



iZM

'ler Dizisi

10

TOXTA

Gem Hızlan

ALKOL

BDS YAYINLARI okurlarına
yeni bir dizi sunuyor:
"İZM"LER DİZİSİ.

Bilim adamlarına ve uzman
kişilere hazırlattırılan bu dizi
başvuru / rehber kitap niteliğini
taşıyacaktır.

"İZM"lerin Türkiye'ye yansımaları
da bulacağınız ve tartışmalara
ışık tutacak olan bu dizinin

ALKOLİZM adlı kitabı

Bakırköy AMA - TEM Uzmanlarından
Dr. CEM HIZLAN

tarafından kaleme alınmıştır.

İZM

'ler Dizisi

990104660057



9901046600579

ALKOLİZM

MINIJOIA

CEW HINGVA

İÇİNDEKİLER

1

GİRİŞ, 7

I/ PSİKİYATRİNİN ALKOLİZME BAKIŞI, 10

II/ BİYOLOJİK YATKINLIK, 19

III/ ANALİTİK PSİKODİNAMİK YAKLAŞIMLAR, 22

IV/ ALKOLİZM VE AİLE, 26

V/ TEDAVİ, 32

VI/ ALKOL KULLANIMINA BAĞLI
RUHSAL VE BEDENSEL BOZUKLUKLAR, 36

SONUÇ, 45

EK, 47

KAYNAKÇA, 48

O bilginler ki evrenin özetidirler
Düşüncelerinin atı göklerde gezer;
İş kavramaya gelince senin özünü
Şaşkınlıktan felek gibi başları döner.

Ö. HAYYAM

GİRİŞ

Alkoller, hidroksillenmiş karbon zincirlerinin genel adı olmakla birlikte, alkol dendiğinde genellikle etil alkol kastedilir. Etil alkol, iki karbonlu, doymuş alkol birleşigidir. Bir adet hidroksil eki içerir. İçkilerde bulunan alkol, etil alkoldür. Alkollü içkilerin, tarif edilen hemen hemen tüm benzer etkilerinden sorumludur. Etil alkol, doğal yöntemlerle, içinde meyva şekeri olan sıvıların maya hücreleriyle mayalandırılmasıyla elde edilir. Enerji elde etmek/beslenmek için şekeri parçalayan bazı maya hücreleri bu sayede alkol üretmiş olur. Mayalanmayı engelleyecek herhangi bir faktör yoksa, meyva şekeri içeren tüm sıvılardan alkol elde edilebilir. Bu yöntem, mayalandırma yöntemiyle alkol elde edilmesi olarak tanımlanır. Şarap, bira, vermut gibi içkiler mayalandırma yöntemiyle elde edilen içkilerdir.

Doğal mayalanma yöntemiyle alkollü içki elde edilmesinin yaklaşık 8000 yıldır bilindiği söylenmekle birlikte somut kanıtlara İ.Ö. 4000'li yıllarda, Mısır'da hiyeroglif kabartmalarda rastlanmaktadır. Mısırlıların o dönemde, arpadan bira elde ettiği anlaşılmaktadır. Şarabın ise ilk kez Sümerler tarafından yapıldığı, Nippur'da bulunan kil tabletlerden okunmuştur.

Doğal mayalandırma tekniğiyle, alkol oranı, %17-18'e ulaşabilen sıvılar elde edilebilir. Ortamdaki alkol bu düzeye ulaştığında alkol üreten maya hücreleri artık şekeri alkole çeviremez. Daha yüksek dereceli alkollü sıvılar, 17-18 derecelik sıvıların damıtılması yoluyla elde edilebilir. Alkolün damıtılması ilk kez, 800'lü yıllarda Razi tarafından bulunmuştur. Damıtma tekniğiyle % 98'lere varan saflıkta alkol elde etmek mümkündür. Yüksek dereceli alkollü içkiler de damıtma yoluyla elde edilir.

Kurutulabilen taneli besinler, zeytinyağı ve şarap ticaretin geliştiği ilk dönemlerden başlayarak nakli yapılan başlıca besinlerdi. Şarap ticaretinin çok uzun dönemler boyunca bu denli yoğun yapıyor olması alkolizmin yaygınlığının bir göstergesi olarak ele alınmamalıdır. Alkollü içki yapımı, keyif verici olmasının yanında, bozulabilen bir

besinin korunması için en etkin ve ekonomik yoldu. Üzüm suyunu şarap haline getirerek keyif verici olmasının yanında, yıllarca dayana bilen bir besin maddeside elde edilmiş oluyordu. Bu bakış açısıyla şarap üretimi, tarımın öğrenilmesiyle ortaya çıkan, o an için tüketilemeyecek miktarlardaki besinin korunması için gerekiyordu. Üzüm ekiminin tüm Akdeniz havzasına yayılması da bunun bir sonucu olarak görülebilir. Tabidir ki üretici, kendi ihtiyacının fazlasını üreterek ticari dönüşüme sokacağı malın uzun süre dayanabilen, kolay nakledilebilen bir mal olmasını tercih edecektir.

Kültürel gelişim de bu savı destekler niteliktedir. Eski Yunan ve Roma'da varolduğunu bildiğimiz şarap tanrıları bugün bizim için, şarabın zevk ve çılgınlık yönünü simgeleyen tanrılar olmasına karşın ortaya çıkışları hiç de böyle değildir. Neolitik dönemde, Anadolu'da tanrıça/tanrı simgesi, kökünü tarımdan alır. Ana tanrıça Kibele, sevgilisi Attis'le beraber, bereketi ve bolluğu simgelerken, hasat ayinleriyle onlardan gelecek yılın ürününün iyi olması dilenirdi. Tarımı insanlara onların öğrettiği varsayıldı. Mısır'dan Kuzey Avrupa'ya kadar tarım yapan tüm toplumlar uzunca bir dönem farklı adlarla seslendikleri tarım tanrılarına benzer hasat ayinleriyle şükranlarını sunarken, yine benzer törensel davranışlarla gelecek yılın ürününün iyi olmasını bir anlamda garanti altına almışlardır. Sonraki dönemlerde hem farklı kültürlerin birbirlerine öğrettikleri tanrılarla hem de özelleşilen yeni yeni işlere göre yeni tanrıların ortama katılmasıyla bilinen tanrı kalabalığı ortaya çıkmıştır. İşte bu tanrı kalabalığında, şarap tanrısı olarak bilinen Dyonizos'un (Roma'daki adıyla Bakhüs) özel bir yeri vardır. Demeter ile birlikte ikisi hâlâ tarımın tanrıları olma sıfatını sürdürmüşlerdir. Bir anlamda Kibele ve Attis'in mirasını onlar devralmıştır. İnsanlar Dyonizos'a bağ bozumu ayinlerinde yalnızca şarabı kendilerine armağan ettiği için değil, tarım yapmayı öğrettiği için de şükran duyarlar. Bu benzerlik yalnızca sözle de kalmaz. Bağ bozumu ayinleri eski hasat ayinlerinin tüm törensel davranışlarıyla bir devamıdır adeta.

İnsanlar şeytanlıklarından ya da kafa bulmak için değil, tarım yapıyor olmanın doğal sonucu olarak şarap üretmişlerdir.

Bugün artık şarap böyle bir anlam taşımamaktadır. Alkollü içkiler alkollü içki oldukları için üretilmektedir. Yine de alkollü içki tüketiminin yalnızca alkolün sarhoş edici etkisine bağlı olduğunu söylemek zor. Bir olguyu toplum ölçeğinde incelerken kuramları yalnızca bireysel taleplere dayandırmak doğru olmayacaktır. Bugün temel ihtiyaç maddesi olmadığı halde, ticari önemi temel ihtiyaç maddelerini geride bırakan pekçok ürün piyasada dolaşmaktadır. Bunun nedenlerini ya da gerekliliğini tartışmak durumunda değiliz. Üretimin bu biçimde şekillenmesi toplumsal, siyasal, ticari pekçok faktörün karşılıklı et-

kileşimleriyle ortaya çıkan bir dengenin, zaman içinde sürekli değişen bir dengenin sonucudur. Yukarıda tartıştığımız örnekte olduğu gibi, bugün bize hiçbir şey ifade etmeyen bir gerekçe yüzyıllar boyunca şarap üretimini belirleyen en önemli etkenlerden biri olmuş olabilir. Roma'nın zayıflamasına dair, çok fazla bağ ekimi yapıldığı, bu nedenle alkolizmin yaygınlaşarak Roma'yı zayıflatıldığı şeklinde savlar ileri sürülür ama o bağlardan elde edilen şarabın satılmasıyla Roma'nın nasıl zenginleşmiş olabileceği gözden kaçır. Çünkü şarap kötüdür, herhangi bir biçimde faydalı olamaz.

Alkollü içki üretimini bugün yine toplum içerisinde oluşan arz ve talebin karşılıklı dengesi belirler. Arz ve talep karşılıklı birbirini etkilediği gibi daha başka pekçok toplumsal etken bu denge üzerine eklenir. Unutulmaması gereken birşey varsa tüm bu etkenler toplumun içinden çıkan etkenlerdir. Şunu söylemeye çalışıyorum. *Alkolizm* toplumsal bir sorun değildir.

Alkol kullanımının yaygınlığını, sosyal yerini, üretimini, tüketim miktarını zaten toplumun kendi dengeleri tam anlamıyla yapısı belirliyorsa sanki başka bir toplumda yaşıyormuş gibi "*toplumsal bir sorun*" olarak nitelemek bana pek tutarlı görünmüyor. Oysa bireylerin, alkol (ve mesela uyuşturucu) kullanıyor olması nedeniyle sorun yaşadıklarını dile getirmeye hakları vardır. Alkol kullananların alkolle ilgili sorun yaşayabilecekleri, alkol kullanmayanların, çevresindeki insanların alkol kullanıyor olması nedeniyle sorun yaşıyor olabilecekleri birer gerçektir. Ama sorunu yaşayan bireylerdir toplum değil. Alkol kullandığı halde bir sorun hissetmeyen ve alkol kullanmadığı halde, çevresindekilerin alkol kullanmalarından rahatsız olmayanlarda aynı toplumun bir parçasıdır.

Tüm bu karmaşa içinde alkolizm kavramını ortaya atan psikiyatrinin, bu kavramı yalnızca alkol kullanıyor olmaktan dolayı sorun yaşayan bireyleri kapsayacak biçimde sınırlı tutması en doğru yaklaşım gibi görünmektedir. Hastalık olarak alkolizm tanımı, kuramsal yaklaşımların bireysel yapı ve yapılanma üzerine oturtulması ve son olarak tanımlayıcı yaklaşımlar hep bu eğilimin birer göstergesidir aslında.

1/ PSİKİYATRİNİN ALKOLİZME BAKIŞI

Günümüz psikiyatrisinde alkolizme bakış, birbirine zıt iki modelle belgindir:

1) Hastalık modeline göre alkolizm, diğer hastalıklar gibi, hastalık yapıcı bir etkenin (alkol) bedensel sistemle etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir durumdur ve kişinin bireysel seçiminden bağımsızdır.

2) Uyum modeline göre, kişi alkolik olmayı kişisel tercihleri ile hazırlamıştır, bir anlamda alkolik olmayı kendisi seçmiştir.

