlanması hedeftir.

Zararın Azaltılmasını savunular arasında da, Zararın Azaltılmasının tanımı konusunda ortak bir kabul yoktur. Zararın Azaltılmasına taraftar olan bir kesim aynı zamanda madde kullanımını yasaklayan kanunların değişmesini ve madde kullanımının serbest olmasını savunurken, diğer bir grup bunu savunmamaktadır. Bu nedenle madde kullanımının serbest bırakılmasıyla Zararın Azaltılmasının aynı anlama gelmediğini burada önemle vurgulamak gerekir.

Zararın Azaltılmasının evrensel bir tanımı olması da beklenemez. Çünkü, Zararın Azaltılması strateji ve politikaları bireyin ve toplumun gereksinimlerine göre belirlenmektedir. Bu nedenle toplumdaki topluma Zararın Azaltılması uygulamaları ve tanımı değişiklik gösterecektir. Zararın Azaltılması yaklaşımı şu şekilde özetlenebilir: “eğer kişi madde kullanımını bırakmada yeterli oranda istekli değilse, biz kendisine ve başkalarına verdiği ya da vereceği zararların azaltılmasına yardımcı olmalıyız”. Sonuç olarak Zararın Azaltma, madde kullanımının yol açtığı olumsuz etkilerin bireyin madde kullanmaya devam edip etmemesine bakılmaksızın azaltılması için uygulanan stratejilerin tümü şeklinde tanımlanabilir.

Şekil 1



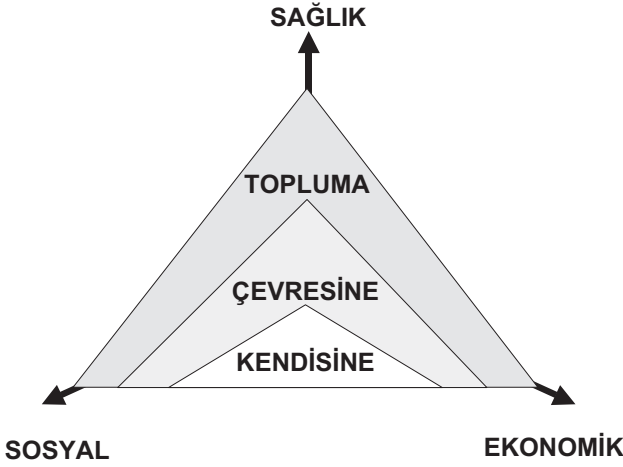
“Zarar” nedir?

Zarar’ı ne belirler? Kimi zarar görmüş olarak tanımlayabiliriz? Madde kullanımına bağlı hangi zararlar önceliklidir? Madde kullanımına ve bununla ilişkili davranışlara bağlı birçok zarar tanımlanmıştır. Madde kullanımının kullanıcı tarafından devam etmesini sağlayan nedenlere (haz alma, rahatlatma vs.) karşılık olarak zararı belirleyen etkenler nelerdir ve kime göre değerlendirilmelidir? Zararın Azaltılması yaklaşımına taraf olan kişiler bağımlılığı öncelikli bir zarar olarak tanımlama eğiliminde değildir. Zararın tipi (sağlık, sosyal, ekonomik) ve düzeyi (bireysel, aile, toplum) olmak üzere birbiriyle örtüşen iki ayrı boyuta belirleyebiliriz (Şekil 2). Zarar kime verilmektedir?

1. Bireyin kendisine
2. Yakın çevresine
3. Topluma

Çeşitli maddelerin etkilerinin tanımlanması ve teşhis edilmesi Zararın Azaltılması programları için oldukça önemlidir. Madde kullanımının olumlu ve olumsuz yanlarının ortaya konması ciddi bir veri tabanı oluşturarak yapılabilir. Ancak bu olgu çeşitli zorluklar nedeniyle yapılamadığı için Zararın Azaltılması programlarında zararın tanımı daha çok ampirik ve subjektif yöntemlerle yapılmaktadır.

Şekil 2



Neden “Zarar Azaltma?”

Tamamen bırakmaya yönelik stratejilerin ve yasaklayıcı tutumların tek başına yeterli olmadığı gözlenmesi yeni çözüm arayışlarına itmiştir (WHO, 1993). Diğer yöntemlerin zaman içinde istenen başarıyı sağlamaması Zarar Azaltma yaklaşımlarının önemini artırmıştır. Madde kullanımını bırakmak isteyenlerin, madde kullanıcıları içinde düşük bir oranda olduğu bilinmektedir. Büyük bir çoğunluk ise bu kurumlardan yararlanamamaktadır. Bunun nedenleri nedir? Bunların bir kısmı aşağıda sıralanmıştır:

1. Madde kullanıcıları tedavi kurumlarına güvenmemektedir.
2. Madde kullanıcıları kullandıkları maddeyi bırakma konusunda ambivalenttir.
3. Madde kültürü içinde, madde bırakmanın imkansız olduğuna ilişkin bir inanç yaygındır.

Bireyin değişime yönlendirilmesi ya da cesaretlendirilmesi bağımlılık tedavisinde ilk adımdır. “Tedaviden önce detoksifiye olacaksınız”, “eğer bırakmazsan yardım alamazsın” biçimindeki yaklaşımlar bırakmaya istekli olmayan ya da bu konuda başarısızlık yaşayan bağımlı madde bağımlılığı ile mücadele eden kurumlardan uzaklaştırmaktadır. Bu durum ise, onların kendileri ve çevreleri için bir risk oluşturma özelliklerinin devamı anlamına gelmektedir. Yani bu tutum bırakma konusunda ambivalent olan bağımlıyı tedavi ve toplumdan uzaklaştıracak, madde alt kültürü içine daha fazla sokacaktır.

Bugün önemli miktarlarda paralar; zorlamalara, yakalamalara, yargılamalara ve cezalandırmaya harcanmaktadır. Bu para, eğitime, tedaviye, diğer sağlık harcamalarına ya da topluma ve kullanıcıya ait tehlikelerin giderilmesine harcanabilir. Tedaviye ya da bırakmaya karşı ambivalent sürdürüldükçe, madde kullananlar tedaviden uzak duracaklar ve bu süre içinde madde kullanmaya ve kullandıkları maddelerin olumsuz sonuçlarını yaşamaya devam edeceklerdir. Zararın az da olsa azaltılması, zararın hiç azaltılmamasından daha iyidir.

Zararı Azaltma yönteminin benimsediği açık kapı yaklaşımı aslında bir kartopu etkisi yaratmaktadır. Zararı azaltma yönündeki küçük adımlar giderek büyük adımlara ve yaşam tarzının değiştirilmesine dönüşebilmektedir. Bu kartopu madde kullanımı- nın tamamen bırakılmasına kadar büyüyebilmektedir.

