

# ALKOL BAĞIMLILIĞINA PSİKODİNAMİK BİR BAKIŞ

## A Psychodynamic View To Alcohol Dependency

Dr. Erol Göka<sup>1</sup>, Dr. Ayşe Devrim Başterzi<sup>2</sup>

### Özet:

Bugün alkol bağımlılığının multifaktöryel etyolojili ve heterojen bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Tedavide de her hastanın gereksinimine göre esneme gösteren, psikodinamik yönelimli yaklaşımları da içine alan kombinasyonlar denenmektedir. Alkol bağımlılığının psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapisi için öncelikle buna dair psikodinamik temeller gözden geçirilmelidir. Bağımlılık üzerine birçok görüş öne sürülmüştür. Bireysel psikoterapiye başlamadan önce ayırıcı tanı ve komorbid durumlar saptanmalı, eşlik eden fiziksel hastalıklar belirlenmelidir. Bu değerlendirme alkol alınmayan 6-8 haftalık bir kesilme periyodunun ardından yapılmalıdır. Psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapi ancak alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan diğer tedavi modaliteleriyle birarada kullanılabilir. Klasik psikoanalitik tedavi ise bu alanda kontrendikedir. Psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapi için en temel endikasyon varolan bir intrapsişik çatışmanın saptanmasıdır. Tedavi kontratında amaç abstinens olarak belirlenmelidir. Tedavi, "içmem", "içmeyeceğim", "içmem", "toplumsal içiciliğe geri dönebilirim" aşamalarını içerir. Bu dönemde aktarım ve karşıaktarım yorumlanır. Sonuç olarak; alkol bağımlılığı tedavisinde pek çok başka tedavi yönteminin yanında, dinamik yönelimli psikoterapi seçeneği de göz önünde tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Alkol bağımlılığı, psikodinamik yaklaşım, psikoterapi

### Summary:

Alcohol dependency is accepted as a heterogenous and multifactorial etiological disease. The combinations which were changed according to needs of each patient and contain the psychodynamic-oriented approaches have been tried in the treatment. The principles of psychodynamics related to the psychodynamic-oriented individual psychotherapy for alcohol dependency should be reviewed. Many ideas about dependency were suggested. The differential diagnosis and the comorbid psychiatric states and the physical diseases should be detected before starting the individual therapy. This evaluation should be performed after the withdrawal period for

6 and 8 weeks. The individual psychodynamic-oriented psychotherapy can only be used with the other treatment modalities in the treatment of alcohol dependency. But the classical psychoanalytical treatment is contraindicated in this field. The most important indication for the psychodynamic-oriented individual psychotherapy is existence of an intrapsychic confliction.

Aim of the treatment contract should be determined as abstinency. The treatment contains the levels for "I can't drink", "I won't drink", "I don't drink" and "I can return back to the social drinking". Transference and counter-transference are interpreted in this period. As a conclusion, choice of psychodynamic-oriented psychotherapy should be considered in the treatment of alcohol dependency as well as other many treat-

ment methods.

**Keywords:** Alcohol dependency, psychodynamic approach, psychotherapy

### Giriş:

Günümüz psikiyatri uygulamalarında, psikodinamik yönelimli klinisyenleri zorlayan konulardan biri de alkol bağımlılığıdır. Ruh sağlığı profesyonelleri arasında psikodinamik yaklaşımın alkol bağımlılığı tedavisinde fayda sağlamayacağına dair yaygın bir kanı vardır. Bu nedenle psikodinamik yönelimli klinisyenler alkol bağımlılarını tedavi etmeye pek yanaşmamaktadırlar.

Psikodinamik yaklaşımın alkol bağımlılığı konusundaki bu çekinik tavrı, büyük ölçüde alkol bağımlılığının etiolojisinde çocukluk yaşantılarının rol oynamadığını, alkol bağımlılarında görülen anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik nitelicyilerin neden değil sonuç olduğunu ileri süren 'hastalık modeli' anlayışının (1,2) etkisine bağlıdır. Günümüzde alkol bağımlılığının anlaşılmasında, psikolojik kavramlaştırmaların ve psikoterapinin rolünün önemsiz olduğu baştan kabul edilmektedir.(3) AA'nın(adsız alkolikler) henüz bir tedavi seçeneği olup olmayacağına dair tartışmalar sürse de bu konuda belirleyici bir rol üstlenmiştir. Bu hastalığın klinisyenleri büyük anlama ve açıklama güçlükleriyle başbaşa bırakmasındaki sorumluluk da büyük ölçüde dinamik yönelimli psikiyatristlere düşmektedir.