İki model birbirine zıt içerikler taşıdığı gibi ortaya çıkışları da tamamen farklı bilimsel geleneklerden olmuştur. Hastalık modeli, diğerine göre daha yenidir. İlk kez 1960 yılında Jellinek tarafından ortaya konmuştur. Alkolizme yaklaşımı A.A. (1) öğretisiyle uyduğu gibi, hastalık modelinin kabul görmesi ve yaygınlaşması A.A.'nın alkolizmin tedavisinde ortaya koyduğu başarıların psikiyatriye yansımalarıyla olmuştur. Bir anlamda hekimler alkolizmin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, A.A.'dan öğrenmişlerdir. 12 basamakta tanımlanan A.A. ilkelerinin ilki *"alkole karşı güçsüz olduğumuzu ve hayatımızın kontrolümüzden çıktığını kabul ettik"* ilkesidir. Bu ilke, psikiyatrideki anlamını, alkolizmin ailesel geçişinin olduğunun farkedilmesiyle bulmuştur: Bireyler genetik geçişle aldıkları birtakım fiziksel özellikler nedeniyle alkol alma davranışını kontrol edemezler. Hastalık yapıcı (hastalığı ortaya çıkarabilen) etmen olarak alkol, bazı insanlar tarafından alındığında, bir süre sonra o insanların fiziksel özellikleri nedeniyle alkolizm hastalığının ortaya çıktığı görülür. Bu anlayış, hastalık yapıcı etmen (alkol) ve biyolojik yapı arasındaki etkileşimi esas alır. Hastalığı ortaya çıkaran, tek başına hastalık etkeni değil ama onun biyolojik sistemle girdiği etkileşimdir. Genetik (ya da biyolojik) yatkınlık, hastalığın ortaya çıkışı söz konusu olduğunda etmenden daha ön plandadır.

(1) A.A.: Alcoholics Anonymous/Adsız Alkolikler: 1935 yılında ABD'de kurulmuş, gönüllü kendine yardım grubu. Üyelerinin hemen tamamı alkoliklerden oluşan bu grup bugün dünyanın pekçok ülkesinde çalışmalarını yürütmektedir. Üyelerinin alkolizmden kurtulmasını amaçlar.

Hastalık olarak alkolizm anlayışı, modern hastalık kavramıyla da uyusmaktadır. Biz bugün biliyoruz ki enfeksiyon hastalıkları olsun, metabolik hastalıklar olsun hastalığı ortaya çıkaran; biyolojik sistemle etmenin girdiği etkileşimdir. Örneğin bir grip salgını olduğunda mikrobu alan herkes hastalanmaz. Mikrobun yayıldığı grup içinde bazı insanlar hastalığa tutulur. Mikrop vücuda alındığında biyolojik sistemle etkileşime girer (savunma sistemleri, mikrobun yerleşeceği bölgenin uygunluğu, genel vücut direnci vs.). Sonuçta mikrop hastalık ortaya çıkarmadan etkisiz hale getirilebileceği gibi, etkisiz hale getirilemeyerek hastalığa yakalanılabilir. Ya da örneğin katı yağların kalp damarlarını tıkayıcı etkisi olduğunu biliriz. Oysa ileri yaşlara kadar bol katı yağ yiyerek yaşayan ve kalp damarlarında sorun olmayan pekçok insan vardır. Önemli olan kalp rahatsızlığına karşı biyolojik bir yatkınlığın olup olmadığıdır. Bu durumlarda hastalığa yaklaşmak kişinin tercihi sonucu olmamıştır. Olsa olsa kişi kendini hastalıktan korumamış olabilir. İnsanlar kalp hastası olmak istedikleri için katı yağ yemezler. Ya da az portakal yiyorlarsa bu grip olmak istedikleri için değildir.

İşte alkolik de, hastalık modeline göre, alkol alırken alkolik olmayı seçmemiştir. Olsa olsa kendini böyle bir sondan korumak konusunda ihmalkâr davranmıştır.

Uyum modeli, hastalık modeline göre, alkolizm için çok daha eskiden beri devam eden bir anlayıştır. Temel yaklaşımı, kişinin bazı nedenlerden dolayı alkolizmi seçtiği şeklindedir. Burada seçim bilinçli ya da bilinçsiz olabilir (daha eski ahlaki modellere göre bilinçli, yeni dinamik modellere göre bilinçsiz). Bu model içinde, alkolizmin bir seçim olarak ortaya çıktığını ileri süren kuram, baştan sona, neden sonuç ilişkilerine dayalı çizgisel bir düşünüş tarzı sergiler. Uyum modeli, hastalık modelinden, alkolizmin seçim olup olmadığı konusunda ayrıldığı gibi bu düşünce biçimi farklılığıyla da ayrılır. Hastalık modelinde, iki etken arasındaki etkileşim vurgulanırken, uyum modelinde, alkolizm sonucunu ortaya çıkaran nedensel vurgular önem kazanır. Sonucu nedenler belirlediğine göre kişi, daha doğrusu normal kişi, nedenlerden hareketle bu sonucu görerek alkolik olmamak için en azından önlem alır (mesela çok içmez). Bunu yapmıyorsa sonuçta alkolik olması kaçınılmazdır. İşte uyum kuramları bazı kişilerin niye bunu yapmayarak alkolik olduklarını açıklayan kuramlardır. Bu yaklaşımın kökü dinsel / ahlaksal düşünce sistemlerine dayanır. Sonuçları belirleyen nedenler, sonuçlar üzerinde tam bir sorumluluk ve dinsel sistemlerde, ek olarak sonuca göre ceza ya da ödül. Ceza ödül sistemiyle değil ama nedenlerin sonuçları ortaya çıkardığı temel fikrine dayanan nedensellik ilkesiyle bu düşünce biçimi bilim içinde de yüzyıllar boyunca belirleyici olmuştur. Bugün halen varolan pek

çok kuram da nedensellik ilkesini kullanır. Aynı nedenler aynı sonuçları doğurur, insan mantığı bu ilişkileri keşfederek gerçekleri ortaya koyar.

Alkolizme dönersek, XIX. yy. ortalarında, alkolizmin psikiyatriyi ilgilendiren bir bozukluk olduğunun dile getirilmeye başlanmasıyla birlikte alkolizm hakkında kuramlar da ortaya konmaya başlandı. İlk olarak, bazı insanların alkolik olmaları, ahlaki zayıflıklarıyla açıklanmaya çalışıldı. Yani kişi alkolizme doğru ilerlerken bunu değiştiremiyordu çünkü manevi gücü buna yeterli değildi. Bu tipler kendi hazlarını herşeyin önünde tutan, diğer insanların isteklerini önemsemeyi öğrenememiş (ahlakın temel ilkesi) bireylerdi. Bunun sonucu olarak da alkolik oluyorlardı. Bu kuram yalnızca nedensellik ilkesini kullanıyor olmakla değil, içerik olarak da ahlaki dinsel sistemlerle yakın ilişkisini korumaktadır. Ahlak olarak kötü olanların alkolik olduğu fikrini ortaya koyar. Bugün pekçok ruh sağlığı profesyoneli, bu yaklaşımı benimsemediklerini kolayca söyleyebilecekleri halde, alkolizm sorunununa pratik yaklaşımlar, içerisinde kimi zaman bu kuramdan izler taşır. Alkolizmin belli kişilik yapıları üzerine geliştiği, "kötü" sosyal çevrenin alkolizme zemin hazırladığı, uygunsuz psikolojik gelişmenin alkolizmin nedeni olduğu iddiaları hep bu yaklaşımdan izler taşımaktadır aslında. Sonuç (alkolizmin) kötü olduğuna göre, başlangıç da kötü olmalıdır.

Bugün çoğunlukla benimsenmekte olan, alkolizmi açıklayıcı kuramlar, bu tür ahlaksal yargılardan mümkün olduğunca uzak duran, yansız kuramlardır. Alkolizmi ortaya çıkaran birtakım nedenler vardır (biyolojik, psikolojik, sosyal). Bu nedenler aslında kişinin "normal" dünyayla uyum halinde yaşamasını güçleştiren özelliklerdir. Kişi alkolik olarak, varolan bu özelliklerini dış dünya ile nisbeten daha uyumlu hale getirir. Kişi alkolizmi seçerek, aslında altta yatan nedenleri örtecek bir belirti ortaya koymuştur. Hastalık, daha doğrusu, bozukluk ise alkolizm değil altta yatan şeydir.

Biyolojik yaklaşımla, biyolojik özellikleri ve beyin kimyası iyi aydınlatılmış bazı bozuklukların (özellikle depresyon ve anksiyete) alkolizme yolaştığı ileri sürülür. Yapılan araştırmalarla, alkolizmin belli bir sıklıkla, depresyon ve anksiyeteye birlikte görüldüğünü ortaya koymuştur. Alkolün anksiyeteyi yatıştırıcı ve depresyonu düzelten etkileri bilinmektedir. Bu yaklaşımla kişinin anksiyeteye ya da depresyona yakalanmış olduğu, alkol kullanılarak asıl bozukluğun yatıştırılmaya çalışıldığı vurgulanır.

Analitik yaklaşımla ise, çocuklukta yaşananlarla oluşturulmuş olan cezalandırıcı süperegoyu dengeleyemeyen egonun alkol ile yarım arayışıdır alkolizm.

Bu kuramlarla alkolizm artık ahlaksal yargılamadan kurtulmuş-

tur. Kişinin en azından ahlaki birtakım eksiklikleri nedeniyle alkolik olmadığı kabullenilmiştir. Kişiyi alkolizme iten sosyal yapılanma da artık kuramsal düzeyde ahlak yargılarından uzaklaşarak daha çok iletişim ve eğitim özellikleri üzerinde durmaktadır. Ama uyum modeli içinde incelenen kuramların alkolizmi bir bütün olarak ele almadığı gerçeği değişmemiştir. Herbir kuram kendi çizgisel mantığı içinde nedenleri sonuca kadar eksiksiz izleyebiliyorken, araştırmalar habire, birsürü alkoliğin bu kuramların dışında kaldığını ortaya koyup durmaktadır. Bu aslında basitçe, birbirinden farklı nedenleri kullanan açıklamaların birbirleriyle bütünleştirilememeleri sorunu da değildir. Olgu (alkolizm) karmaşıktır ve birçok etmenin diyalektik etkileşiminden doğar (insanla ilgili tüm olgular gibi). Ama insan zihni diyalektik ilişkileri çizgisel hale getirerek anlamaya çalışır. Olanı olduğu gibi değil anlayabileceği gibi kabullenmeye çalışır. Bu çaba, bir taraftan tam da bilimi ortaya çıkaran çabadır. İnsan olanı anlamaya çalışır. "Olan" karmaşıktır ama insan yine ve yine anlamaya çalışır.

Alkolizm için kullanılan hastalık modeli, alkolizmin ne olduğuna dair bir açıklama getirirken, nasıl oluştuğuna dair kuramsal bir çerçeve vermez. Açıklayıcı kuramlar geliştirmek açısından, hastalık modeli uygun bir model değildir. Alkoliklerin, önüne geçilmez bir alkol alma arzusuna sahip oldukları temel yargısına dayanır. Neden alkoliklerin böyle bir özelliğe sahip olduklarına dair açıklamalara ise girişmez. Alkolizmi başlıbaşına bir olgu olarak ele alır. Günümüz psikiyatrisi yalnız alkolizm konusunda değil, ilgilendiği tüm bozuklukları tanımlama sürecinde tam da bu noktadadır.