Dünyadan bazı bilgiler

- ABD’de madde bağımlılığı ile mücadeleye harcanan paraların üçte ikisi polisiye önlemlere, üçte biri tedavi ve önlemeye ayrılmaktadır.
- 1980’den beri cezaevinde bulunanların sayısı üç kat artmış ve bunların üçte birini de madde ile ilgili suçlar teşkil etmektedir.
- 1960’lı yıllarda 69,000 madde bağımlısından söz edilirken, bu sayı günümüzde sadece New York’ta 250 bine ulaşmıştır.
- Tüm yoğun mücadeleye rağmen 1970’lerde kokainin kilosu 50,000 USD iken, bugün 10,000 USD’ye kadar düşmüştür.

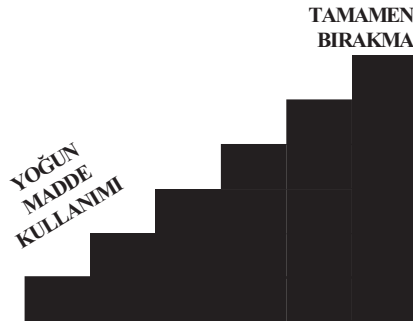
Temel görüşler

Zararın Azaltılması yöntemi aşağıdaki görüşler çerçevesinde temellendirilmiştir.

1. *Aşırı uç olarak kabul edilen davranışlar, az ile çok arasında yer alan bir eksen üzerindedir.* Bağımlı davranış hep ya da hiç fenomeni değildir. Örneğin alkol kullanan bir kişi hiç kullanmayana göre daha yüksek bir risk altındadır. Ancak orta derecede alkol kullanan bir kişinin aldığı risk yoğun alkol kullanana göre daha düşüktür. Yine burun yoluyla eroin kullanan kişinin aldığı risk damar yolu ile eroin kullanan bir kişiye göre daha düşüktür. Düşük doz madde kullanımıyla, yüksek doz madde kullanımının sonuçları farklıdır. Öte yandan kullanılan maddenin cinsi de sonucu etkilemektedir. Bu nedenle tüm maddeleri aynı kefeye koymak yanlış olabilir.

2. *Bağımlıya yaklaşım bir süreçtir ve bu sürecin sonucunda hedef bırakmadır (abstinence).* Madde kullanımının yol açtığı zararın azaltılmasına yönelik her çaba birey için olumlu bir adımdır ve bırakma yolunda ilk basamağı oluşturur (şekil 3).

Şekil 3



3. *Ayıklık herkes için değildir.* Herkes ayık ya da temiz kalamaz. Çeşitli nedenlerle kişiler madde kullanımını bırakamaz veya bırakmak istemez. Onu bu tercihi ile ele almak gerekir. Böyle bir durumda ahlaki yargılardan hareket etmek bir yarar sağlamaz.

4. *Sağlık hizmeti herkes için vardır.* Sağlık, bireyin kendisini ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden iyi hissetme halidir. Bu nedenle madde kullanımını bırakmak istemeyen ya da bırakamayan kişilerin sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlanması engellenemez. Kendilerine verdikleri zararın mümkün olan en yüksek oranda azaltılması hedef olmalıdır.

5. *Bağımlılık bir halk sağlığı sorunudur.* Bağımlılık bir hastalık olarak niteleniyorsa, o zaman bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Bağımlılık adli bir fenomen değildir. Bağımlılar da kendi içlerinde en iyiyi yapma çabasında olan bireyler olarak görülmelidir.

6. *Bağımlıya farklı seçenekler sunulabilmelidir.* Bırakmak tek seçenek olamaz. Radikal değişim yerine istekli olan bireye daha cesaretlendirici yöntemler önerilebilmelidir.

7. *Bağımlının talepleri ön plandadır.* Zararın Azaltılması yönteminde bağımlıyla ilişkide temel bir yaklaşım ve söylem farkı vardır. Burada bağımlının madde kullanımı hakkında “yapması gerekenler” değil, kendisinin “bu konuda ne yapmak istediği” sorusu ön plandadır. Bizim isteklerimiz ya da bizim programımızdan çok, onun talepleri ve onun programı önceliklidir. Onu anlamak ve onu olduğu gibi kabul etmek esastır. Zararı azaltmada ilk hedef madde kullanan kişi ile ilişki kurmaktır. Bırakma konusunda isteksiz olan bir madde kullanan kişi ise yargılandığını, değiştirilmeye çalışıldığını düşündüğü zaman ilişki kurmaktan kaçınır. Bu nedenle bizim “neyi uygun gördüğümüzü” tanımlamamızdan önce onunla ilişki kurmak çok önemlidir. Böylece kurulacak bir ilişki bir sonraki adımlar için öncü olacaktır.

Bu konuyla ilişkili çarpıcı bir örnek AIDS alanından verilebilir. AIDS’e yönelik koruyucu çalışma yürüten bir ekip bir grup fahişeye konuyla ilgili bilgi vermek istediklerinde kovulmuşlar, bunun üstüne onların talepleri sorulmuş, fahişelerin topuklu ayakkabılar yüzünden ayak ağrıları çektiklerini belirtmeleri üzerine onlara ayak masajı uygulanmış. Bu uygulama sırasında fahişler ekibe “herhalde sadece bunun için burada değilsiniz” sorusunu yöneltmişler, böylece AIDS’le ilgili koruyucu bir çalışma yürütülebilmıştır.

Hedefler

Ülkelere ve koşullara göre değişmekle birlikte Zarar Azaltma programlarının hedefleri şunlardır:

1. Madde kullanım sonucu ortaya çıkan zararlar ve sosyal sorunların birey ve toplum üstüne olan etkisini en düşük düzeye indirmek.
2. Toplumda tehlikeli düzeyde ve biçimde madde kullanım oranını azaltmak.
3. Madde kullanımını bırakamayan veya bırakmak istemeyen kişilerin kendine daha az zarar verici tarzda kullanıma geçmelerini sağlamak (örneğin damar yoluyla madde kullanan kişinin nazal yolla kullanmasını sağlamak).

Yukarıda yer alan hedefler doğrultusunda Zararı Azaltmak amacıyla oluşturulan stratejiler çok geniş bir alanı kapsar. Aşağıda bu stratejilere bazı örnekler verilmiştir.

- Daha az tehlikeli madde uygulama yollarını öğretmek (örneğin damar yoluyla kullanım yerine buharını çekme gibi).
- Daha az zararlı maddelerin ya da ilaçların kullanılmasını sağlamak (örneğin metadon ya da benzeri maddeler gibi).