Son zamanlarda psikodinamik yaklaşımı dışlayan girişimlerin sonuç vermemesi üzerine, alkol bağımlılığının ele alınmasında psikodinamik yaklaşımlara karşı olumsuz tutumda bir yumuşama olmuştur. Bunun yanında psikodinamik yönelimli klinisyenlerde de alkol bağımlılığıyla ilgilenmek için bir heves belirmiştir. Klasik psikanalitik tedavinin alkol bağımlılığında tam bir fiyasko ile sonuçlandığı tartışılmazdır. Fakat alkol bağımlılığını anlamada psikodinamik yaklaşımdaki yeni gelişmelerden yararlanmayı düşünmemek, legendeki kirlilikle birlikte bebeği de fırlatıp atmak anlamına gelmeyecek midir? Alkol bağımlılığı olan hastalarda, bu konudaki son bilgilerimizi ve dinamik yönelimli yaklaşımlardaki gelişmeleri biraraya getirebilecek esnek bir etioloji ve tedavi anlayışı olanağı bulunamaz mı? Artık bu

sorular sorulmaya ve alkol bağımlılığında psikodinamik yaklaşımın katkısından yararlanmanın gerekliliği ciddi ciddi düşünölmeye başlanmıştır.

Bugün artık multifaktöriyel etyolojili ve heterojen bir hastalık olduğu düşünölen (4,5) alkol bağımlılığının tedavisinde en revaçta olan yaklaşım, her hastanın gereksinimlerine göre esneme gösterebilen, psikodinamik yönelimli çabaları da içeren kombinasyonların oluşturulması şeklindedir. Zaten araştırmalar da multidisipliner ve multimodel tedavi yaklaşımlarının alkol bağımlılığında en başarılı yöntem olduğunu göstermektedir (6,7). Nesne ilişkileri kuramı ve kendilik psikolojisindeki gelişmeler sayesinde borderline, narsistik ve diğer kişilik bozukluklarının yanısıra aktarımı ve karşı-aktarımı daha sofistike biçimde kavrama olanağı ortaya çıkmıştır. Psikodinamik yönelimli klinisyenler, bu olanaktan alkol bağımlılığı olan hastalarında yararlanabileceğini düşünmekte, uygulamakta olan kombinasyon yaklaşımına uygun olan yeni psikodinamik modeller (6,8,9) önermektedirler. Sözkonusu kombinasyon yaklaşımı içinde birçok tedavi modalitesi yer almakta, bu modalitelerden grup ve aile tedavilerinin bir kısmı da psikodinamik yönelimden etkiler barındırmaktadır.

### ALKOL BAĞIMLILIĞININ PSIKODİNAMİĞİ

Alkol bağımlılığının psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapisi, alkol bağımlılığının psikodinamiği konusundaki görüşler temel alınarak yürütölür. Alkol bağımlılığının psikodinamiği ile ilgili olarak birçok görüş ileri sürölmüştür (10). Alkol sorunu olan hastalarla çalışan terapistlerin uygulamalarının sonucunda ortaya konulmuş olan görüşleri ele aldığımızda şunları söyleyebiliriz: "Alkolik kişilik" olarak tanımlanabilecek özgün bir kişilik özelliği bulunmamakla birlikte, psikanalitik yönelimli araştırmacılar, alkol bağımlılarında ego zayıflığı ve kendine saygıyı sürdürme güçlüğü gibi birtakım yapısal defektlerden söz etmişlerdir. (11,12,13) Genellikle alkol bağımlılarında kendi haklarını sağlama yetisinde bir eksiklik olduğu vurgulanırken, Silber (14), bu kimselerin destrüktif veya psikotik ebeveynleriyle olan patolojik özdeşimlerinin üzerinde

durmuştur. Kendilik psikolojisinin kurucusu Kohut (15), alkol bağımlılarının uyum ve huzur sağlamadaki hata ve defektlerini tanımlamaya çalışmıştır.

Borderline, narsistik ve anti-sosyal kişilik bozukluklarında alkol bağımlılığının artması, içme davranışının altta yatan kişilik bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan regresyon sonucu olabileceğini aklı getirmektedir. Alkol bağımlılarının çoğunda içmeye başlama yıllarından önce yüksek bir işlevsellik düzeyi bulunmaktadır. Bu kişiler kronik alkol kullanımının beyin ve kişilik üzerine toksik ve psikososyal etkileri aracılığıyla, uzun yıllara yayılan ve adım adım ilerleyen regresif bir süreç yaşıyor gibidirler. Bu hastaların birçoğu için neredeyse karakteristik bir görünüm olan sosyopatik, bağımlı, impulsif ve depri-me özellikler, alkolün ego üzerindeki toksik etkilerine, ego işlevlerindeki atrofiye, toplumdan gide-rek yalıtılmış bir yaşam tarzını sürdürmeye bağlı olabilir. Bu görüşlerin sahibi Frances ve ark. için (16) alkol alımının bizzat kendisi, bu regresif sürecin yadsınarak sürdürölmesine katkıda bulunmakta; sü-perego ve kişilerarası ilişkilerdeki beceriler, uzun süre kullanılmamaya bağlı olarak yıkılıp gitmektedirler. Alkol kullanımının ortaya çıkardığı regresyon nedeniyle bu kimseler, tıpkı borderline hastalardakine benzer savunma düzeneklerine başvurmaya başlamaktadırlar. Alkol bağımlılarının ve borderline kişilik bozukluğu olanların arasındaki bu benzerlik birçok araştırmacının dikkatini çekmektedir (17,18,19). İlkel savunma düzenekleri sayesinde nesne ilişkileri düzeyinde; diğer kimseler artık alkol bağımlılarının gereksinimleri için bencilce kullanabilecekleri kısmi nesneler durumundadırlar. Bu yüzden ebeveynlerden ve eşten ayrılma konusunda büyük sorunlar ortaya çıkabilir; edilgen, eşcinsel tutumlar, çocuk suistimali, odaklanmamış agresyon gibi davranışlar görölabilir ve hatta gerçeği değerlendirmenin etkilenmesine bağlı olarak geçici psikotik ataklar olabilir. Özellikle zamanla ve uzamla ilgili olmak üzere, bilişsel yıkım belirgindir. Süperego tutarsız ve değişkendir; kimi zaman dürtüler üzerinde hiç kısıtlama getirmezken kimi zaman da ilkel, cezalandırıcı ve katıdır. Kendine zarar verici tu-