Psikiyatri, bozukluk olarak ele aldığı tüm olguları, görünüşünü esas alarak tanımlar (fenomenolojik yaklaşım). Bu tanımlama sırasında, öncelikle bozukluk nedeniyle bireyde meydana gelen değişiklikler incelenmektedir. Psikiyatrik bozukluklara/hastalıklara herhangi bir kuramsal açıklama getirmeden yalnızca görünüşleriyle tanımlayan, yaygın olarak kullanılan iki tanı sistemi mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992 yılında yayımladığı ICD 10 *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması* ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1994 yılında yayımladığı *DSM IV Tanı Ölçütleri*. Her iki sınıflandırma sistemi de benzer ilkelere dayandığı gibi içerik olarak da tanı ve tanı kriterleri açısından oldukça benzer oluşturulmaya çalışılmışlardır. ICD 10 giriş bölümünde, *"buradaki tanımlarda ve klavuzlarda bozukluklara ilişkin en son bilgileri verme ya da kuramları aktarma iddiası yoktur. Basitçe ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında birçok ülkeden çok sayıda danışmanın üzerinde anlaştığı kategorilerin sınırlarının çizilmesine temel olacak belirti kümeleri ve açıklamalar bulunmaktadır"* derken sınıflama sistemlerinin genel yaklaşımını çok güzel özetlemektedir. *DSM IV* ve *ICD 10*'da alkolizmi karşılayan bölüm *"alkol bağımlılığı"* adıyla anı-

lir. Alkolizm tanımından, yargılayıcı bir ifade olduğu gerekçesiyle kaçınılmıştır. ICD 10 bağımlılık sendromunu şöyle tanımlar:

"Madde [alkol] kullanımı sırasında ortaya çıkan ve kişinin önceden değer verdiği davranışlarına öncelik kazanan birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerle belli bir durumdur. Bağımlılık sendromunun ana tanımlayıcı karakteri (tıbben önerilmiş olsun olmasın) psikoaktif madde, alkol, tütün almak için arzu (sıklıkla güçlü, bazen önüne geçilmez) duymadır. Bir yoksunluk döneminden sonra maddeye tekrar döndüğünde bağımlı olmayan bireylere göre bağımlılık sendromu belirtilerinin daha çabuk çıktığı söylenir."

DSM IV madde [alkol] kullanımı ile ilişkili bozuklukları ikiye ayırır: Kullanım bozuklukları ve kullanımın yolaçtığı bozukluklar (2).

DSM IV genel bir tanım yapmadan yedi tane tanı kriteri sıralar. Bu kriterlerden üç ya da daha fazlasının son 12 aylık dönem içinde var olmasıyla birlikte klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yolaçan uygunsuz bir madde [alkol] kullanım örüntüsünü bağımlılık olarak tanımlar.

"1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması.

a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi.

b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması.

a) Sözkonusu maddeye özgü yoksunluk sendromu (3).

b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak için aynı madde [alkol] ya da benzerleri alınır.

3. Madde çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda yada daha uzun bir dönem süresince alınır.

4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5. Maddeyi sağlamak (örneğin uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanma (örneğin arka arkaya içki içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak varolan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir

(2) Kullanımın yolaçtığı bozukluklar için alkol kullanımına bağlı ruhsal ve bedensel bozukluklar bölümüne bakınız.

(3) Yoksunluk sendromu için alkol kullanımına bağlı ruhsal ve bedensel bozukluklar bölümüne bakınız.

sorunun olduğunu bilmesine karşın madde kullanımı sürdürülür (örneğin alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme)."

ICD 10'un kriterleri, DSM IV ile benzerdir yalnız ICD 10'da "maddeyi almak için çok güçlü bir istek ya da zorlanti" ifadesi ayrı bir madde olarak belirtilmiştir. İstek ya da zorlantının objektif olarak tespitinin güçlüğüne gözönüne alarak olsa gerek DSM IV bu ifadeye yer vermemiştir.

Hem ICD 10 hem DSM IV zararlı kullanım/kötüye kullanım olarak adlandırılan ikinci bir kullanım bozukluğunu daha tanımlamışlardır. Bu alkolizmi karşılamayan, yoğun alkol kullanımı ile belirgin bir durumdur. ICD 10'da "maddeyi kullanan kişinin ruhsal ve bedensel sağlığı bu yüzden zarar gördüyse bu tanı konmalıdır. Zararlı kullanım çeşitli sosyal sorunlara yolaçar ve başkaları tarafından eleştirilir" der.

DSM IV ise aşağıdaki dört kriterden birinin varlığını yeterli görürken bağımlılık ölçütlerinin karşılanmıyor olmasını şart koşar.

"1. İşte, okulda ya da evde alması gereken başlıca sorumlulukları alma ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde [alkol] kullanımı (örneğin alkol kullanımı nedeniyle okula gidememe, okulu asma).

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde [alkol] kullanımı (örneğin alkollüyen araba kullanma).

3. Madde [alkol] ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin alkol alımı sonucunda davranış bozukluklarına bağlı tutuklanmalar).

4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı (örneğin sarhoşluğun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar)."

Zararlı kullanım ya da kötüye kullanım biçiminde tanımlanan durum daha çok kişinin alkol kullanıyor olmaktan dolayı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kaldığı ve sosyal sürüşmeler yaşadığı dönemi tarif eder. Bağımlılık sözkonusu olduğunda bu sorunlar yine yaşanmaktadır ancak bu sefer çok daha şiddetlidir. Kişinin tüm yaşamı alkol kullanıyor olmaktan doğan sorunlar etrafında şekillenmiştir. Bağımlılığı belirleyen, kullanılan alkolün miktarı değil, kişinin alkol kullanıyor olmaktan dolayı ne durumda olduğudur. Hem alkolün kimyasal etkisi hem de alkolle ilgili zamanın çok artması nedeniyle diğer alanlarda ihmaller ortaya çıkmaya başlar. Sağlık ihmal edilmektedir. Alkolün kendisi pekçok sağlık sorununa yolaçtığı gibi, varolan sağlık sorunlarını halletmek için de zaman yoktur.

Temel hijyen gerekliliklerinin (diş fırçalamak gibi) dahi yerine getirilmediği sıklıkla görülür. Alkol kullanıldığı süre içinde belki de ağı kesici etkisiyle kişinin sağlığıyla ilgili bazı belirtileri hissetmesini

de engelliyor olabilir ama tüm bunların altında, zaman olmamasından ya da farkedilmemesinden daha çok sağlığın ihmali asıl neden gibi görünmektedir. Hissedilenler önemsenmemekte, sağlık için harcanacak vakit ve çaba gereksiz olarak algılanmaktadır.

Yakın çevreyle ilişkiler yine aynı biçimde ihmal edilmektedir. Bağımlı, yerine getirmek zorunda olduğu birtakım sosyal ödevleri aksatır. Örneğin, katılmak zorunda olduğu toplantılara alkollü olduğu için katılmaktan çekinir, kendisinden beklenen ziyaretleri aksatır, yakın çevresiyle ilişkilerini en alt düzeye indirir. Bundan başka kendi alilesine karşı yerine getirmek zorunda olduğu sorumluluklarda da aksama ortaya çıkmıştır. Evdeki diğer insanlar, onun yapmak zorunda olduğu işleri üstlemişlerdir.

İş yerinde ya da okulda da durum aynıdır. Alkol kullanımı iş yerinde de kişinin üzerine düşenleri aksatmasna yolaçmaktadır. Zaman zaman işe gidememek şeklinde olabileceği gibi, işyerinde iş yapamayacak durumda olmakla da gerçekleşir. İş yerinde ya da okulda çevresi, amirleri tarafından idare edilir konuma gelmiştir.

Her ne kadar, bağımlının genelde görülen ihmali, çevrenin beklentilerine göre belirleniyor gibi görünse de esas olarak değişen kişinin kendi yaşamıdır. Değişimden asıl etkilenen de bağımlının kendisidir. Vurgulanan genel ihmal hali, kişinin bilinçli olarak tercih ettiği bir yaşam tarzı değil bağımlılığın sonucu olarak ortaya çıkan ve tüm alkol bağımlılarında aşağı yukarı benzer olan bağımlılığa özgü bir tarzıdır. Bağımlılığın nesnel olarak tanımlanması bağımlılığa özgü olan bu yaşam tarzının ortaya konmasıyla olur. Bağımlılığı belirleyen, ne miktarda ya da ne kadar süre alkol kullanıldığı değildir, alkol kullanımından kişinin nasıl etkilendiğidir. Bağımlılığın fiziksel belirtileri olarak adlandırılacak, tolerans gelişmesi ve yoksunluk bulguları da bağımlılığın olmazsa olmaz koşulu değildir, diğer yaşamsal değişiklikler gibi yalnızca birer kriterdir. Bağımlılık, biraz genelleyici bir ifadeyle, *"yaşamın, bağımlı olunan maddenin etrafında yeniden şekillenmesi"* olarak tarif edilebilir.

Tanımlayıcı yaklaşım, ICD 10'un giriş bölümünde olduğu gibi, psikiyatrik bozukluklar, dolayısıyla da alkolizm konusunda kesin hatlı sınırlar çizmiştir. Bu, psikiyatriyle uğraşanlar arasında ortak bir dilin varlığı için gereklidir. Böylece alkolizmden, daha doğrusu alkol bağımlılığından sözedildiğinde neyin anlaşılması gerektiği ortaya konmuş olur. Anlaşılan, alkol bağımlılığının ne olduğu değil kimlere alkol bağımlısı denebileceğidir. Alkolizmin ne olduğu yine kuramsal yaklaşımlarla açıklanmak zorundadır.

Hastalık modeli de nedenleri başlangıca kadar izleyen kuramsal yaklaşım ortaya koymamakla birlikte alkolizmin oluşumunu birbiriyle etkileşime giren faktörlerin bir sonucu olarak açıklar. Alkolizme,

nedenlerin bir sonucu olarak değil, etkileşimden doğan dinamik bir olgu olarak bakar. Tanımlayıcı yaklaşımdan da farklı olarak alkolizmin ne olduğunu da inceler. Benzerliği ise alkolizmi kendi başına bir olgu olarak kabul etmesidir. Tanımlayıcı yaklaşım içerisinde, olguyu görünüşle tanımlamak sırasında dinamik modelin de feda edildiğini görüyoruz. Bir görünüşün tanımlanması onun hastalık olarak sunulması için yeterli olmayacaktır. Olguların açıklanması da gereklidir. Nedensel açıklamalara dayanan kuramlar ise alkolizm olgusuna bütüncül bir yaklaşım ortaya koyamamaktadır. Hâlâ aynı bilim dalı içinde kuramsal yaklaşımların farklılıkları yüzünden derin görüş ayrılıkları hatta farklı terminolojiler varlığını korumaktadır. Alkolizm ve diğer pek çok psikiyatrik olgu üzerinde, ortaya çıkaran nedenler, hastalığın seyri, tedavi yaklaşımları hatta hastalık olup olmadığı konusunda çok farklı görüşler varlığını korumayı sürdürürken her farklı görüş kendi yöntemini bilimsel araştırmalarla sınavarak geçerli kanıtlarını bilim dünyasına sunmaktadır.