- Madde kullanıcılarına karşı ayrımcı ve düşman uygulamaların kaldırılması böylece kullanıcıların marjinalizasyonunun önlenmesi, tedavi kurumlarına başvurunun sağlanması gibi.
- Güvenli olmayan madde uygulama biçimlerini şırınga değişimi ve eğitim yoluyla azaltmak.
- Riskli davranışların değiştirilmesi (örneğin işsizlik ve evsizliğin önlenmesi, kondom kullanılması, işyerinde madde kullanmasının önlenmesi, alkollü araba kullanılmaması gibi).
- Maddelerin daha güvenli ve sağlıklı ortamlarda kullanılmasını sağlamak (örneğin madde kullanıcılarını doz aşımının tedavisi konusunda eğitim verme, kullanım için uygun ortamlar yaratmak gibi).

Ana ilkeler

1. Maddelerin varlığını ve madde kullanımının olduğunu kabul etmek gerekir. Bu sorunla başa çıkmada maddeleri yok saymak ya da lanetlemek bir sonuç getirmemiştir.
2. Program ve politikaların oluşmasında madde kullananların da düşüncesinin yer almasına önem verilmelidir.
3. Bireysel olarak kendini iyi hissetme ve toplumsal yaşamın kalitesi madde kullanımının sonlandırılmasıyla doğrudan ilişkili değildir. Politikaların ve müdahalelerin başarısı madde kullanımının tamamen bırakılmasıyla ölçülemez.
4. Madde kullanımını şiddetli madde kullanımıyla tam bırakma arasında bir eksen olarak düşünmek ve bazı maddelerin diğerlerine göre daha güvenli olduğunu kabul etmek gerekir.
5. Yasal olan ya da olmayan maddelerin gerçek, trajik zararlarını ve tehlikelerini Zararın Azaltılması yaklaşımı basitleştirmez ve gözardı etmez.
6. Bireyi yargılamayan ve zorlayıcı olmayan kurumlar ile hizmet etmek gereklidir.
7. Zararın Azaltılması yaklaşımı madde kullanımının yasal olmasını savunan bir düşünce değildir. Psikoaktif maddelerin elde edilebilirliği ve ticarileşmesi arttıkça neden oldukları zarar da artmaktadır. Buna en iyi örnek nikotindir. Yasallaşmanın ötesinde Zararın Azaltılması; hukuk, eğitim, önleme ve tedavi arasında bir denge kurulmasını savunur.
8. Zararın Azaltılması pragmatik olduğu için, ne serbestliği savunan bir düşüncedir (her yetişkin istediği her maddeyi kullanmakta serbesttir) ne de yasaklayıcı bir düşünceyi içerir.
9. Zararı Azaltma yaklaşımı dünya üzerinde psikoaktif madde içermeyen tek bir bitki kalmayınca kadar psikoaktif madde kullanımının olacağı ve bazı insanların bunları kullanacağı ya da kendilerini kullanmaktan alıkoymayıp, bırakamayacakları varsayımını temel almaktadır.
10. Zararın Azaltılması yaklaşımında bağımlının ya da kullanıcının tedavi kurumlarına başvurmasını beklemekten çok onlara gitmek esastır. Bağımlı neredeyse ona yakın bir yerde merkez oluşturmak, ya da doğrudan sokak çalışması yaparak ona ulaşmak hedef olmalıdır. Bu amaçla, hareket etme olanağı veren araçlar örneğin bu amaçla hazırlanmış otobüsleri kullanmak yaygın bir yöntemdir.

Stratejinin Özellikleri

Zararın Azaltılması yönteminin bazı özellikleri şunlardır:

Pragmatizm

Madde kullanımı eski çağlardan beri süregelen bir davranıştır. Madde kullanımı bir risk içermekle birlikte, kullanımın devam ediyor olması kullanma davranışını anlama zorunluluğunu gündeme getirmektedir. Toplumsal perspektiften baktığımızda da madde kullanımının yol açtığı olumsuzlukların iyileştirilmesi, madde kullanımının tamamen ortadan kaldırılmasından daha pragmatiktir.

Hümanizm

Bireyin madde kullanımını seçmesi kabul etmemiz gereken bir gerçektir. Ancak bu düşünce söz konusu davranışın onaylandığı anlamına gelmemektedir. Ne madde kullanımını desteklemeye ne de ayıplamayı içeren bir ahlaki yargı taşınmamalıdır. Madde kullanıcısının insan hakları ve değeri korunmalıdır.

Zarara odaklanma

Madde kullanımının yol açtığı zararlar bireyin madde kullanmasından daha önemlidir. Zarar sağlık, sosyal ya da ekonomik olabileceği gibi, bireyi ya da toplumu etkileyebilir. Bu nedenle öncelik madde kullanımının azaltılmasından çok, madde kullanımının yol açtığı olumsuz sonuçların azaltılmasına yönelik olmalıdır. Zararın Azaltılması hiçbir zaman madde kullanımının tamamen bırakılmasını hedefleyen stratejileri dışlamamaktadır.

Acil hedeflerin önceliği

Zararın Azaltılması programlarının hedefleri aktif olarak programa katılan bireylerin, hedef grup ve toplulukların en önde gelen ve sorun yaratan gereksinimlerine göre hiyerarşik bir sıra izlemelidir. En acil ve gerçekçi hedef risksiz kullanımdır.

Toplumculuk

Bağımlıyla uğraşan profesyonelin işi bağımlı bireyi değişime zorlamak ya da sadece istekli kişilerle çalışmak değildir. Bırakmaya istekli olanların dışında kalanları dışlayamaz. Böyle bir işlevsel model yerine daha toplumsal bir model seçilmelidir. Bu alanda uğraşan bir kişinin hedefi toplumun sağlığı olmalıdır.

Tarihçe

Yüzyılın başında madde kullanımı bir ahlaki sorun olarak görülüyordu. Daha sonra bu sorun hastalık modeliyle açıklanmaya başlandı. Her iki görüşte tamamen bırakmayı hedefliyordu. Bu nedenle maddelerin ve kullanımının tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirildi. Yasaklayıcı ve zorlayıcı yaklaşımlar bu dönemde önem kazandı. Dünyada madde kullanımına yönelik ahlaki, politik ve ekonomik bakış açısı tıbbi ve diğer bilimsel bakış açılarını bastırıyordu. Örneğin ABD’de alkolün yasaklanması da bu döneme denk düşer. Ancak bu çalışmalar sonucunda maddeden arınmış (drug free) toplumların oluşturulamayacağını gösterdi. Böylece madde kullanımı sağlık ve sosyal bir sorun olarak ele alınmaya başlandı.