tumlar, ego savunmalarının zayıflaması ve dürtü denetiminin ortadan kalkmasının yanı sıra süperego regresyonuna bağlı olabilir.(17,18)

Birincil alkol bağımlılığının psikodinamiğinde en çok vurgulanan noktalardan biri de bağımlılık gereksinimleri ile olan çatışmadır. Zimberg, alkol bağımlılığının etiolojisiyle ilgili olarak bağımlılık gereksinimleri ile olan çatışmayı esas alan oldukça açıklayıcı bir model önermiştir.(20) Zimberg'e göre, bağımlılık gereksinimleri ile olan çatışma, ebeveynler veya bir ebeveyn tarafından çocukluğun reddedilmesi veya aşırı korunma ya da özellikle ebeveyn alkolik ise prematür sorumluluk vermenin sonucunda gelişmiş olabilir. Alkol bağımlılarında görülen değersizlik ve yetersizlik duygularıyla, düşük benlik saygısı bu çatışmanın sonuunda ortaya çıkmaktadır. Ancak alkol bağımlıları, bu duygularını ya yadsımakta ya da bastırmaktadır. Böylece kabul edilme ve özen gösterilme, bilinçdışı bir gereksinim halini almaktadır. Oysa gerçek yaşamda bağımlılık gereksinimleri asla tam olarak karşılanamayacak; sürekli güç, kontrol, başarı, yüksek benlik saygısı için diğer telafi edici gereksinimler ortaya çıkacaktır. Alkol, hem anksiyeteyi yatıştırarak, hem de daha önemlisi, farmakolojik olarak indüklenmiş bir bir güç duygusu, tüm güçlülük, incinmezlik duyguları yaratmaktadır. Bu yüzden alkol bağımlıları, bir içme epizodundan ayıldıklarında, aslında değişen hiçbir şey olmadığını gördükleri için, üzüntü ve suçluluk yaşamakta, değersizlik duyguları yoğunlaşmakta; böylece çatışma fasit bir daire halinde, çoğu zaman ağırlaşarak sürüp girmektedir (6) .

Elbette Zimberg'in modeline göre, her bağımlılık gereksinimiyle ilgili çatışma yaşayan kişide alkol bağımlılığı gelişmemektedir. Bunun için genetik yatkınlık, toplumsal olarak alkol bağımlılığına uygun bir ortamda yaşama gibi koşulların da sağlanması gerekmektedir.

Zimberg'in alkol bağımlılığının psikodinamiği hakkındaki modeli, mevcut tedavi yaklaşımlarının düzenliğini anlayabilmemizi kolaylaştırmaktadır. Örneğin alkol bağımlılığının tedavisinde bugün en etkili yaklaşım olan AA, bu modele göre başarısını alkol bağımlısının yaşan-tı sürecinde bir temele tutunma, alçakgönüllülük, teslimiyet ve ben-

likte kısıntı gereksinimlerini ustaca karşılayabilmesine borçludur. AA, alkol bağımlısının aşırı narsistik egosunun grandiyöz taleplerini topluma yararlılık duygusuna dönüştürüp yüceltme yoluyla karşıladığı gibi, onun bağımlılık gereksinimlerinin karşılanması, bir başka deyişle ona kendilik-nesneleri sağlaması için de fırsat sunmaktadır .

#### **ALKOLİZMİN PSİKODİNAMİK YÖNELİMLİ BİREYSEL PSİKOTERAPİSİ Endikasyonlar ve tedavi koşulları**

Alkol bağımlılarının homojen bir populasyon olmadıkları; çoğu zaman tabloya akut ve/veya kronik davranış, duygudurum ve düşünce bozukluklarının, yaşla ilgili gelişimsel problemlerin eklendiği ya da zaten yer aldığı bilinmektedir. Ancak tüm bu bilgilerimize rağmen, hangi alt-populasyonda hangi tedavi tip(ler)inin uygun olduğunu henüz bilemememiz tam bir şanssızlıktır (7). Bu nedenle bireysel psikoterapiye başlamadan önce, alkol bağımlısı bir kimsede ayırıcı tanı için gereken özenin gösterilmesi; birarada bulunan diğer ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların, komplikasyonların, ikincil alkol bağımlılığı durumlarının mutlaka belirlenip ayrıştırılması büyük önem taşır. (6)

Psikodinamik açıdan ele alındığında da yukarıdakine benzer belirsizlikler sözkonusudur. Alkol bağımlılarındaki temel çatışma, psikoseksüel gelişimin herhangi bir aşamasıyla ilgili olabilir. Örneğin histriyonik kişilik yapısındaki bir kimse için içme, orgazma ulaşma veya cinsel ilişkiden kaçınma gibi anlamlar taşıyabilirken, bir diğeri obsesif denetim yitimine ve öfke ifadesine bir mazeret olarak alkolle başvurulabilir. Bu nedenle dikkatli bir öykü alınması, dinamik yönelimli bireysel psikoterapi için çok önemlidir; alkolden nasıl bir etki beklediği, bu etkinin duygulanımsal plandaki izdüşümleri mutlaka açıklığa kavuşturulmalıdır (8).