Kuramlar ve modellerden önce, gözlem ve deneylerle elde edilen sınanabilir bulgular ulaşılabilen en kesin hareket noktalarıdır. Kuramların bilgiyi kullanım biçimleri ise, bu bilginin, kurulan neden sonuç ilişkisi içinde bir yere oturup oturmamasıyla sınırlıdır. Oluşturulmuş biçimleri nedeniyle, neden sonuç çizgisi dışındaki bir bilginin adapte edilebilmesi için gerekli esneklikten yoksundurlar. Örneğin, alkolizm için psikososyal etkileşimin özelliklerini ortaya koyan deneysel bir sonucu, biyolojik model içine entegre etmek nerdeyse olanaksızdır.

Oysa neden sonuç ilişkileri yerine dinamik oluşumları öngören yaklaşım bilim dünyasında kullanılmaya başlandığı XX. yy. başlarında psikiyatri içinde de yerini bularak o dönem için köklü anlayış değişikliklerine yolaçmıştır. Analitik çalışmalarla oluşturulan ruhsal sistem (id, ego, süperego) işleyişini kendini oluşturan parçaların dinamik etkileşimi ile gerçekleştirir. Ruhsal bozukluklar bu üç ruhsal gücün etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Hiçbir ruhsal bozukluk yalnızca idin ya da süperegoun sorumluluğunda değildir. Yine aynı yaklaşımla bilinç, bilinç-öncesi ve bilinçdışı durağan olmayıp karşılıklı etkileşimlerini sürdürürler.

Zaman içinde bu yaklaşım psikiyatrinin elde ettiği yenilikleri örneğin biyolojik bulguları yorumlamak için kullanılmadı. Yalnızca analitik psikolojiden kökünü alan kuramlara sanki bir patent hakkıymış gibi devredildi. Dinamik psikiyatri bu adla biyolojik ve davranışçı psikiyatriden ayrı kaldı. Sanki öğrenilmiş davranışlar ve biyolojik özellikler insan bütününde dinamik etkileşime girmiyormuş gibi.

Alkolizm, oluşumu sırasında, insanın ruhsal yapısı içinde tanımlanmış ne kadar etken varsa, hepsinin katılımı sonucunda ortaya çı-

kar (diğer ruhsal bozukluklar gibi). Bu katılım basitçe sırayla olaya dahil olma şeklinde bir katılım değıldir. Bizim aklımız alsa da almasa da insan ruhunu oluşturan ne kadar değışken varsa hepsinin birden karşılıklı etkileşerek ve bu etkileşim sırasında birbirlerini de değıştirerek ortaya koyduğı sistemin önceden kestirilmesi mümkün olmayan sonucudur alkolizm. Örneğın, alkol almam psikolojik durumumu değıştirir, değışen psikolojik durumum, aldığım alkol hakkındaki fikirlerimi ve bir sonraki alkol alışıımı etkiler. Bu sırada alkol aldığım için beynimin kimyasal çalışma düzeninde de değışiklik olmuştur, bu da psikolojik durumumu değıştirir. Değışen psikolojik ve nörokimyasal durumumla çevreyi farklı algılarıım bu arada tüm bunlardan belleğim de etkilenmiştir ve...

Bu hiçbir sonuca ulaşamadan sayfalar boyunca sürdürmek mümkündür. Beni etkileyen bir değışken herşeyimi etkiler, benimle ilgili sonuç herşeyimle ilgilidir.

Hastalık modelinde tüm bu incelenemeyeceğı varsayılan değışkenler kişisel genetik yatkınlığı anlatır. Aslında yatkınlığı belirleyen yalnızca genetik geğış değıl, genetik zemin üzerine yaşananlardır da. Psikodinamik psikiyatri, kuramında bunu vurgular. Hastalık modeli karşılıklı etkileşim üzerinde durduğundan, farklı bulguları sisteme katmak mümkündür. Hastalık modeli öncelikle genetik yatkınlığı vurgulamıştır ancak psikolojik gelişimin de yatkınlığı belirleyen etkenlerden biri olduğı psikodinamik psikiyatri tarafından modele eklenmiştir.

Tüm bu karmaşa içinde alkolizm, birbirinden farklı pekçok (hatta ne kadar alkolik varsa o kadar) dinamik sürecin ortak sonuçlar kümesidir. Alkolizmin nasıl bir şey olduğı aşağı yukarı bellidir. Onu ortaya çıkaran ya da çıkarmayan süreç ise her birey için kendince farklı yollar izler. Alkolizmin nedenlerini ortaya koymak yerine, her alkolik için onun alkolik oluşunu belirleyen süreci incelemek bugün için bana elimizdeki tek gerçekçi yaklaşım gibi görünüyor.

II/ BİYOLOJİK YATKINLIK

Alkolizmin hastalık modelinin ortaya konması, genetik geçişin farkedilmesiyle olmuştur. Genetik geçiş, aileden alınan genetik özellikler nedeniyle alkolizme yatkın oluşu vurgular. Aileden alınan genetik özelliklerle belirlenen biyolojik yapı bazı insanlarda alkolizmin gelişebilmesi için uygun bir zemin oluşturur.

Hastalık modeli ortaya konmadan önce, biyolojik yatkınlık alkolizmin, genetik geçişi daha iyi saptanmış başka hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkışıyla açıklanmaktaydı. Örneğin iki uçlu mizaç bozukluğu, genetik geçişi olduğu iyi bilinen bir hastalıktır, sıklıkla da alkolizmle birlikte bulunabilir. Dolayısıyla alkolizmin genetik geçişi olmadığı ama iki uçlu mizaç bozukluğuyla birlikte görülen alkolizm vakalarının böyle bir izlenim yarattığı ileri sürülebilir. Daha sonra yapılan çalışmalarda bu nokta da dikkate alınarak, anne ya da babasından birisi alkolik olan çocukların, diğer tüm psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak alkolizme yakalanma risklerinin toplumdaki ortalama riske göre 3-4 kez fazla olduğu gösterilmiştir. Aile çalışmaları, genetik geçişi ortaya koymak açısından yeterli değildir. Alkolik ailenin çocuğu yetiştirdiği de göz önüne alınırsa alkolizmin, yetiştirilmeye bağlı faktörlerle de çocuğa aktarılmış olması mümkündür.

İkiz çalışmaları genetik geçişin önemini ortaya koymak açısından daha elverişlidir. İkiz çalışmaları, tek yumurta ikizlerinde iki kardeşten birden alkolizm görülme sıklığıyla, çift yumurta ikizlerinde bu sıklığın karşılaştırılmasıyla yapılır. Tek yumurta ikizlerinde birlikte alkolizm görülme sıklığı, çift yumurta ikizlerine göre fazladır. Bu bulgu genetik malzemenin önemini ortaya koyar. Tek yumurta ikizlerinde genetik yapı tam olarak aynıdır. Çift yumurta ikizlerinin genetik yapısı ise herhangi iki kardeş kadar birbirine benzer. Genetik yapının benzerliği arttıkça alkolizmin birlikte görülme sıklığı da artmaktadır.

Genetik geçişi ortaya koyan üçüncü grup araştırma evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalardır. Bu çalışmaların genel olarak or-

taya koyduğu: Biyolojik ailesi alkolik olan çocukların ilk altı ay içinde ailesinden ayrılıp başka ailelerin yanına verilenlerinde alkolizm sıklığı, yine aynı durumda evlat edinilmiş ama biyolojik ailesi alkolik olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğudur. Her iki durumda da evlat edinen ailede anne ya da baba alkolik değildir. Biyolojik anne babasından biri alkolik olan, ama evlat edinen ailesinde alkolik olmayan çocukların alkolizme yakalanma riski, biyolojik ailesinde alkolik olmayan ama evlat edinen ailede anne ya da babanın alkolizm geliştirdiğı durumlara göre de daha fazladır. Evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar da genetik geçişin önemini ortaya koyduğu gibi, bunun yetiştirilmeye ilgili etkenlere göre daha belirleyici olduğunu da vurgulamıştır.

Sözü edilen çalışmalar genetik geçişle belirlenen biyolojik bir yatkınlığın varlığını ortaya koymakla birlikte bu yatkınlığı açıklayabilecek özgün biyolojik bulgular bu denli açıklıkla saptanamamaktadır. bu yönde sürdürülen çalışmalar alkolizme yatkınlığı hazırladığı düşünülen bazı özellikleri ortaya koymuştur.

Alkol etkisine dirençli olmak, alkolizm gelişmesi riskini arttıran bir özelliktir. Alkolün sarhoş edici etkisi beyin hücrelerinin alkolden ne kadar etkilendiğıyle ilgilidir. Aynı dozlarda alkol, bireylere göre farklı düzeyde sarhoşluğa yolaçar. Anne ya da babalarında alkolizm saptanan bireylerle yapılan çalışmalarda bunların alkol etkisine daha dirençli oldukları görülmüştür. Buradan hareketle, alkol etkisine dirençli olmanın alkolizme karşı biyolojik yatkınlığın bir göstergesi olduğu söylenebilir. Alkole daha duyarlı bireylerin tükettikleri alkol miktarı daha az olacağı gibi dirençli bireylere göre alkol almak konusunda daha dikkatli davranacaklardır.

Bir diğer biyolojik özellik, beynin elektriksel işlevinin bir göstergesi olan P 300 dalgasında saptanan değişikliklerdir. P 300 dalgası, bir uyaran verildikten (genelde ışık çakması) 300 milisaniye sonra saptanan elektriksel bir dalgadır. Genelde uyarının tanınmasını simgelediğı varsayılır. Yine alkoliklerin çocuklarında yapılan çalışmalarda P 300 dalgasının normale göre daha geç ortaya çıktığı saptanmıştır.

Özel testlerle saptanabilen bilişsel yeteneklerdeki bazı farklılıkların da alkolizm için belirleyici olabileceğı düşünülmüştür. Alkoliklerde saptanabilen değişiklikler özellikle beyinin ön bölgesi olarak adlandırılacak frontal lobun işlevleriyle ilgili değişikliklerdir. Bu bulgular beyin görüntüleme yöntemleri olan bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans teknikleriyle saptanan değişikliklerle de uyumludur.

Alkolün vücuttaki yıkımının son aşamasını gerçekleştiren enzim olan aldehit dehidrogenaz aktivitesi bireyler arasında farklılık gösterir. Aldehit dehidrogenaz (ALDH) aktivitesi düşük olan bireyler alkol alımından sonra alkolün artık etkileri olarak tanımlanabilecek "ak-

şamdan kalma" durumuna daha fazla maruz kalırlar. Bu tablodan, vücutta biriken asetaldehit sorumludur. Asetaldehit, alkol metabolizmasının bir ara ürünü olup ALDH tarafından parçalanır. ALDH'nin aktivitesi genetik geçişle belirlendiği gibi etnik gruplara göre de farklılık gösterir. Asyalı ırkların daha düşük ALDH aktivitesi gösterdikleri söylenebilir. ALDH aktivitesi düşük bireylerin alkolizme daha az yalandıkları ileri sürölmektedir.