1960'lı yıllarda uygulamaya metadonun girmesiyle bakış açıları değişmeye başladı. 1970'li yıllarda özellikle alkol alanında gelişmeler yaşandı. Kendisini alkolü bırakmaya hazır hissetmeyen ancak alkole bağlı sorunlar yaşayan bireylere, alkolden daha az zarar görmelerini sağlayacak yöntemler uygulanmaya başladı ki, bunlar daha sonra kontrollü içme yöntemini oluşturdu. Alkol kullanımına ilişkin birçok Zararın Azaltılması programı (kontrollü içme, alkollü araba kullanmama, düşük alkol içeren içecekler vb) uzun yıllardan beri yürürlüktedir (Heather, 1981).

Zararın Azaltılması yaklaşımının geçmişi eskilere dayanmaktadır. Bu yöntem ilk temellerini yüksek riskli gruplarda ikincil koruma (secondary prevention) kapsamında halk sağlığı pratiğinden almıştır. Yöntem, AIDS epidemisi ile birlikte önem kazanmakla birlikte, aslında hepatit B'nin önlenmesi amacıyla AIDS epidemisinden önce ileri sürülmüştü. HIV enfeksiyonu çerçevesinde düşündüğümüzde şırınga paylaşımını ve paylaşan kişileri azaltmak, enjeksiyon için kullanılan araçların dezenfeksiyonu ve madde kullanılan yerlerde riskli davranışları azaltmak Zararın Azaltılması yönteminin hedefleridir. Şırınga değişim programlarının etkinliği de birçok çalışmada gösterilmiştir (Schoenbaum, 1996). Zararın Azaltılması yaklaşımının ilk örnekleri Avrupa'da bazı şehirlerde belirli bölgelerde madde kullanımının serbest olmasıyla başladı denebilir. Bunlara örnek olarak Zürih'te bir park ya da Rotterdam'da tren istasyonu verilebilir. Ancak bu serbestleşmeler toplumda bazı korkulara yol açmış ve "nereye gidiyoruz?" sorusunu halkın aklına getirmiştir. Böylece toplumda giderek artan bir muhalefet hareketinin de başladığı söylenebilir. Bunun üzerine bu çalışmaların daha standart ve yapılandırılmış hale getirme zorunluluğu doğmuştur.

Zararın Azaltılmasında Basamaklar

Madde kullanımını bırakmak istemeyen bir bağımlıya nasıl yardımcı olabiliriz? Bu amaçla aşağıdaki soruların yanıtları öncelikle aranmalıdır: Bağımlının madde kullanım biçimi gördüğü zararı azaltma yönünde değiştirilebilir mi? Yaşamının diğer alanlarında sağlığını düzeltebilecek bir etken var mı (Depresyon, anksiyete gibi ruhsal bir rahatsızlık, ağrı vb)? Değişim yönünde adım atılabilmesi ve ambivalansın kaldırılması için motivasyonel görüşme yapılabilir mi? Kullanılan madde daha az zarar veren bir başkasıyla değiştirilebilir mi? Damar yolu ile kullanımdan daha az zararlı bir yola geçilebilir mi? Tamamen bırakmaya yönelik olarak tedricen bir azaltmaya gidilebilir mi?

Yukarıda yer alan soruların yanıtları araştırıldıktan sonra aşağıda yer alan basamakların teker teker sabırla geçilmesi gerekir. Zararı Azaltma yaklaşımının basamakları ise şunlardır (Gourevitch, 1998):

1. Paylaşılan araçların tehlikelerini azalt
2. Paylaşılan araçların paylaşılmasını azalt ve durdur
3. Damar yoluyla kullanımı azalt ve durdur
4. Oral yoldan madde kullanımını stabilize et
5. Oral yoldan madde kullanımını azalt
6. Tamamen bırakmayı sağla

Yukarıda sayılan basamakların birinde bir takılma ya da geri dönüş olursa, aynı basamakta beklemek ve belirli bir süre sonra bir sonraki basamağa geçmek uygun olacaktır. Ancak basamaklar arasındaki geçişe bağımlının kendisi karar vermeli, onun hazır olup olmadığı temel hareket noktası olarak ele alınmalıdır.

Zararın Azaltılması programlarına örnekler

1. Şırınga değişim programları

Şırınga değişim programları Avrupa’da 1980’li yılların başında uygulamaya konuldu. Halen dünyada birçok kentte bu tür programlar yaygın biçimde uygulanmaktadır. Burada amaç madde kullanımını bırakamayan ya da bırakmak istemeyen ve damar yolu ile madde kullanan kişilerin HIV enfeksiyon ve başkalarına bulaştırma riskini azaltmaktır. Steril iğne ve şırınga temini HIV enfeksiyonunun yayılmasını engelleyecek ucuz bir yöntemdir. Öte yandan bu tür programlar, madde kullanıcıları ile ilişki kurulmasını da sağlamaktadır.

Programların uygulanması ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Ancak genelde madde kullanımının yaygın olduğu belirli bazı bölgelerde yoğun olmak üzere kurulan merkezlerde şırınga değişimi yapılmaktadır. Kirli şırıngalarını getiren kişiye getirdiği şırınga sayısı kadar steril şırınga verilmektedir. Böylece kişinin kullandığı şırıngalarda geri alınmakta, başkaları tarafından kullanılmalarına ya da bunların çevreye yayılmalarına izin verilmemektedir. Şırınga değişimi genellikle bir sosyal çalışmacı tarafından yürütülmekte, değişim esnasında kullanıcı ile bir ilişki kurulmakta, kullanıcının başka sorunları varsa çözmeye çalışılmakta, bilgilendirme olanağı doğmaktadır. Şırınga ile birlikte gazlı bez, çamaşır suyu, alkol gibi damar yolu ile kullanımda enfeksiyon riskini azaltabilecek farklı malzemeler de kullanıcıya verilmektedir. Kimi ülkelerde polis merkezlerinde şırınga dağıtılmaktadır. Kimi ülkelerde ise otomatik şırınga değişim makineleri konmuştur.

2. Yerine koyma tedavileri

İdame (maintenance) tedavisi kavramı, metadon ile birlikte gündeme girmiştir. İdamede amaç, bireyin tıbben daha az zarar görmesini sağlamak, AIDS, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini azaltmak, bireyi stabil hale getirmek, sağlık ve diğer kurumlar ile ilişkisini sağlamak ve eroine harcanan paranın azaltılması ile satıcılara darbe vurmaktır. İdame tedavisinde kullanılan ilaçlar da bağımlılık yapan maddelerdir. Ancak gerek kullanım yolları, gerekse etkileri nedeniyle bireyin uğradığı zarar daha düşük olmaktadır. Bunlara örnek olarak metadon ve buprenorfin verilebilir (ilgili bölümlere bakınız).