Alkol bağımlısının çocukluk ve gelişimsel öyküsü, içme davranışının analizi, mevcut kişilerarası ve uyumsal işlevselliğinin bilinmesi; ayırıcı tanı için olduğu kadar tedavinin sürdürülmesinde yaşamsal değeri olan "hangi durumlarda anksiyetenin ortaya çıktığının" sap-tanabilmesi için de zorunludur. Çünkü daha önce sözünü ettiğimiz

Zimberg'in alkol bağımlılığının psikodinamiği modelinde de belirtildiği gibi; alkol bağımlısı, alkolle bilinçdışı süreçlerde yer alan bağımlılık gereksiniminin yarattığı çatışmayı tetikleyen anksiyete durumlarından kaçınabilmek için başvur-maktadır.(6) Bu dikkate alınarak özellikle tedavinin başlangıcında anksiyete yaratmaktan kaçınmak gerekmektedir.

Tüm bunların yapılabilmesi için, hastanın alkol almadığı 6-8 haftalık bir kesilme döneminden sonra ayırıcı tanı ve uygun endikasyon yönünden bir değerlendirmeye alınması uygun olacaktır.

Alkol bağımlılığının psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapisinden söz ederken mutlaka kabul edilmesi gereken bir ilke de, bu tedavinin ancak alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan diğer tedavi modaliteleriyle (Kısa süreli detoksifikasyon amaçlı hastaneye yatırımlar, aile ve grup tedavileri, AA, Al-Anon, disülfiram vs.) birarada kullanılabileceği ve hasta için gereken esnekliklere başvurma zorunluluğudur. Modifiye edilmemiş, sedir kullanan, günlük oturumlarla sürdürülen, analitik nötralite ilkesine bağlı kalan ve özgün bir amaçla yola çıkılmayan klasik analitik yaklaşım, özellikle başlangıçta tüm alkol bağımlılığı vakaları için kontrendikedir. Artık apaçık olan bu gerçeğe rağmen klasik analitik yaklaşımda ısrar etmek, hastaya hiçbir yarar sağlamayacağı gibi bir terapisti de, etik sorunlar da dahil olmak üzere, devasa sorunlarla yüzyüze getirecektir.(3)

Alkol bağımlılarında psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapinin endikasyonları, birçok bakımdan diğer psikiyatrik bozukluklara benzemektedir. Örneğin bir hasta mahremiyet gereksinimi, utangaçlık ve koşulların uygunsuzluğu gibi nedenlerle AA, grup ve aile çalışmalarına katılamıyorsa, bireysel çalışma gerekli olabilir. Bu durum özellikle bireyleşme, özerkleşme, kimlik sorunları yaşayan ergenler ve genç yetişkinler için geçerlidir. Bazen de hem bireysel tedaviye hem de AA, grup ve aile çalışmalarına birarada katılmak, alkol bağımlısı için daha uygun olabilir; tüm bu çalışmalar, birbirlerinin etkilerini pekiştirebilir. Dodes (21), bireysel psikoterapi ve AA çalışmalarının nasıl sinerjistik çalışabileceklerini kendilik psikolojisinin

kavramlarıyla açıklamaktadır.

Alkol bağımlılığının psikodinamik yönelimli bireysel psikoterapisi için en temel endikasyon, şimdi yaşanan alkol alımının yol açtığı krizin ötesinde; yineleyici ve olumsuz bir örüntüye neden olmuş olan psikoseksüel herhangi bir gelişim dönemindeki yapılaşmış bir intrapsişik çatışmanın psikodinamik formülasyonda ortaya konmuş olmasıdır. Bu arada dinamik yönelimli bir terapi için hep gerekli olan hastanın belirli bir içgörüyü, terapistle yaklaşma ve özdeşim kapasitesine, zeka düzeyine, anlama ve değiştirme için zamana, paraya ve güdülenime sahip olma koşulları, alkol bağımlısı olan ve böyle bir tedavi için düşünülen kimseler için de geçerlidir. Yine ayrıca birçok tedavi modalitesinde olduğu gibi, alkol bağımlılığının bireysel psikoterapisi için de sosyo-ekonomik durumu iyi, evli, daha az psikopatoloji ve sosyopati gösteren kimselerin, daha iyi yanıt vermeleri nedeniyle daha uygun oldukları belirtilmelidir (8).