Beyindeki iletiden sorumlu olan kimyasal maddelerin parçalanmasıyla ilgili olan mono amin oksidaz (MAO) adlı enzim pekçok psikiyatrik rahatsızlığın oluşumunun açıklanmasında önemli bir role sahiptir. Alkoliklerde de MAO aktivitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Alkol kesildikten sonraki dönemlerde de normale dönmediği ileri sürölür.

Bu bulgular aile çalışmalarıyla varolduğu ortaya konan biyolojik yatkınlığı nelerin ortaya çıkardığını araştırmaya yönelik çalışmalardır. Pekçoğu alkoliklerle birlikte alkoliklerin çocuklarında da tekrarlanmıştır. Henüz kesin ifade edilebilecek düzeyde olmamalarına karşın yatkınlığın dayandığı birtakım biyolojik özelliklerin habercisi durumundadırlar. Diğer taraftan alkolizmin kendi başına bir hastalık olduğu fikrini desteklerken, alkolizm hakkındaki ahlak değerlerinden kökünü alan önyargıların ortadan kalkması için önayak olmaktadır.

Saptanabilen biyolojik özelliklerin farklılığı bunların tek bir biyolojik süreç içinde açıklanmasını güçleştirmektedir. Örneğin P 300 dalgası merkezi sinir sisteminin çalışmasıyla ilgiliyken ALDH enzimi karaciğerde etkinliğini göstermektedir. Bu durum, alkolizme yatkınlığın çok faktör tarafından ortaya konan bir genel sonuç olduğunu düşündürür.

Genetik geçişin ve biyolojik yapının da yatkınlığı tamamiyla belirlemediği ortadadır (diğer türlü tek yumurta ikizlerinde birlikte alkolizme yaklanma oranı % 100 olmalıydı oysa % 55-60 arasındadır). Çevresel etkenlerin de biyolojik etkenlere katılarak alkolizme yatkınlığın belirlenmesinde etkili olduğu açıktır. Biyolojik sistemle etkileşime giren çevresel etkenler direk biyolojik yapıyı etkileyerek (beslenme, yaralanma, hastalık vs.) sonucun belirlenmesine katılabilecekleri gibi bilişsel ve psikolojik yapı (eğitim, ilk çocukluk yılları, kültürel özellikler vs.) üzerinden de sisteme katılırlar.

Hâlâ kimin alkolik olacağını önceden kestirebilecek durumda değiliz. Çok çok, yakın akrabaları içinde alkolik bulunanlara *"dikkat et"* diyebiliyoruz. Daha fazlasını yapamamamızın nedeni ise bilgilerin henüz yetersiz olmasından daha çok, alkolizmin de alkolizme yatkınlığın da olaya beraber katılan ama birbirinden bağımsız birkaç etken tarafından belirleniyor olmasıdır. Etkenler sırayla değil de aynı anda olaya katıldığında sonucun ne olacağını kestirebilmemizi sağlayacak formüllerden yoksunuz.

III/ ANALİTİK - PSİKODİNAMİK YAKLAŞIMLAR

Psikodinamik yaklaşım kuramlarını, ilk çocukluk yıllarında şekillendirdiğini varsaydığı ruhsal güçlerin arasındaki dinamik dengeye dayandırır. İnsanın kendiliğini de temsil eden ego, içten gelen dürtüleri (id) toplumun beklentilerini temsil eden süperegoyla dengeleyerek kişinin ruhsal anlamda çevresiyle uyumlu biçimde yaşamasını sağlar. Id'den gelen dürtüler hiçbir biçimde sosyal olarak şekillenmemiş, yalnızca istekleri temsil eden dürtülerdir. Temel istek olarak yaşamın farklı dönemlerinde farklı vücut bölgelerine yönelmiş cinsellik anlaşılır (libido). Süpereo ahlaki eğitimi temsil eder. Oluşumunu, çocuğun yetiştirilmesi sırasında ona benimsetilen ahlaki değerlerle gerçekleştirir. Temelde süpereo çocuğu yetiştiren ailenin ve daha geniş anlamda yine çocuğun içinde yetiştiği toplumsal değerlerin sesidir. İsteklere karşı takındığı eleştirel tutum ve cezalandırıcı yapısıyla belirgindir. Süperegounun en belirgin cezalandırıcı eylemi suçluluk duygusudur. Ego, Id'den gelen cinsel dürtüleri süperegounun cezalandırıcı tutumundan korumak amacıyla toplumun kabul edebileceği isteklere dönüştürerek dengeyi korumaya çalışır. Bunu yapamadığı durumlarda ise istekleri bastırma gibi savunma mekanizmaları kullanarak bilinçten uzak tutmaya çalışır. Toplumun isteklerine uygun hale getiremeyerek bilinç altında tutulmaya çalışılan dürtüler kendilerini ifade edebilmek için alışılmışın dışında yollar kullanmaya başladıklarında işte bunlar nevrotik semptomları oluşturur.

Bağımlılık için analitik yaklaşım, kullanılan maddenin [alkol] kimyasal etkilerini, psikolojik bir gereksinimi karşılamak için arzuladıkları yolundadır. Arzulanan, güvenlik duygusu veren, kendini kanıtlamayı sağlayan bir şeyi ele geçirmedir. Bağımlılık için arzulama emredici olduğu gibi doyurulma çabalarının yetersiz kalacağını da anlatır. Alkolün kimyasal etkisi sıradan insanlar için sedatif etkiyken bağımlı bu sedatif etkiden yukarıda sözettiğimiz mutlak güvenlik ve ele geçirme duygusuna ulaşır. Artık isteklerini doyurmak için başka bir çabaya gereksinimi kalmayacaktır. Bağımlı olduğu alkolün elde edilmesi ade-

ta temel istekleri karşılarken yaşamın diğer ilgi alanları yavaş yavaş kaybolmaktadır.

"Alkol sarhoşluğu, inhibisyonların ve gerçeği sınırlayıcı görüşlerin bilinçten, içgüdülerden daha önce çıkmalarıyla karakterizedir; öyle ki içgüdüsel eylemleri gerçekleştirme cesareti gösteremeyen bir kimse alkolün yardımıyla hem doyum hem de avunç bulur. Süperego ruhun alkolde eriyebilen bölümü olarak tanımlanmıştır. Bundan dolayı alkol her zaman gam dağıtıcı gücü nedeniyle övülmüştür. Bazı kimselerde inhibisyonların azalmasıyla bazılarında ise gerçekten zevk verici düşümlere çekilmekle, engeller daha küçük ve arzuların gerçekleşmesi daha yakın görünür." (Fenichel)

Alkolün etkileri yukarıdaki biçimiyle tanımlandığında, insanların süperegounun cezalandırıcı duygularına kapılmadan isteklerini gerçekleştirebilmek için alkol aldıkları söylenebilir ancak niye bazılarının alkolik olduğu belli değildir.

Analitik kuram, bağımlılık ortaya çıkaran bireylerin çocukluklarında, oral dönemde, ruhsal zedelenmeler yaşadıklarını ve alkol alımının oral karakterlerinin, oral narsistik döneme bir gerilemesi olduğunu savunur. Anlatılmak istenen, erken çocukluk döneminde, içgüdüsel cinsel (libidinal) isteklerin henüz ağız yoluyla ifade edildiği, çocuğun en önemli haz kaynağının beslenmek olduğu, erken bebeklik dönemlerinde yaşanmış olan bazı sorunlar nedeniyle psikoseksüel gelişim o döneme (oral dönem) ait takıntılar içerir. Hâlâ yetişkin bağımlı için de en önemli haz ağız bölgesiyle ilgilidir. Alkol yalnızca ağızdan alınıyor olması nedeniyle değil, ağızdan alınan bir maddenin sıkıntıyı dağıtıcı, haz verici adeta sorunları ortadan kaldıran etkisiyle tam da sorunların yaşandığı döneme ve o döneme ait sorunlara (hiçbir zaman bilinçli değil) iyi gelmektedir. Bebeklik yıllarında alması gereken güven duygusunu ve sütle alacağı doymuşluk hissini yıllar sonra alkol vermektedir ona.

Kişi tüm yaşamı boyunca hiç kimsenin kendisine vermediği güven duygusunu alkolle bulmuştur. Yaşamının diğer etkinliklerini sürdürmek için yaptığı duygusal yatırımları yavaş yavaş çekebilir. Eninde sonunda temel ihtiyacı, temel doyum maddesi alkol olacaktır. Bebek için süt olduğu gibi.

Temel güven duygusu ilk bir yaş içinde oluşur. Çocuk dünyanın güvenli bir yer olup olmadığına bu dönemde annesiyle olan ilişkisi doğrultusunda karar verir. Alkolün sağladığı güvenlik hissi, kendine güven duygusu, tam da bunu yerine koymaktadır.

Görüldüğü gibi analitik yaklaşım alkolizmin hastalık modelinin karşısında, gelişimsel faktörlerden yola çıkarak alkolizmi açıklama çabasıdadır. Ortaya konanlar, alkoliklerin intrapsişik çatışmalarına alkolle çözüm aradığını anlatmaktadır. Genetik geçişin farkedilmesiyle birlikte, alkolizmin tek nedene bağlı olmayan bir olgu olduğu di-

namik psikiyatri içinde de gündeme gelmiştir. İlk bebeklik yıllarından sonra çocukluk döneminde de ailenin tutumunun alkolizm için hazırlayıcı olduğu vurgulanmıştır. Anne ya da baba tarafından erken dışlanma, aşırı korumacılık, erken sorumluluk verme davranışları alkolizme zemin hazırlayabilir. Tüm bu davranışlar çocuk için ileride kendine güvenli bir yapı geliştirmesini engelleyici tutumlardır. Erken-den aileden dışlanma ve erken sorumluluk alma, alınan sorumluluklar nedeniyle yükün altında ezilmeyi getirecektir. Aşırı kollayıcı tavır ise yine sorumluluk alma konusunda deneyimsizliği hazırlayacaktır. Temelde alkoliğin bilinçaltı isteği korunmak ve kollanmaktır. Bunun dışarı vuruluş şekli ise bu isteğe karşı savunma mekanizmalarıyla şekillenen narsistik/grandiyöz tavidir. Erkenden sorumluluklar alınmaya başlandığında başansızlığa karşı özsaygısını ve ailenin suçlamasını karşılayacak tutumdur bu. Alkolizm tüm bu yapılanmayı karşılar. Buradaki anlamıyla alkolizm, yalnızca alkolü önlenemez biçimde arzulamak değildir. Bir taraftan alkol sayesinde kazanılan kendine güven duygusu, rahatlama ve başarısızlıkla ilgili duyulan huzursuzluğun yatışması diğer taraftan sürekli alkol alıyor olmak yüzünden aksayan işlerin yakınlar ve arkadaşlar tarafından idare ediliyor olması. Ortaya çıkan yaşamla ilgili tüm değişiklikler bilinçaltı istekleri karşılar niteliktedir. Alkolizm gerçekleştiği anda çevrenin kişiden beklentileri düşmeye başlar. Adeta bir hastalık durumu söz konusudur artık. Sürekli devam eden bir hastalık. İster istemez yakın çevresi alkoliği kollamaya başlayacaktır. Ama bu çözüm bir yandan da çatışmayı alevlendirmektedir. Aile tarafından erken sorumluluk verilmiş olmakla ya da aşırı kollayıcı tavrıla şekillenen süpereo nedeniyle; başkalarının yardımına muhtaç hale gelmesiyle, suçluluk duygusunu ve değersizlik hislerini şiddetle yaşayacaktır. Huzursuzluğu ortaya çıkan iki düşünce bilinç altında adeta şöyle der:

"Ben değersizim kimse beni korumuyor

Ben değersizim bir işe yaramıyorum"

İkinci cümleyi telkin eden biraz da suçluluk duygusudur. İlk cümle İd'den gelen temel libidinal isteğin temsilcisidir. Ve aslında iki cümle de aynı şeyi anlatmaktadır: *"Ben sevilmiyorum"*. Alkolün kimyasal etkisi iki düşüncenin karşı karşıya gelmesinden doğan huzursuzluğu ve ben sevilmiyorum cümlesinin telkin ettiği depresyonu yatıştırır. Alkolizm sonucu ulaşılan yaşam biçimi ise tüm bu çatışmaların hem nedeni hem çaresi olmaya devam eder. Bu bir kısır döngüdür, bağımlıyı içine çeken bir girdaptır adeta. Son ana kadar sürdürülen grandiyöz tutum ise *"Ben sevilmiyorum"* bilinçaltı inancına bilinçli savunmadır: *"Benim kimsenin sevgisine ihtiyacım yok"* ya da oral-narsistik ifadeyle, bir bebek gibi *"herkes beni sevmek zorunda"*.