3. Kafeler

Madde kullanıcılarının yoğun olarak bulunduğu semtlerde kurulan, kullanıcıların çeşitli gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan ve böylece hiç bir şekilde kurumlarla ilişki kurmamış olan madde kullanıcılarına ulaşmayı hedefleyen mekanlardır. Madde kullanan kişi buraya gelmekte, çamaşır makinesi, duş gibi kişisel temizliğine yönelik olanaklardan yararlanmakta, burada bulunan sosyal çalışmacı ile ilişki kurmaktadır. Bu sırada ortaya çıkabilecek sağlık ve sosyal sorunları için yardım alabilmektedir. Bazı kuruluşlar yemek ve bir gecelik yatacak yer de temin etmektedir. Böylece bağımlı ile ilk ilişki kurulmakta, öncelikle zararın azaltılması hedefleri uygulanmaktadır.

4. Toleranslı bölgeler

Bunlara aynı zamanda “enjeksiyon odaları”, “sağlık odaları”, “kontakt merkezleri” de denmektedir. Madde kullananlar burada temiz enjeksiyon gereçleri, prezervatifler ile tıbbi yardım ve önerilerden de yararlanmaktadır. Bu zararın azaltılması amacıyla olduğu kadar sosyal kontrolü sağlamak ve sokakları madde kullanılan yer olmaktan kurtarmak amacıyla

oluşturulmuştur. Burada madde kullanan kişinin hijyenik koşullarda madde kullanmasının sağlanması hedeflenmektedir. Böylece hepatit, HIV gibi bulaşıcı hastalıkların yayılması kontrol edilmekte ve uygun yolla enjeksiyon yapılması öğretilerek çeşitli hastalıklara yakalanması önlenmektedir.

Bu merkezler daha önce denenmiş olan açık bir alanın, örneğin bir park gibi, kullanım yeri olarak ayrılmasından daha iyi sonuç vermiştir. Çünkü bu tür açık alanların kullanım için ayrılması yalnızca sokaklarda madde kullanımından doğan kötü görüntüyü ortadan kaldırmış, ancak hijyenik koşulları ve kullanımın kontrolünü sağlayamamıştır.

5. Eğitim ve sokak çalışmaları programları

Bu program sokak çalışmaları ile yüksek riskli gruplara ulaşarak verilen eğitim materyalleridir. Bunlar zararın azaltılması amacı ile hazırlanmış materyallerdir. Madde kullanımı ile ilişkili olarak ortaya çıkan risklerin kullanıcı tarafından nasıl azaltılabileceğini, örneğin güvenli enjeksiyonun nasıl yapılabileceğini öğreten eğitici materyallerden oluşur. İngiltere’de hemşireler tarafından tedavi merkezlerinde öğretilmektedir.

Birçok ülkede sokak çalışmacıları IV yolla madde kullanımı olanlar veya fahişeler gibi HIV ile enfekte olması olasılığı yüksek olan kişilere ulaşmayı hedeflemektedirler. Bu çalışmalar sırasında eğitim materyalleri, enjektörler, prezervatifler ve temizleyici kitler dağıtılmakta ve kullanıcıların diğer hizmetlere ulaşmasına yardım edilmektedir. Bu programlar sayesinde tamamen saklı kalan ve toplum dışı olan dolayısı ile topluma karşı davranışları yoğun olan kesime ulaşılması sağlanmaktadır. Bu kesime ulaşılması ise hem kendilerine verdikleri zararın azaltılmasını hedeflemekte hem de toplum için zararlı olabilecek -HIV’ in yayılması gibi- davranışları azaltmayı sağlayabilmektedir.

6. Maddelerin kontrollü verilmesi

Bazı bağımlılar isteseler dahi damar yolu ile madde kullanımını hemen bırakamamakta, oral yolla ilaç kullanımına geçememektedir. Bu nedenle İsviçre, Hollanda ve İngiltere’de bazı bölgelerde eroin verilmesi denenmektedir. Bu denemenin amacı kullanıcılara yasal olarak eroin ve diğer maddeler verildiği zaman suça yönelik eylemlerde ve AIDS ve diğer enfeksiyonların yayılmasında bir azalma olup olmayacağını görülmektedir.

İsviçre’de bu program sekiz şehirde 1994 yılında başlamıştır. Bu kişilere aynı zamanda yatacak yer temini, iş bulma, psikolojik sorunlar ve diğer hastalıkların tedavisi, temiz enjektörler ve danışmanlık sağlanmıştır. Böylece kullanıcılarla düzenli bir ilişki ve tamamen madde kullanımının bırakılmasına yönelik tedavilerle bağlantı sağlanmıştır.

Zararın Azaltılmasının Yararları

Madde kullanımına bağlı hastalık ve ölüm oranı azalacaktır: Hastalıkların tedavisi sağlanacağı ve kişiye genel sağlık bilgisi verilebileceği için ölüm oranlarında da azalma olacaktır. Madde kullanan kişi ve toplum arasında yeniden bir ilişki, bağ kurulması olasılığı doğacaktır: Toplum madde kullanan kişiyi dışlamakta, o toplumu reddetmekte ve sonuçta toplum ile madde kullanan arasındaki mesafe giderek açılmaktadır. Toplumun bağımlıya, bağımlılığın topluma bakış açısının değişmesiyle daha kabul edici bir ortam sağlanabilecektir. Kendisini dışlayan topluma karşı daha da öfkelenen bağımlı da toplumla barışacaktır.

Önemli sayıda kurumlara başvurmayan kullanıcı ile ilişki kurma olanağı sağlanabilecektir. Bunun sonucu tedavinin ve ayıklığın promosyonunu yapma imkanı doğacaktır. Motivasyonel görüşme yapabilmek için bir ortam yaratılabilecektir. Madde kullanımının getireceği saldırgan davranışlar azalacaktır: Madde kullanımının kontrollü kullanımıyla ya da ortamın değişmesiyle antisosyal davranışların da azalması beklenebilir. Madde kullanımını tamamen bırakan kullanıcı sayısı artacaktır: Kullanıcı ve bağımlıların tedavi kurumlarıyla ilişki kurlmaları, bilgilenmeleri ve tamamen bırakmaya cesaretlenmeleri nedeniyle bırakmaya özenenlerin sayısında artış olacaktır. Sistemin dışında yaşayan madde kullanıcılarının sistem içine çekilmesi sağlanacaktır.