Her ne kadar bazı psikoterapistler, abstinensi etkili bir psikoterapi için zorunluluk olarak görmese de (22), tedavideyken içmeyi sürdüren ve tedavinin önkoşulu olarak abstinensi kabul etmeyen hastalar, içgörü yönelimli böyle bir terapinin görece kontrendikasyonlarını taşımaktadırlar. Bu durumdaki hastalar, detoksifikasyon için hastaneye yatırılmaya ve onları dinamik yönelimli bir terapi için hazırlayacak bir kriz çalışmasına gereksinim duymaktadırlar ve ancak daha sonra değerlendirmeye alınmalıdırlar.

Dinamik yönelimli bireysel psikoterapi, tüm bu ilkeleri gözönünde bulundurarak uygun bir endikasyon konduktan sonra, yatan hastalarla yapılabildiği gibi, gündüz hastanesine gelen, ayaktan izlenen hastalarla ve hatta hastanın abstinensi sürdürmek için yeterli kişisel ve toplumsal desteği varsa özel muayenehane hastalarıyla da yapılabilir. Hastanın gereksinimine göre, haftada 1-3 arası seanslar düzenlenir; tedavinin ne kadar süreceğini hastanın gereksinimleri belirler.

#### **Tedavinin aşamaları ve uygulanacak teknikler**

Alkol bağımlısı hastayla yapılan tedavi kontratında, tedavinin amacının alkol alınmamasının sağlanması olduğu açıkça belirtilmelidir.

Çoğu ikincil alkol bağımlıları olan bazı hastalarda, tedavinin sonucunda toplumsal içicilik düzeyine gelinemesi bazen olanaklı olsa da, tedavinin başlangıcında böyle bir kestirimde bulunmak mümkün olmadığından amacın abstinens olarak belirlenmesi en uygun yol gibi görünmektedir. Elbette bu durumda diğer bir kontrat maddesi, hastaya alkol alımının sürdürülmesi halinde tedavinin kesileceğinin bildirilmesidir. Bazı hastaların özel durumları istisnai koşullar oluştursa da, tedavi sırasında aktif alkol almaya başladığı için tedavisi sonlandırılan hasta, ya daha yoğun bir tedavi için klinik tedaviye ya da başka bir terapistle gönderilir; hastanın psikoterapiye yeniden daha istekli bir biçimde dönmeyi istediği durumlar için açık kapı bırakılır. (6,21) Dinamik yönelimli bir çalışma için engel oluşturan abstinensin sağlanamaması sorununun en etkili çözümü ise; hastanın kendine gösterdiği özendeki eksilmenin empatik bir şekilde açıklanması olarak görülmektedir. Psikoterapi sırasında abstinensin bozulması, terapistin öfkesine neden olacaktır. Bu tür tepkilerin önüne geçilebilmesi için, bu hastalarla çalışan terapistin alkol bağımlılığının kronik ve yinelemelerle seyreden bir rahatsızlık olduğunu bilmesi, buna hazır olması, cezalandırıcı olmayan ama aynı zamanda değişim gerekliliğinin kabul edilmediği durumlarda yüzleştirmeden kaçınmayan bir tutum izlemesi gerekmektedir (8).

Tedavinin başlangıcında hastanın "belirtisinin anlamını anlamasından" yani niçin alkol bağımlısı olduğundan ziyade diğer tedavi araçlarını (AA, disülfiram vs.) kullanarak abstinensi nasıl sürdürebileceği üzerine odaklanılmalıdır. Bugün artık bireysel psikoterapi alan bir hastanın aynı zamanda AA'ya devam etmesinin birçok faydası olduğuna inanılmaktadır. AA, hastaya eğitim, yardımcı ego ve süperego desteği sağlayabilir; terapist ve hasta, diğer AA üyeleriyle olan kişilerarası süreçlere ve kullanılan savunma düzeneklerine yeri geldikçe birlikte bakabilirler. Bu yüzden terapist olanağı olan hastaların AA'ya katılımını ve devam etmelerini desteklemelidir. (21)

Hastaların alkol bağımlılığından kurtulmalarının çeşitli aşamalardan geçerek ilerlediği gözlenmektedir. İlk aşama, hastaların alkolü bırak-

mayı aslında gerçekten istemedikleri, daha çok alkol yüzünden karşılaştıkları sorunların yaşanmadığı bir toplumsal içici olmaya heves ettikleri "içmem" aşamasıdır. Hastayı tedaviye güdüleyen şey, işin ya da eşin, yakın çevrenin veya alkolle bağlantılı tıpsal bir rahatsızlığın baskısıdır. Bu aşamada içme dürtüsünü detoksifikasyon, AA, disülfiram gibi araçlarla denetlemek zorunludur. Bu ilk aşama çok kaygandır. Bu aşamada terapinin görevi, hastanın yaşama uyum sağlama çabalarına destek olmaktır. Alkol bağımlısı, henüz kendi polisi ve kendinin yöneticisi değildir; bir yandan beyin alkolün etkilerinden kurtulmaya çalışırken bir yandan da yeniden toplumsallaştırma, eğitim, dışsal ego ve süperego desteklerinin yer aldığı aktif bir rehabilitasyon programına gerek vardır. Bu nedenle yorum, netleştirme, genetik yeniden yapılandırma gibi açıklayıcı tekniklerden çok girişkenlik eğitimi, model oluşturma, olumlu pekiştirme, öğüt verme, cesaretlendirme, telkin, bilişsel farkındalık sağlama gibi direktif teknikler daha ön planda tutulmalıdır. Tedavinin odağı, başlangıçta alkolün yol açtığı insan, iş ve sağlık kayıpları hatta alkolün kendisinin kaybı ve sorunun kabul edilmesi gibi konulardır. Kısa bir süre sonra kendine özen gösterme, benlik saygısı, girişkenlikle ilgili çatışmalar, cinsel yaşamda alkolün olumsuz etkileri, öfkeyi denetleme güçlükleri gibi konular gündeme gelmeye başlayacaktır (6,8).