Yalnızca gelişimsel özelliklerin bu biçimde alkolizm tablosunu or-

taya çıkarıp çıkarmayacağını bilemiyorum. Yapılan araştırmalar alkolizm gelişmeden önce, alkolizmin gelişebileceğini önceleyen özgün bir kişilik yapısı saptayamamıştır. Alkoliklerin, alkolizm gelişmeden önce yaşam sorunları karşısında daha başarısız olduklarına dair bulgular da yoktur.

Bu yorumlar için öncelikle üzerinde durulması gereken, yalnızca gelişimsel etkenleri ele alıyor oluşudur. Daha önemlisi alkolizmin bir dizi olgunun sonucu olarak görülmesidir. Psikodinamik yaklaşımlar AA'nın tekniklerini inceleyerek tedavi anlayışına adapte ettiğinde anlamlı tedavi başarılarına ulaşabilmiştir. Hastalık modeli ile psikodinamik yaklaşımın temel farkı alkolizmin tek başına bir olgu olduğu ve belirleyici olanın arzulanan yaşam biçimi değil, önüne geçilemez alkol alma isteği oluşudur. Alkolizmin gelişimi açısından kuram doğru olabilir ama hastalık modelinin ortaya koyduğu; alkolizm bir kez geliştikten sonra üzerinde durulması gereken şey alkolizmin kendisidir, altında yattığı varsayılan nedenler değil.

Hastalık modeli bir taraftan da alkolizmin psikolojik açıdan incelenemez gibi algılanmasına neden olmaktadır. Oysa alkolizmin anlaşılabilmesi için psikolojik yapılanması da son derece önemlidir. Psikodinamik psikiyatrinin katkısı alkolizme yatkınlığın biyolojik yatkınlık kavramından bireysel yatkınlık kavramına taşınmasını sağlamamakla olabilir. Yatkınlığı belirleyen, biyolojik özellikler kadar psikolojik yapılanmadır da. Bireyin bedensel ve ruhsal yapısını bireyi oluşturan bir bütün olarak ele alırsak dinamik psikiyatrinin de katkılarıyla bireysel yatkınlıktan sözedebiliriz. Her birey için temelde sahip olduğu biyolojik özelliklerle birlikte o özellikleri nasıl kullanacağına dair edindiği yaşam deneyimi de varoluşunu belirleyicidir.

Alkolizm, birbirinden farklı birçok etken tarafından belirlenen dinamik sürecin ortak sonuçlar kümesiye, bu etkenler içinde psikolojik yapılanma mutlak yeralmalıdır. Genel bir psikolojik yapılanma tarif etmekten önce bireylerin psikodinamik süreçleri üzerinde durmak ise yine en gerçekçi tutum gibi görünmekte.

IV/ ALKOLİZM VE AİLE

Ailenin birey üzerindeki belirleyici etkisi yalnızca genetik aktarımla olmaz. Bireyi doğduğu andan başlayarak kuşatan en küçük toplumsal birim ailedir. Dünyanın nasıl bir yer olduğu, diğer insanlarla nasıl ilişki kurulacağı, kişinin diğer insanların içinde kendini nasıl hissedeceği, diğer insanlardan bekledikleri ve onların kendinden bekleyecekleri şeyler, yaşamın ilk dönemlerinde yoğun olarak aile içinde geçen yıllarda şekillenir. Kişinin yetişkin bir birey olduğunda yaşam karşısında takınacağı tavır her zaman aile içinde gerçekleşen ilk şekillenmelerin şemalarını kullanacaktır. Birey, çocukluk yıllarında, ileride toplum içinde edineceği rollerin provalarını aile içinde yaşar.

Ailenin bireyi şekillendirici etkisi, toplumun aileyi şekillendirici etkisinden bağımsız değildir. Aile toplumdan aldığı kültürel, ahlaki vs. bildirimleri kendi geçmişiyile de belirlenen görüşü içinde yorumlayarak çocuğa aktarır. Bir anlamda toplumun kültürel yapısının bireylere aktarılmasında aracı rolü üstlenir.

Her iki anlamıyla da aile, birey karşısında toplumun en küçük birimi ve modelidir. Diğer taraftan birey de o aile içinde yeraldığından, ailenin birtakım değerleri bireye aktarımından çok bireylerin karşılıklı etkileşimleri ailenin işlevselliğini belirler. Aile içinde aktarım hiçbir zaman tek yönlü değildir. Aile kuşattığı bireyleri etkilerken bireyler de kendi yapılarıyla aileye dinamik bir şekil verirler.

Ailenin alkolizm üzerinde belirleyici rol oynayabileceği fikri eskiden beri düşünülmüş olmakla beraber bunun kesinleşmesi alkolizm tedavisinde ailenin de işin içine katıldığında tedavi başarısının yükseldiğinin gösterilmesiyle son 15 yıl içinde olmuştur.

Aile içindeki etkileşimin alkolizmin ortaya çıkışında etkili olması kadar, kültürel değerleri üyelerine aktarıcı rolü oynadığından ailenin etnik ve kültürel yapısı da alkol kullanımına karşı tutum üzerine etkilidir. Diğer taraftan aile içinde bir alkolik bulunduğunda ailenin ne tür bir tepki göstereceği de yine sosyokültürel yapıya bağlıdır.

Ailenin alkolizm karşısındaki tutumundan başka alkolün nasıl tüketildiği de ailenin ve içinde yaşanan kültürün özelliklerine uygundur. Örneğin yalnızca yemekte alkol almak, belli bir sosyal konumu elde etmeden alkol alımının onaylanmaması, alkol alımının belli zamanlara ve ortamlara bağlı olması gibi. Tüm bu kültürel görüntü aile üzerinden iyi işlendiğinde aslında bağımlılık geciktirici ya da önleyici faktörler olarak işlev görür. Ancak önemli olan kültürel yapıdan çok, bu yapı içinde ailenin kültürel yapıyla barışık olarak işlevselliğini sürdürmesidir. Her etnik grubun, yüzyıllar içinde geliştirdiği sosyokültürel yapı, o gruba, o grubun yaşadığı çevreye ve grupsal özelliklerine en uygun yapı olmak zorundadır. Böyle olmasaydı o kültür zaten varlığını koruyamazdı. Ayakta kalan kültürel yapıların belki de en önemli özelliklerinden biri, değişen çevre koşulları ve etkileştiği diğer kültürel yapılar karşısında uyum gösterebilme yeteneği olmalı. Kurulan sosyokültürel yapı her ne kadar mükemmel gibi gözükse de, içerdiği önermeler tamamen "doğru" olsa da bu yapının kapsadığı ailelerden bireylere kadar bütün birimlerin değişen zaman çevre vs. şartları karşısında işlevselliklerini koruyabilmeleri yapının devamlılığı için şarttır.

Alkolizm için de sınırim hangi mesajların aktarıldığından çok, ailenin bireyle etkileşimi, ona kazandırdığı sorun çözme yeteneği ve yaşam becerisi daha önemli olacaktır. Bu işlevini incelemek için aileyi, dışardan aldığı mesajları çocuklara aktaran, tek yönlü işleyen bir kurum olarak görmektense, aile üyelerinin karşılıklı etkileşimiyle işlevselliği belirlenen dinamik bir sistem olarak incelemek nispeten yeni ortaya konan bir bakış açısidir.

Aile, sınırlanmış ve alt sistemler içeren dinamik bir sistemdir. Bu bağımsız yapı az ya da çok esnek haliyle, kendisini oluşturan alt sistemlerle ve çekirdek konumuyla işlevselliğini belirler. Aileyi oluşturan alt sistemler aile içindeki gruplaşmalar (ana-kız, çocuklar vs.) ya da bireysel tutumlardır. Ailenin bir parçası, bir şeyden etkilendiğinde bütün aile bir biçimde etkilenir. Her değişim tüm aileye yansarak aile içinde yeni bir durum - yeni bir organizasyon oluşturur. İdealde ailenin aldığı yeni durum, etki karşısında ailenin işlevselliğini korumaya yöneliktir. Bu arada amaçlanan, bir bireye ya da alt sisteme gelen etki nedeniyle bozulan dinamik dengenin yeniden kurulmasıdır. Ycni organizasyon, yeni durum, oluşan yeni dengenin bir ifadesidir.

Aileyi oluşturan üyelerden başka ailenin eski üyelerinden, ailenin geçmişinden aileye aktarılan görev (4) ve direktifler ailenin işlevsel

(4) Burada görevden anlaşılması gereken basitçe bir işi yerine getirmek değildir. Eski kuşakların aileyi yönlendirmesi, ailenin bireylerinin aile (atalar) için yerine getirmek zorunda hissettikleri şeyler bu kavramın içinde anlaşılmalıdır. Babadan oğula devam eden aile meslekleri bunun güzel bir örneğidir.

yapısı üzerinde belirleyicidir. Aile birim olarak bağımsızdır ancak geçmişinden devraldığı ve geleceğine aktarmaya çalıştığı görev etrafında organize olur.

Aile sisteminin, kendisini etkileyen bir stres karşısında göstereceği tavır aileden aileye farklılıklar gösterir. Ama öncelikle sistemin yapacağı şey stres karşısında strese göre yeni bir konum alarak baş etmeye çalışmak ve dengeyi yeniden kurmak olacaktır. Aile sistemleri arasında değişime karşı farklı derecelerde yatkınlık söz konusudur. Tutum ileri derecede katı da olabilir. Sistem içinde liderlik ilişkileri, alt sistemlerin yapılanışı, bunlar arasındaki iletişim yollarının açık olup olmaması, duyguların dile getiriliş/dışa vuruluş biçimleri aile sisteminin işlevselliğini etkilediği bilinen diğer değişkenlerdir.