Madde kullananların topluma entegrasyonu kolaylaşacaktır. Toplumla entegrasyonunu ilk basamakları atılacak, madde kullanan da madde kültüründen çıkarak daha sosyal yaşama ulaşma şansını kazanacaktır. Bağımlılar ülkede var olan kurallar ve yasalar çerçevesinde yaşamını sürdürecektir. Mevcut yasalara göre suç olabilecek ancak zorunlu olarak göz yumulan ya da yumulmak zorunda kalan davranışlar belirli bir düzenlemeye kavuşacak, madde kullanımı ve kullanıcı belirli haklara sahip olabilecektir. Madde bağımlısı olarak doğan çocuk sayısı azalacaktır: Bilgilenme ve eğitim sonucunda gebe kalma oranı azalacak ya da gebelikte hijyen şartları düzelecektir.

Madde bağımlılığına yönelik bir programın başarı indikatörleri (Gerstin, 1990; Anglin, 1992)

- Madde kullanımının bırakılması ya da azaltılması
- Yasal olmayan etkinliklerde azalma
- İşe girme oranında artma
- Sosyal ve ailesel işlevsellikte artma
- Ruhsal işlevlerde düzelme
- Ölüm oranında azalma
- Bedensel sağlığın düzelmesi
- Yasal olan psikoaktif madde kullanımının da azalması
- Yaşlı bağımlı sayısında artma (Drugs Policy in Netherlands, 1997)

Zararın Azaltılması programlarını uygulayan Hollanda'dan bazı bilgiler (Brink, 1995)

- Bağımlılarla sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının ilişkisi yüksek düzeydedir. Bağımlıların %80'inin bu kurumlarla ilişki içinde olduğu gösterilmiştir.
- Madde kullanıcılarının %17'si suç işlemiştir.
- Madde kullanıcılarının yaş ortalaması yükselmiş, 22 yaş altı kullanıcıların oranı azalmıştır.
- HIV enfeksiyonu olanların oranı %30 iken, Zararın Azaltılması programlarının uygulandığı 5 yıl içinde bu oranda herhangi bir artış gözlenmemiştir.
- Madde kullanımını tamamen bırakmaya yönelik tedavi uygulayan kurumlara başvuru oranında artış vardır.

Kimler zararın azaltılmasından yararlanabilir?

Zararın Azaltılması yöntemi tüm kullanıcılar için geçerli değildir. Bu yöntemin uygulanacağı bireylerin seçimi dikkatle yapılmalıdır. Kullanıcı tarafından bu yöntemin talep

edilmesi esas noktadır. Kullanıcı talep ediyorsa bu yöntem uygulanabilir. Eğer madde kullanan kişi tamamen bırakmayı istiyorsa öncelik buna verilmelidir. Zaten asıl hedefin total abstinens olduğu unutulmamalıdır.

Daha önce farklı tedavi yöntemlerini denemiş ancak başarılı olamamış bireyler Zararın Azaltılmasından oldukça yararlanabilir. Yani madde kullanmayı bırakmak isteyen, fakat çeşitli nedenlerle bunu yapamayan kişilere en azından Zararın Azaltılması yöntemleri uygulanabilir. Madde kullanımını bırakmak istemeyen birçok kişi vardır. Bu kişiler hiçbir kurumla ilişki kurmayan, gizli bir popülyasyondur. Bu nedenle hem kendileri hem de toplum için tehlike oluşturmaktadır. Zararın Azaltılması yöntemi ile bu kişilerin kurumlarla ilişki kurması sağlanacak, ve kendilerine ve topluma verdikleri zarar azaltılacaktır. Bu nedenle bu grup Zararın Azaltılmasından yararlanabilir.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde madde bağımlılığı ve buna yönelik stratejileri değerlendirecek olursak, eldeki verilerin ve mevcut durumun birçok açıdan yetersiz olduğu gözlenmektedir. Zarar Azaltma yaklaşımı açısından bakıldığında damar yoluyla madde kullanımının ülkemizde de yaygın olduğu söylenebilir. Yatarak tedavi gören 100 opioid bağımlısıyla yapılan bir araştırmada damar yoluyla kullanım oranı %41 bulunmuştur. Aynı çalışmada bu bağımlıların %22’sinde ortak şırınga kullanımı olduğu saptanmıştır (Kuru, 1997).

Tedavi kurumları niceliksel ve niteliksel olarak yetersizdir: Halen ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı olarak 5 bağımlılık tedavi merkezi vardır. Bu merkezler yeni kurulmuş olup, beklenen etkinliğe henüz kavuşamamıştır.

Tedavi seçenekleri yok denecek kadar azdır: Halen ülkemizde uygulanan tedavi yöntemleri daha çok tamamen bırakmaya yöneliktir. Öte yandan NA gibi kendine yardım grupları giderek güçlenmektedir. Ancak NA’nın İstanbul’da halen aktif olduğu Ankara ve İzmir’de yeni kurulduğu düşünülecek olursa, yaygınlaşmadığını söylemek yanlış olmaz. Bunun dışında farklı yöntemleri içeren (terapötik komünite, yerine koyma tedavisi vb) çalışmalar yoktur. Bir araştırmada opioidi ilk bırakma girişimini doktor gözetiminde yapanların oranı sadece %6 olarak bulunmuştur (Kuru, 1997).

Madde kullanıcılarının büyük bir çoğunluğuna ulaşılamamaktadır: Polis tarafından gözaltına alınan madde kullanıcılarının %80’inin herhangi bir tedavi kurumuna başvurmamış olduğu bildirilmiştir (İçişleri Bakanlığı,1998). Bu durum bize kullanıcılarla tedavi kurumlarının kopukluğunu gösteren bir bulgudur. Öte yandan kullanıcılarla ilişkiyi sağlayacak sokak çalışmaları da ülkemizde yoktur.

Madde kullanıcılarının tedaviye bakış açısı olumsuzdur: Polis tarafından gözaltına alınan madde kullanıcılarının %82’si tedaviyi istemediğini belirtmiştir (İçişleri Bakanlığı,1998). Türkiye’de 11 ilde madde kullanıcılarına yönelik olarak yapılan niteliksel araştırmada, gerek kullanıcılar gerekse onları yakından tanıyanların tedavi konusunda umutlu olmadıkları, hatta tedaviyi imkansız gördükleri, bağımlılara baskı yaparak yardımcı olunacağına inanmadıkları, tedavi arayışının genelde düşük olduğu belirtilmektedir. Araştırmada elde edilen ilginç bulgulardan biriyse, kullanıcıların büyük çoğunluğunun maddeyi bırakmak istemediği, tedavi isteyenlerin bir kısmı polisten hoşgörülü davranış görmek için istediği, maddi durumunun kötü olanların ya da madde bulamayanların daha çok tedavi arayışına yöneldiğinin saptanmasıdır (Ögel ve ark, baskıda).