Öfkeyi denetleme güçlükleri, dinamik yönelimli bireysel psikoterapinin alkol bağımlıları ile çalışırken odaklanması gereken temel noktalardandır. Çünkü bu hastalar, çoğunlukla hissettiklerini sözelletmekten ziyade eyleme dökmeyi tercih eden bir tutum sergilemektedirler. Terapist, bu nedenle alkol bağımlısının düşünce ve eylem arasındaki sınırları farketmesi ve denetimi sağlayabilmesi için çaba göstermelidir (6,23).

Özellikle tedaviye başkalarının belirgin zorlamasıyla gelen hastalarda başlangıçta güven ve tedavi işbirliği sağlamak çok güçtür. Ancak tedavi süresince hasta, anlaşıldığını ve yardım aldığını hissettikçe, pozitif bir aktarım gelişir ve daha açık hale gelir. Başlangıçta yüzleştirmeyi esas alan tekniklerin tedavi başarısını azalttığı artık gösterilmiş olmakla birlikte(24), özellikle

tedaviye isteksiz olan, başkalarının zorlamasıyla gelen hastalarda, yine de zaman zaman hastayı değişime duydukları gereksinimi gösterebilmek için, yalanlarıyla ve yadsıma düzeneğiyle yüzleştirmeye, aileyle görüşmeye gerek duyulabilir (8).

Bu ilk aşamada başarı sağlandıkça, alkolü bırakmanın ardından işlevsellik düzelmeye başlar; buna ve ego ideallerindeki toparlanmaya bağlı bir haz ve doyum ortaya çıkar. Alkol bağımlısı, adeta yeniden yürümeye ve konuşmaya başlamıştır ve yaşamının ilk yıllarındaki bu başarıların yeniden belirmesine bağlı olarak bir rebound "high" duygusu yaşar. Ancak terapistler, bu olumlu gelişmeyi, bu dönemde alkol bağımlılarında görülebilecek olan manik yadsıma ile karıştırmamalıdır. (6)

İlk aşama genellikle bir yıl kadar sürer. Alkol bağımlılarının çok az kısmı, bu ilk aşamayı altı aydan önce tamamlar; bir kısım alkol bağımlısı da asla ikinci aşamaya geçmez. İkinci aşama "içmeyeceğim" aşamasıdır ki, içme dürtüsü üzerindeki denetim içselleşmiş, artık stabil döneme girilmiştir. Alkol bağımlılığına neden olan psikolojik etmenler hakkında bir içgörü henüz gelişmemiş olsa da, bilinç düzeyindeki içip içmemeye karar verememe noktasındaki çatışma artık son bulmuştur. Alkol bağımlısı, bu aşamada başarılı bir AA katılımcısı olabilir; hala kişilerarası ve duygusal alanlarda birçok problem yaşamaktadır ancak artık kendisini iyi hissetmesi için alkolün gerekliliğine inanmamaktadır. Özellikle AA'e katılımı sürdürebilen kimselerin, disülfiramı bırakması önerilebilir. İlk aşama gibi bu aşamada da psikoterapi, henüz daha ziyade direktif ve destekleyici niteliktedir. Amaç, hastanın patolojik savunmalarını ortadan kaldırmaya çalışmak değil, onu itidalli bir noktada tutabilmek, içmemenin avantajlarını görebilmesini ve hissedilmesini sağlamaktır. Alkolün anestezi etkisi nedeniyle, o zamana kadar farkedilmeyen sorunlar, hoş olmayan duygular, kişilerarası ilişkilerde ve özellikle öfke konusunda olmak üzere, duygusal alandaki güçlükler, bu aşamalarda su yüzüne çıkmaya başlamıştır. Terapist, tıpkı birinci aşamadaki gibi direktif ve destekleyici teknikler kullanarak ve kendi yaşam deneyimlerini ve bilgilerini ortaya koyarak hastaya yardım etmeye çalış-

malı, adeta kendi egosunu hastaya ödünç olarak vermelidir. Böyle bir terapinin başarılı olabilmesi için alkol bağımlısının terapistiyle bir bağımlılık ilişkisi geliştirmesi zorunlu olduğundan, bağımlılık tutumları yorumlanarak engellenmek yerine, tam tersine cesaretlendirilmelidir. (6)