Sistem teorisi nedensellik ilkesini kullanmaz. İncelediği şey, nedenlerin aile içinde nasıl sonuçlara yolaçağı değildir. Her aile başka bir sistemdir. Aynı stres faktörü karşısında kendi örgütlenme biçimine göre kendi yanıtını oluşturur. Farklı aileler içinde farklı hiyerarşik yapılar, farklı alt guruplar, farklı düzeylerde iletişime açık yollarla, duygularını farklı ifade ediş biçimleriyle katı ya da esnek tutumun belirmesine yolaçar. Bu arada aileyi etkileyen her değişim bir taraftan da aile içindeki alt sistemlerin, bireylerin, liderin konumlarını sürekli değişim içinde tutar. Değişim sistem için olduğu gibi bireyler için de karşılıklı etkileşimin belirleyiciliğinde sürekli dir. Sistem teorisi ön görülen kuramsal değişiklikleri değil, her sistemin kendi içindeki işleyişini esas alarak aileye yaklaşır. Bu doğrultuda ilgilendiği, ailenin strese, değişime nasıl yanıt verdiğidir .

Sistem teorisi, ailede bir bireyin alkolik olması halinde alkolizm sorununun birey üzerinden tüm aileyi etkilediğini ve değişime zorladığını savunur. Değişim iki farklı aşamada söz konusu olacaktır. Bireyin alkolizme doğru sürüklenirken aile sisteminin yaşadığı değişim ve bireyin alkolizmden kurtulmaya çabalarken (örneğin tedavi sırasında) sistemin yaşadığı değişim. Alkolizm aile sistemi içinde kolay kolay üstesinden gelinebilecek bir sorun değildir. Başlangıçta ailenin işlevselliği iyi olsa bile süreklilik gösteren bu sorun karşısında işlevsellik üzerinde son derece etkili olan aile içi etkileşim ve iletişim kanalları zarar görecektir alt sistemler bu zarardan kendini koruyabilmek için değişime karşı daha katı tutumlar edinmeye başlayacaklardır. Özetle kronikleşen alkolizm ailenin işlevselliğini bozacaktır. Tedavi çabası başlarsa bu sefer yine gündeme gelen değişim karşısında artık daha katı bir tutum vardır. Uzayan alkolizm sorunu karşısında kendini sınırlamak zorunda kalan diğer alt sistemler (örneğin diğer kardeşler, örneğin eş) iyileşmeyle birlikte kendilerini zorlayan yeni değişim karşısında artık daha beceriksiz ve isteksizdirler. Bu sefer alkolik, adeta alkolizm sorunu içinde kalması için aile sistemi tarafından zor-

lanmaktadır. Alkolizm tedavisindeki başarısızlığın önemli nedenlerinden biri budur. Unutulmamalıdır ki değişim "iyi" yönde olcaksa bile aynı durumda kalmaya göre daha zordur ve daha fazla beceri gerektirir.

Bazı aile tipleri, diğer bozuk işlevsellik gösteren aile tipleri arasında alkolizme özgüdür. Böyle dört aile etkileşimi tipi tanımlanmıştır.

Birincisi işlevsel aile sistemidir. Aile, alkolizm sorunuyla karşılaş-tığında, sorunla uğraşmayı göze alır. Bu tip bir aile, alkolizm sorunuyla karşılaşmadan önce iyi işlevsellik gösteren, dışarıdan sistemi tehdit eden sorunlar karşısında esnek davranıp çözümler üretebilen bir sistem niteliğindedir. Ailenin diğer çatışmalarına da alkol sorunu kadar önem verilir. Bu sayede sistemin bütünlüğü korunmaktadır. Alkol kullanan birey için buna yolaçan faktörler muhtemelen aile dışında sosyal veya bireysel özelliklerden kökünü almaktadır. Yoğun alkol kullanımları genellikle ev dışında olur. Aile bu yapısını alkolizm sorununun geliştiği erken dönemlerde koruyabilir, ancak sorun uzadığında sistem işlevsel yapısını yavaş yavaş kaybetmeye başlayacaktır.

İkinci aile tipi nörotik-sarmalayıcı aile tipidir. Bu tip ailelerde alkolizm sorunu ailenin diğer tüm konularına öncelik kazanır. Aile arasındaki iletişim, değişen roller, yaşanan çatışmalar tümüyle alkol etrafında şekillenir. Ailedeki tüm sorunların kaynağı alkolik bireyde görülmeye başlanarak kişisel ve kişiler arası sorunların faturası bağımlıya çıkmaya başlar.

Üçüncü tip ailede artık bireyler çözümlerini aile sistemi dışında aramaya başlar. Aile birarada bulunmakla birlikte ilişkiler yüzeyseldir. Aile işlevini yitirerek dağılmaya doğru ilerlemektedir. Bireyleri bir arada tutan şeyler gittikçe azalır. Bu tip aile genellikle nörotik-sarmalayıcı aile tipinin devamı niteliğindedir. Hatta çok önceleri aile fonksiyonel bir aile olmuş da olabilir. Ancak artık sistem felç olmuştur. Geri dönüşümü için öncelikle alkol sorunu halledilmelidir. Alkol sorunu halledildikten sonra bile ailenin toparlanması çok uzun süreler alabilir.

Son aşamada aile sisteminin yokluğu sözkonusudur. Alkolik birey aileden tamamen izole edilmiş durumdadır. Ailenin ve bireyin adeta yolları ayrılmıştır. Birey kendine yeni bir yaşam stili geliştirmiş, onu sürdürmektedir. Bu aşamada alkolizm sonlansa bile bireyin aileye yeniden kabulü olanaksız olabilir. Belki de artık yapılacak şey, sosyal destek sistemlerini kullanmaktır.

Ailenin prognozunu alkol kullanan bireyin durumu da etkileyecektir. Alkolizmle birlikte aile içinde şiddetin, ekonomik ve iş sorunlarının varlığı prognozun kötü olacağını gösteren örneklerdir. Kimin alkolik olduğu da aileyi farklı etkiler. Babanın ya da annenin alkolik

olması çocuklardan birinin alkolik olmasına göre başedilmesi daha zor bir sorundur.

Tabi ki bunların tümü yalnızca öngörülerdir. Belli aile tiplerinin alkolizmin ortaya çıkışını kolaylaştıracağı söylenebilir ancak bunlar kesin belirleyiciler olamayacaklardır. Genelleme yaparsak; sorunlar karşısında değişime ve uyuma karşı katı tutumu olan, iletişim yolları kapalı, duyguları uygunsuz veya standart olmayan değişken yollarla ifade eden, rol karmaşası yaşanan ailelerin bireylerinde alkolizmin daha sık olacağı söylenebilir. Ama böyle bir ailede alkolizm gelişmese de sorun yaşanmadığını söylemek mümkün değildir. Sistem teorisi, alkolizmin nasıl bir ailede gelişebileceğini tespit etmeden çok alkolizmin ortaya çıkışıyla birlikte ailede yaşananları incelemek açısından elverişlidir. Bu tutum kuram oluşturmak için uygun olmayabilir ancak tedavi aşamasında aileyi de tedavinin içine katarak bireyin tedavi çabalarının aile tarafından bilinçsizce bloke edilmesini önlemek, ailenin işlevsel yapısını yeniden oluşturmak ve tedavi olan bireyi kendisi için daha sağlıklı bir ortama iade etmek, hatta bireyin yaşadığı alkolizm sorunu nedeniyle hastalanmış olan sistemi toparlayarak tüm ailenin alkolizmden kurtulmasını sağlamak açısından çok kullanışlı bir yöntemdir.

Giriş bölümünde değinilen, alkolizmin toplumsal bir sorun olup olmadığı konusuna sistem teorisini kullanarak tekrar gözatmak yararlı olacaktır. Aile toplumun en ufak birimidir. Toplumu modellemek için de kullanılabilir sanırım. Alkolizmin toplum için bir sorun olduğunu, gençlerin arasında alkol kullanımının gittikçe yayıldığını (ve son birkaç yıldır da uyuşturucunun) yanayakıla söyler dururuz. Alkolle ilgili yazılan yazıların, uzmanlık tezlerinin çoğu *"toplum için gittikçe daha büyük bir tehlike olan alkolizm"* cümlesiyle başlar. Alkol sorunu yıllardır gittikçe büyür de büyür.

Sistem teorisiyle ortaya konduğu haliyle, sistem içindeki bireyleri etkileyen sorunlar tüm sistemi etkileyecektir, dolayısıyla alkolizm toplumsal bir sorundur. Buraya kadar kimsenin bir itirazı yok ama; yine sistem teorisinin bakış açısıyla sistem içindeki bireyler tek başlarına bağımlı olmamaktadırlar. Bu nasıl ki tüm sistemin rahatsızlığıysa bunu ortadan kaldıracak olan girişim de tüm sistemin sorumluluğundadır. Sorunun alkol kullanımında değil, sistemin karşısına çıkan sorunlarla başetme yeteneğinde olduğunu farkedip bu yeteneği arttırmak için sistemin sorumluluğu paylaşması ve birlikte hareket etmesi gerçekçi çözümdür.

Ortaya atılabilecek somut bir sorun bulup sistem içindeki diğer tüm sorunları da bu sorunun üzerine yüklemek nörotik-sarmalayıcı ailenin tavrıydı. Uzun süredir alkolizm için yapılan ve son yıllarda uyuşturucu için yapılan, bana şiddetle bu davranışı hatırlatıyor. Oysa sistem için sağlıklı olan, varolan diğer sorunları da ortaya koymaktır.

Sanırım toplum da bir sistem oluşturuyor. Bu sistem tabiki sorunlarla karşılaşacaktır. Ancak sistemin sorunlarla başedebilme yeteneğini sistem içindeki iletişim yollarının açık olması belirlemektedir. Diğer türlü, önce sistemin kendi ürettiği günah keçilerine kendi sorunlarını yüklemesi, sonraki aşamada sistemdeki bireylerin sistemi gözardı ederek kendilerini kurtarma çabaları ardından da sistemin dağılması, aile sistemi modelinde saptanmıştır.

Biz toplumsal bir sistem olarak neredeyiz?

V/ TEDAVİ

Alkolizmin tedavisinin şekillenmesinde AA'nın büyük katkıları olmuştur. Kurulduktan bir süre sonra yöntemleriyle başarılı sonuçlar elde etmeye başlamış, hem alkolizmin bir hastalık olarak algılanmasında hem de tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde psikiyatriye önayak olmuştur.

Alkolizm tedavisinde birbirinden tamamen ayrılabilen iki aşama sözkonusudur. İlk aşama alkol kesildikten sonra başlayan yoksunluk belirtilerinin tedavisidir. Uzun süre sürekli alkol kullanımından sonra alkol kesildiğinde görülebilen alkol yoksunluğu, yaşamsal risk taşıyan bir durumdur. Hekim denetiminde izlenilmelidir. Ağır geçebilecek olan yoksunluk tabloları kesinlikle hastanede karşılanmalıdır.

Alkol yoksunluğu belirtileri yaklaşık on gün kadar sürer. Bu süre içinde tedavi, merkezi sinir sisteminde alkol gibi etki gösteren ilaçları yüksek dozda başlayıp (örneğin benzodiazepinler) zaman içinde kademe kademe azaltarak kesmek şeklindedir. Bu arada uzun süre var olmuş olabileceği düşünülen beslenme bozukluğu ve alkolün B vitaminlerini tüketici etkisi düşünülerek vitamin verilir. Tansiyon yükselmeleri görülebileceğinden tansiyon takip edilmeli, gerekirse ilaçla düşürülmelidir. Ayrıca yine yoksunluk sendromunda görülebilen epilepsi nöbetleri konusunda uyanık olunmalı gerekirse önlem alınmalıdır.