Madde kullanıcıları hakkında toplumsal tutum olumsuz ve dışlayıcıdır: Bu nedenle bağımlılıyla toplum arasında ciddi bir mesafenin varlığından söz edebiliriz. Toplum bağımlılıya acımakta ya da öfke duymaktadır. Sadece madde kullanan birey değil, ailesi de giderek toplumdan uzaklaşmaktadır (Tamar, 1999). Yukarıda adı geçen çalışmada toplumun madde kullananlardan korktuğu, onlara güvenmediği, saygı duymadığı, yok saydığı ve kullananları suçlu olarak gördüğü saptanmıştır (Ögel ve ark, baskıda).

Madde kullanımına bağlı ölüm oranları küçümsenemez: 1996 yılında İstanbul'da doz aşımına bağlı olarak 36 kişi ölmüştür (İçişleri Bakanlığı, 1998). Aynı yıl içinde Amsterdam'da 27 kişi doz aşımına bağlı olarak yaşamını yitirmiştir. Her iki kentte kullanım sıklığını karşılaştıracak olursak, Amsterdam'da madde kullanımının daha yaygın olduğu bir gerçektir. Amsterdam'da daha yaygın madde kullanımı olmasına rağmen ölüm oranı düşüktür. AMATEM'de yapılan bir tez çalışmasında iki yıl izlenen 36 hastadan 6'sının öldüğü saptanmıştır (Terbaş, 1997).

Damar yoluyla madde kullanan 100 opioid bağımlısıyla yapılan araştırma sonuçlarından bazı başlıklar (Gürkaynak, 1998).

- 22 yaş altında damar yoluyla kullanıma geçenlerin oranı %39
- Hiç bırakma girişiminde bulunmayanların oranı %33
- En az birkez aşırı dozda madde enjekte edenlerin oranı %41
- Kullandığı şırınganın dezenfekte edilmeden başkaları tarafından kullanılma oranı %73
- Başkaları tarafından kullanılan şırıngayı kullanmadan önce çamaşır suyuyla temizleyenlerin oranı %2
- Başkaları tarafından kullanılan şırıngayı kullanmadan önce alkolle temizleyenlerin oranı %6

Diğer yaklaşımlarla Zarar Azaltmanın ilişkileri

Aslında Zararın Azaltılması yaklaşımı mevcut ve kabul edilmiş yöntemlere karşıt bir politika değildir. Temel olarak bir halk sağlığı yaklaşımı olarak değerlendirilmekle birlikte sağlıklı yaşamın promosyonu olarak da ele alınabilir. Koşullar ne olursa olsun sağlıklı yaşama şansının artırılması ve hastalıklardan uzak durma ana prensiplerdir. Zararın Azaltılması programları yasal yaklaşımlardan herhangi birinin yanında veya karşısında değildir. Mevcut yasalar çerçevesinde maddelerin nasıl daha az zararlı kullanılması gerektiği Zararın Azaltılması yaklaşımının konusunu oluşturur.

Uygulamada karşılaşılan zorluklar

Zararın Azaltılması programları uygulamada birçok zorlukları getirmektedir. Bu programlar marjinal ya da tartışmaya yol açan toplulukların gereksinimlerine odaklanmaktadır. Bu nedenle Zararın Azaltılması yöntemleri uygulanmaya başladığında ciddi toplumsal tartışmalara yol açmaktadır. Bunun yanında toplumun genel bakışı açısı ve tutumunun da Zararın Azaltılması programlarına taraf olmadığını söyleyebiliriz. Öte yandan konuyla ilgili gelenekçi eğitimden geçmiş profesyonellerin de bu yaklaşıma ilk başta çok sıcak bakmadığı söylenebilir. Bir diğer zorluk Zararın Azaltılması yöntemi ile madde kullanımının yasallaştırılmasının birbirine karıştırılmasıdır.

Bu yöntemin sonucunda kimsenin madde kullanımını bırakmayı istemeyeceği akla gelen bir sorudur. Eğer madde kullananlara her türlü konforu sağlarsanız, bu kişiler neden madde kullanmaktan vazgeçsinler? Halbuki durum gözüktüğü gibi değildir. Bir kere bu uygulamada önce kurumlara başvurmayan kullanıcılarla ilişki kurulmaktadır. Öte yandan bu kişiler tedavi kurumlarıyla kurdukları bağ nedeniyle daha kolaylıkla bırakmak girişiminde bulunabilirler. Söz konusu kurumlar hakkındaki önyargılarının da kalktığını düşünürsek bu eylemin daha da kolaylaşacağı düşünülebilir.

Bırakma talepleri de çeşitli baskılar ve zorlamalar etkisinde olmadığı için bu bireylerin tedavi girişimindeki başarı şansı da daha yüksek olacaktır. “Ülkenin birçok başka sorunu dururken, madde bağımlılığıyla mı ilgileneceğiz” yaklaşımı Zararın Azaltılması gibi birçok bağımlılıkla mücadelenin önünde bir engel oluşturmaktadır. Madde bağımlılığı bireysel değil, toplumsal bir sorundur. Bir topluma madde bağımlılığının verdiği zararın derecesi çok yüksektir. Bu tutum ileriye göremeyen kör gözlerin indirgeyici yorumudur. Maliyet açısından baktığımız zaman sonu gelmeyen polisiye önlemlerle karşılaştırıldığında harcanacak paranın düzeyi komik kalacaktır.

Zararın Azaltılması yaklaşımında kişinin madde kullanımından gördüğü zarar azalmakta ancak devam etmektedir. Bu noktada yöntemi öneren kişinin bireyin zarar görmesine izin verdiği düşüncesi gelişebilir. Ancak bu durum bireyin seçimidir. Zaten farklı bir yöntemin uygulanmasının bireyde imkansız olduğu için bu yol tercih edilmiştir. Diğer mücadele yolları eğer yarar ve sonuç getirmiyorsa, o zaman yeni yollar bulmak zorundayız. Sık getirilen eleştirilerden biri bu yaklaşımın yumuşak ve esnek bir politika olduğu yönündedir. Aslında Zararın Azaltılması stratejisini “insani” olarak değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Zarar Azaltma programlarının oluşturulması

Zarar azaltma programları oluşturulurken dikkat edilmesi gereken bazı noktalar ve basamaklar aşağıda belirtilmiştir. Bunlara uyulması programın başarısını ve etkinliğini arttıracaktır.