Bir buçuk, iki yıl kadar sürebilen bu aşamanın sonunda hastaların çoğu terapiyi kesmeyi düşünebilir. Bu durumda yapılması gereken, henüz kişilerarası ve duygusal problemleri ciddi olarak devam eden hastaları üçüncü aşama için heveslendirmektir. Kolayca anlaşılabileceği gibi, "içmem" diye adlandırılacak olan üçüncü aşamaya geçiş, hasta ve terapistin karşılıklı kararına bırakılmıştır; her hastanın bu aşamaya geçmesi gerekmez. Üçüncü aşamada artık direktif ve destekleyici teknikler, yavaş yavaş yerlerini netleştirme, yüzleştirme, yadsıma, bölünme, yansıtma özdeşim gibi savunmaların yorumlarına bırakmaya başlar. (6)

Alkol bağımlılığının tedavisinde bir de kuramsal bir dördüncü aşamadan söz edilebilir ki bu, "toplumsal içiciliğe geri dönebilirim" aşamasıdır. Bu alandaki bilginin sınırlılığı ve hangi hastaların bunu başarabileceklerinin bilinmemesi nedeniyle, bu aşama, şimdilik hastalara önerilmemelidir. Bilinmesi gereken, alkolün yaşam ve mutluluk için gerekli olmadığı, alkolsüz kalındığında önemli olumsuz etkilerin olmayacağı gerçeğinin hastalar tarafından kabul edilmesi halinde, tam düzelmeye yolunda çok büyük bir yol alınmış olduğudur (6).

### **Aktarım ve Karşı-aktarım sorunları**

Alkol bağımlısının aktarımı, daha çok bağımlılık aktarımı şeklindedir; bu yüzden terapistin tavrından emin olabilmek için, ona karşı iki değerli tutumlara, provokatif içme epizodlarına başvurabilir. Bu provokasyonlara cezalandırıcı olmayan, disülfiram kullanımının ve AA katılımının daha disiplinli olmasını teşvik eden, içmeyi sürdürmesi halinde hastaneye yatırılmak zorunda kalınacağını bildiren yargısız bir tutumla karşılık verilmelidir. Bu hastalarla çalışmaya karar vermiş olan terapistlerin, onlarda bir diyaбетliden bile daha fazla bağımlılık gereksinmesi olduğunu bilmeleri

ve bu gereksinimleri karşılamaya hazır olmaları gerekmektedir (6,8).

Hangi hastaların terapistte neler hissettirdikleri, ne gibi tepkiler uyandırmaya çalıştıkları, hangi durumlarda yorumun uygun olduğu alkol bağımlılarıyla çalışırken mutlaka bilinmelidir. Örneğin bu hastalar, çoğu zaman içme davranışlarına karşı terapistlerin de tıpkı anne babaları, eşleri gibi eleştirel bir tutum takınacakları beklentisi içindedirler; bu yüzden bu gibi durumlardan bahsetmemeyi yeğlerler. Bu tarz bir role sokulduğunun farkına varan terapistin yoruma başvurması, hastaya oldukça yardımcı olabilir.

Alkol bağımlılarıyla çalışırken ortaya çıkan bir başka karşı-aktarım türü, terapistin bu konuyla ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Terapist, herhangi bir konuda ne kadar az bilgi sahibiyse, zorluklarını ortama yansıtma olasılığı o denli yüksek olacaktır. Bilgisizlikten köken alan karşı-aktarım tepkilerinin önüne geçebilmek için, alkol bağımlılığının yanı sıra kişilik bozuklukları ve borderline hastalar gibi güçlü karşı-aktarım tepkileri uyandıran hastalarla yapılan başarılı tedavi deneyimlerinin ve ilkelerinin bilinmesi gerekmektedir.

Hastanın çeşitli birimlerden oluşan bir toplumsal ağ tarafından izlendiği durumların ortaya çıkardığı karışıklık, aktarım ve karşı-aktarım sorunları için elverişli bir zemin hazırlar. Bu türden sorunları ortadan kaldırmanın en iyi yolu, yapılandırılmış ve hastanın iyi bilgilendirildiği programlar izlemektir. Bireysel terapistin bir üyesi olduğu tedavi ekibi arasındaki işbölümü netleştirilmeli ve kimin hangi sorumlulukları üstlendiği belirlenmeli ve hastaya anlatılmalıdır.

Terapistin madde bağımlılığı ve kronik ağrı ile ilgili kendi arzularını ve korkularını bağımlı hastaya yansıtması, bir başka karşı-aktarım kaynağıdır. Bu yüzden terapistin aşırı müdahaleci, çekingen, umutsuz, katı, büyüsel çözümler arayan ve nihayet tükenmişlik belirtileri gösteren tutumları olabilir. Dikkatle bakılacak olursa, terapistteki bu tarz tutumların, bir bakıma bağımlı hastaların aktarımlarıyla koşutluk gösterdikleri farkedilecektir. Önemli olan böyle karşı-aktarım tutumlarının çıkmaması değil, özellikle yeni başlayan terapistler için kaçınılmaz olan böylesi tutumların, denetim oturumlarına getirilerek, hastanın

kendini anlamasında yararlı bir hale dönüştürülebilmesidir .