- Ülke gereksinimlerinin belirlenmesi
- Kullanıcıların gereksinimlerinin tanımlanması
- Ülkeye özgü olarak Zararın Azaltılması yönteminin tanımının yapılması
- Hedeflerin saptanması
- Önceliklerin saptanması
- Yöntem ve stratejilerin belirlenmesi
- Personelin eğitimi
- Kamuoyunun bilgilendirilmesi
- Destekleyecek kurum ve kuruluşların belirlenmesi
- Araştırma ya da değerlendirme gereksinimlerinin bulunması

Zarar Azaltma için neler yapmamız gerekiyor?

Zarar azaltma stratejilerini uygulayabilmek için öncelikle bu ülkede uyuşturucu madde kullanımının ve damar içi madde kullanımının bir sorun olduğunu kabul etmeliyiz. Çünkü artık bir “efsane” değil. Bilimsel araştırmalara inanmalıyız, çünkü araştırmalar madde kullanımının arttığını gösteriyor. Madde kullanımının artışı kimsenin kabahati değildir. Bu nedenle savunmaya geçmek, madde kullanımının yaygınlaştığını kabul etmemek gereksiz bir dirençtir.

Madde kullanımı sorununu çözmek için samimi olmalıyız. Bu sorunu gerçekten çözmek istiyor muyuz? Uyuşturucu kullananlardan hoşlanıyor muyuz? Onlar, kentin kötü çocukları mı? Psikopatlar mı? Onları servisin içine sokmak, onlarla uğraşmak, yatak ve zaman ayırmak bir kayıp olarak düşünüyor muyuz? Eğer madde kullanıcılarını düşünüyorsak, insanların ölmesini istemiyorsak, sırf bu nedenle bazı zorlukları göze almaya hazırsak, zarar azaltma stratejileri uygulamaya başlayabilir ve başarısını görebiliriz.

Her madde kullanıcılarını potansiyel damar içi madde kullanıcısı olarak görmeliyiz. Çünkü madde kullanıcılarının önemli bir kısmı en az bir kez damar yoluyla kullanımı deniyor. Damar içi madde kullanıcılarının bir kısmı bir süre sonra damar yoluyla kullanımdan, zorunluluktan dolayı vazgeçiyor. Damar içi kullanımının zararlarını azaltmak için tüm madde kullanıcılarının zarar azaltma stratejilerinden yararlanmasını sağlamalıyız.

Madde kullanıcılarına bize gelmeyecek, biz onlara gideceğiz. Bunun için hastanelerin dışına çıkabilmeliyiz. Sık buldukları kurumlarda hizmet sunmalıyız, o kurum çalışanlarını eğitilmeliyiz. Mobil destek sistemleri kurabilmeliyiz.

Zarar azaltmaya stratejilerini uygulamaya katlanabilir miyiz? Buna hazır mıyız? Bu stratejiye kendimizi ne kadar yakın hissediyoruz? Doğru enjeksiyon yöntemini öğretebilecek miyiz? Enjektör dağıtımı yapabilecek miyiz? Madde kullanımına gerekirse “göz yumabilecek miyiz”?

“Vermeden, almak olmaz...”. “Vermek” için ikame tedavisi sunmak gerekir. Uygun saatlerde hizmet sunulmalıdır. Sabah erken saatlerde madde kullanıcılarının tedavi merkezlerine başvurmayaacakları aşikardır. Alt kültürü anlayışla karşılamak, hoş görü göstermek gerekir. Kullanmaya devam etse bile temasa devam edebilmek önemlidir. Tedavi için kullanıcılara sayısız şansa izin verilmelidir. Hazır ve ulaşılabilir olmalı ve hizmeti yaygınlaştırmalıyız.

Korkularımızı yenmeliyiz. Kabullenmeliyiz ki adını anarsak uyuşturucu kullanımını artırmayız. Uyuşturucu yaygındır dersek, bu bizim eksikliğimiz olmaz. Sivil toplum kuruluşlarını devreye sokmalıyız. Temiz enjektörden söz edersek herkesin damar içi madde kullanıcısı olmayacağını kabullenmeliyiz. Zarar azaltmanın tedaviye başvuruyu azaltmayacağını anlamalıyız. İkame tedavisi gelirse metadon, buprenorfin kolayca sokağa düşmeyeceğini bilmeliyiz.

Sonuç

Bazı insanlar madde kullanımını bırakamazlar veya bırakmak istemezler. Bu durumda onların zorla tedavi edilmelerini isteyen görüşlerin gerçekçi ve insancıl olmadığını düşünüyoruz. İnsanları bizim istediğimiz gibi düşünmeye ve davranmaya zorlayamayız. Bu zorlama ile karşılaşınca hem bu kişileri hem de toplumu ciddi risklerle baş başa bırakıyoruz. Madde kullanan kişilerin iyice toplumdan uzaklaşmalarını sağlamaktan öte sonuç getirmeyen bu yaklaşımın tekrar gözden geçirilmesi gerektiği bir gerçeklik olarak karşımızda durmaktadır.

Madde bağımlılığı alanında çalışan profesyonellerin ana malzemesi insandır. İnsana yönelik her başarılı politika onu doğrusuyla yanlışıyla insan olduğunu kabul ederek gerçekleştirilebilir. Bu kişilerin davranışlarını onaylamak ya da onaylamamak sorunu çözmeye bir sonuç getirmemektedir. Ayrıca bu tutum sorunlara gerçekçi çözümler

üretilmesine de engel olmaktadır. Bu nedenle bu alanda çalışan kişilere düşen görev onları bu gerçekleri içinde kabul etmek ve onları ve toplumu madde kullanımından doğan zararlardan mümkün olduğu kadar korumaktır.

Zararın Azaltılmasındaki temel mantık insanları madde kullanmaya teşvik etmek değil, aksine onları tekrar topluma kazandırarak sağlıklı bir yaşama geri döndürmektir. Hiçbir kurumla ilişkisi olmayan, yalnızca zaman zaman polis tarafından yakalandığında suçlu olarak kurumlarla karşılaşabilen bu kişilerin topluma entegre edilmelerinde bir ilk adım olarak Zararın Azaltılması stratejilerinden yararlanılabilir.

Zararın Azaltılması madde kullanımının yaygın olmadığı ülkelerde de bazı özellikler gözönüne alınarak, dikkatle oluşturulacak bir programla uygulanabilir. Çünkü, bu yöntem aslında kullanıcılar yüzünden madde kullanımının yaygınlaş- masını engelleyebilecek bir stratejidir. Ayrıca az sayıda kullanıcı olduğu varsayımından hareketle bu insanların toplum dışında kalmalarına gözyummak demek, hem bu insanları hiçe saymak, hem de toplumu hiçe saymak demektir. Bir ülke geleceğini düşünür. Bugünü yaşamak, ölümün habercisidir.