Terapist, kimi zaman kendi bağımlılık problemini çözebilmek için, kimi zaman da bağımlılık problemlerinden yakının bir yakını nedeniyle, kendisini bu problemle ve bu tür hastalarla ilgileniyor olarak bulabilir. Bu durumdaki terapistlerin belirli, bilinçdışı ve sıkıntı yaratan konuların hem hasta hem de kendisi tarafından getirilmeyebileceğini bilmeleri gerekir. Terapistinin veya yakınlarının problemlerinin kendisininkinden hiç de aşağı kalır yanı olmadığını öğrenen hastaların doğal olarak terapistlerine güvenleri kalmayacaktır (8).

Alkol bağımlılığıyla çalışan, özellikle yeni başlayan terapistler için önemli bir sorun da bu hastaların gösterebilecekleri agresyondan korkmalarıdır. Bu türden korkularla başedebilmenin en iyi yolu, hastanın öfkesini erken farkederek, onun çaresizliğini değerlendirebilmekten ve önyargılı tutumları değiştirebilmekten geçmektedir. Bunun için de kliniklerde aktarım ve karşı-aktarım sorunları konusunda sürekli bir eğitime ve güvenilir, açık olunmaktan çekilmeyen denetim gruplarına gereksinim vardır (8).

Sonuç olarak; alkol bağımlılığının tedavisi için günümüzde pek çok başka tedavi yönteminin yanında dinamik yönelimli psikoterapi seçeneği de göz önünde tutulmalıdır. Psikoterapiye uygun ve ihtiyaç duyan hasta grubunun doğru olarak saptanması bu yöntemle tedavi başarısını arttıracaktır. Dinamik yönelimli yeni psikoterapi ekolleri, daha önceleri tedaviye alınması uygun görülmeyen ağır kişilik bozukluklarında olduğu gibi alkol bağımlılığının tedavisinde de fayda sağlayabilecektir.

#### Kaynaklar:

1. Vaillant G.E. (1981) "Dangers of Psychotherapy in The Treatment of Alcoholism." *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. (editör: Bean M.H., Zinberg N.E.) New York: Free Press, 1981;36-54.
2. Vaillant G.E. *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press.1983
3. Schuckit M.A. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh edition. . (Editör: Sadock B.J., Sadock V.A.) 2000:969-970
4. Donovan J.M., " An etiologic model of alcoholism", *Am J Psychiatry* 1986;143:1-14
5. Meyer EM, Babor TF. "Explanatory Models of Alcoholism." *Review of Psychiatry Volume 8*. (Editör: Tasman A., Hales R.E., Frances A.J.) Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989;273-292.
6. Zimberg S. "Individual Management and Psychotherapy" *Treatments of Psychiatric Disorders*. A Task Force Report of The APA: Washington, DC: APA, 1989;1103-1111.
7. Hodgson R. "Treatment of alcohol problems", *Addiction* 1994;11: 1559-1534.
8. Frances R.J., Khantzian E.J., Tamerin J.S. "Psychodynamic psychotherapy.", *Treatments of Psychiatric Disorders*. A Task Force Report of The APA: Washington, DC: APA,1989;1111-1117.
9. Kaufman E. "Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of the application to a psychotherapeutic approach", *Int J Addict* 1990-1991;25(2A): 97-116.
10. Brehm N., Khantzian E.J., Dodes L.M. "Recent developments in alcoholism psychodynamic approaches", *Recent Dev Alcohol* 1993;11:453-474
11. Gabbard G.O. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.1990
12. Mack J.E. "Alcoholism, AA, and The Governance of The Self." *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. (Editör: Bean M.H., Zinberg N.E.) New York: Free Press, 1981; 55-62.
13. Khantzian E. "Self-preservation and the care of the self: ego instincts reconsidered", *Psychoanal Study Child* 1983;38: 209-232.
14. Silber A. "Rationale for the technique of psychotherapy with alcoholics", *Int J Psychoanal Psychother* 1974;3: 28-47.
15. Kohut H. *Restoration of The Self*. New York: International Universities Press.1977
16. Frances R.J., Galanter M., Miller S.I. *Review of Psychiatry Volume 8*. "Psychosocial approaches to treatment and rehabilitation", (Editör: Tasman A., Hales R.E., Frances A.J.) Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989;341-358.
17. Kernberg O.F. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.1975
18. Hartocollis P. "Borderline Syndrome and Alcoholism." *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. (Editör: Pattison EM, Kaufman E. ) New York: Gardner Press,1982; 628-635.
19. Nace E.P., Saxon U.J., Shore N. "Comparison of borderline and non-borderline alcoholic patients", *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 54-56.
20. Zimberg S. "Principles of Alcoholism Psychotherapy" *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy* (editör: Zimberg S., Blume S.B., Wallace J.) 2. baskı. New York: Plenum Press.1985
21. Dodes L.M. "The psychology of combining dynamic psychotherapy and Alcoholic Anonymous", *Bull Meninger Clin* 1988;52: 283-293.
22. Dodes L.M. "Abstinence from alcohol in long-term individual psychotherapy with alcoholics", *Am J Psychother* 1984;38: 248-246.
23. Khantzian E. "A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment." *Am J Drug Alcohol Abuse* 1986;12: 213-223.
24. Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. "Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles." *J Consult Clin Psychol* 1993;3: 455-461.