Bu aşamada yapılanlar, yalnızca yoksunluk sendromunun tedavisidir. Alkolizmin tedavisi ise kişinin bağımlılığıyla mücadele edebilme becerisini kazanacağı ikinci aşamadır.

Bağımlılık bugün ömürboyu süren bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Bu tüm bağımlılıklar için değişmez gibi görünmektedir. Örneğin günde iki paket sigara içen biri, sigarayı uzun bir süre bıraktıktan sonra bile tekrar içmeye başlarsa çok kısa bir süre içinde yine günde iki paket içmeye başlayacağı hemen hemen kesinlikle söylenebilir. Ki-

şı tedavi sonunda bağımlılığından kurtulmuş olmayacaktır, bağımlılığıyla başetme becerisini kazanacaktır. Alkolizm için bağımlılıkla baş etmek hiç alkol almamak anlamına gelir.

Bağımlılık tedavisinin şartı, bağımlının tedaviyi istemesi ve tedavi sorumluluğunu üzerine almasıdır. Tedavi sorumluluğunu üzerine almak, tedaviyi kendisi için istiyor olmak ve tedavi için çaba göstermek anlamına gelir. Süreklilik gösteren diğer hastalıkların tedavisinde de benzer özellikler söz konusudur. Örneğin kalp damarlarını ilgilendiren bir rahatsızlık söz konusu olduğunda kişi ilaçlarını kullanmak yanında pek çok yaşam aktivitesini, örneğin yediklerini hastalığına göre planlamak ve buna uymak zorundadır. Bu tedaviye katılmak ve tedavi için çaba göstermek anlamına gelir. Alkolizm tedavisi için fark, tedaviye yardımcı olacak ilaçların olmayışdır.

Bağımlılıkla başedebilme becerisini kazandırmak için çeşitli tedavi teknikleri kullanılabilir. Hepsinin ortak noktası, tedavinin yalnızca alkol almamaya göre ayarlanmış olmamasıdır. Bağımlılık tedavileri yalnızca bağımlı olunan maddenin alınmaması üzerine kurulmaz. Alkolizmin gelişmesiyle birlikte yaşam biçiminde de bazı değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler aslında genel bir ihmal halinin sonuçlarıdır. Kişi bağımlılığıyla beraber, sağlığı konusunda, aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerinde, iş yaşamında kayıplara uğramıştır. İhmalin nedeni alkolün direk etkisi olduğu gibi diğer tüm ilgiler ve gereklilikler için ayrılan zamanı işgal etmesidir de. Daha önce de tartışıldığı gibi bağımlılık yalnızca alkol kullanıyor olmakla değil, alkol kullanımının yolaştığı yaşam değişiklikleriyle karakterizedir. Bağımlılık oluştuğunda, kişinin kendi sorumluluğunda olması gereken pek çok iş ister istemez yakınları tarafından devralınmaya başlanır. İş yerinde idare edilir, evde yapması gerekenler eş, çocuklar ya da anne baba tarafından yerine getirilmeye başlanır. Aile sistemindeki değişikliğin bir nedeni de budur. Birtakım işlerin devredilmesiyle gizli ya da açık birtakım yetkiler de devredilmeye başlanmıştır aslında. Kaçınılmaz olarak sistem içinde roller yeniden belirlenecektir. Yakın çevrenin aldığı bu rol ko-bağımlılık olarak tanımlanır. Bağımlıyla birlikte çevresindeki insanların yaşamı da bağımlılık tarafından yeniden şekillendirilmiştir.

Bağımlının tedavi edilmesi talebi de öncelikle çevreden gelecektir. Ama bu hiçbir işe yaramaz. Kişi yaşamının sorumluluklarını almaya önce kendi tedavisinden başlamalıdır. Tedavi sürecinde, başkalarına devrettiği tüm sorumluluklarını kademe kademe kendi üzerine tekrar geri alması amaçlanmaktadır. Kendi sağlığıyla ilgilenme, kendi yaşadığı yerden sorumlu olma, kendine ait işlevi yerine getirme alışkanlığını kazanması sağlanmaya çalışılır. Yukarıda sıralanan ilkeler tedavi görmek isteyen kişinin durumuna göre ayaktan ya da hastane-

de oluşturulmuş terapi programları içinde uygulanabilir. Aynı ilkeleri farklı biçimlerde işleyen tedavi yaklaşımları vardır.

Bazı tedavi yaklaşımları davranış değiştirmeye yönelik olabilir. Bağımlılara alkolü reddetme becerileri birtakım örneklerle öğretilirken ödevlerle kişinin sorumluluklarını tekrar üzerine alacak biçimde yaşamını değiştirmesi sağlanır. Burada esas müdahale edilen, davranışlar ve alışkanlıklardır. Tekrarlayan örneklerle kişinin hem alkol almasını kolaylaştıracak durumlara sürükleyen hem de sorumluluklarından kaçış için zemin hazırlayan alışkanlıkları gözler önüne serilir. Kişiden bu davranışları değiştirmesi beklenir. Bu arada bağımlılığın özellikleri anlatılarak kişi durumu hakkında bilgilendirilmelidir. Önemli olan, tedavi sırasında ve sonrasında bağımlının alkolü bırakma isteğinin korunmasıdır.

Bağımlı ayaktan tedavi görüyorsa bağımlılara yönelik grup terapiyle, hastanede yatıyorsa birlikte bulunduğu diğer bağımlılarla, yaşadıkları ortamın yapısı düzenlenerek bağımlıların birbirlerini kendi deneyimleriyle desteklemeleri ve oluşan ortam içinde ayık bir birey olarak değerlerini hissetmeleri sağlanmalıdır.

Tedavi tamamen alkol üzerine şekillenmemelidir. Alkol ortadan kalktığına da yaşamlarında pekçok farklı sorun onları beklemektedir. Bir taraftan grubun birbirine desteğiyle sorunlar karşısında bireylerin özgüvenlerini oluşturmaları için ortam yaratılırken diğer taraftan sorunlar karşısında takınılacak tutum birlikte gözden geçirilmelidir.

Bağımlıların yaşadıkları değişime ailelerin de katılımı sağlanmalıdır. Bu öncelikle, ailenin eski durumunu koruyor olmaktan dolayı yaratacağı vakumu ortadan kaldırmak için gereklidir. Sonrasında aile buna yeterince hazırlanabilmişse bireyin tedavisine destek olacaktır. Ancak bu destek, onun işlerini yapmak ya da onun adına tedaviyi sürdürmek şeklinde olmayacaktır. Bireyin yeniden oluşturduğu yaşam düzeniyle varlığını kabul ederek onu yeniden sisteme entegre etmesi bağımlının tedavisi için ailenin oluşturacağı en elverişli ortamdır.

Bağımlılık tedavisi zaman zaman umut kırıcı olabilir. Tedaviden sonra tekrarlamalar görülebilir. Bu bağımlılığın bir parçası olarak kabul edilmelidir. Önemli olan bağımlının tedavi isteğini koruyor olması ve mümkün olan en kısa zamanda tekrar tedaviye girişmesidir. Bunun sağlanabilmesi de tedavinin bir başarısıdır.

AA gibi kendine yardım grupları bağımlının isteğine göre tedaviye yardımcı olan kurumlardır. Tedaviyle birlikte bu tür kurumlarla iş birliği sürdürülebilir.

İLAÇLA TEDAVİ:

Disülfram adlı ilaç, alkolizmin tedavisi için eskiden beri kullanılan bir ilaçtır. Vücutta aldehit dehidrogenazın (ALDH) çalışmasını önleyerek etki gösterir. Alkol vücutta iki aşamada parçalanır. Alkol öncelikle asetaldehit dönüşür ardından ALDH sayesinde tamamen etkisiz hale getirilir. Asetaldehit alkolün "*akşamdan kalma*" etkilerine yolaçan maddedir. Disülfram alınmaya devam ederken alkol alınırsa vücutta hızla asetaldehit birikir ve hiç hoş olmayan mide bulantısı, baş ağrısı, ateş basması gibi belirtilere yolaçar. Bu yan etkileri nedeniyle kişi alkol kullanmaktan kaçınır.

Yalnız başına Disülframla tedaviler çok başarılı olamamaktadır. Bir süre sonra bağımlılar çoğunlukla Disülfram almayı keserek tekrar alkol almaya başlamaktadırlar. Disülfram belki bazı psikolojik tedavi programları eşliğinde faydalı olabilir. Önemli olan kişinin alkol alma kararını canlı tutmak ve yaşam tarzını da bağımlı yaşam tarzından çıkarmaktır.

Son yıllarda opiyat bağımlılığının tedavisi için kullanılan naltroksan adlı ilacın (aslen bir opiyat reseptörü antagonistidir) alkol bağımlılarında düzenli kullanıldığında alkol alma isteğini azalttığı yolunda araştırmalar yayımlanmıştır. Naltroksanın bu alanda henüz yaygın bir kullanımı yoktur.

VI/ ALKOL KULLANIMINA BAĞLI RUHSAL VE BEDENSEL BOZUKLUKLAR

RUHSAL BOZUKLUKLAR

Alkol Entoksikasyonu

Yaygın adıyla sarhoşluk olarak bilinen durumdur. Alkol alındığında alınan dozlara bağlı olarak hafif bir neşelenme halinden, koma ya kadar değişiklik gösterebilen bir tablodur. Alkolün vücutta yıkımıyla ilgili organların iyi çalışmadığı durumlarda daha çabuk gelişir. Uzun süre, sürekli alkol kullanımı ile birlikte alkolün bu etkisine tolerans gelişmeye başlar. Tolerans gelişmeye başlaması bağımlılığın göstergelerinden biridir.

Sarhoşluğun derinliği, kandaki alkol düzeyiyle bağlantılıdır. Alkol alımı kesildiğinde kandaki alkol düzeyi düşmeye başlar ve sarhoşluk açılır.

Alkol Yoksunluğu Sendromu

Uzun süre sürekli alkol kullanımından sonra alkol kesildiğinde görülür. Uzun süre alkol alımıyla alkolün etkilerine adaptasyon (tolerans bu adaptasyonla açıklanabilir) gösteren nörokimyasal çalışma düzeni, alkol aniden kesildiğinde aksar. Tabloyu ortaya çıkaran basitçe budur. Belirtileri, titreme, çarpıntı, iştahsızlık, uykusuzluk, huzursuzluk ve tansiyon yükselmesidir. Bunlar ılımlı geçen bir yoksunluk tablosunun bulgularıdır. Daha da şiddetlendiğinde, görsel ve işitsel varsanılar, zamanı, yeri bilememek, kişileri tanıyamamakla, belirgin ileri derecede şaşkınlık tabloya eklenir (deliryum tremens). Alkol yoksunluğu sırasında epilepsi nöbetleri de görülebilir. Deliryum tremens alkol kesildikten sonraki yaklaşık 10 gün içinde ortaya çıkabilir. Yaşamsal riski olan bir tablodur.

Uzun süre sürekli alkol kullanımından sonra alkol kullanılmaya devam ederken ya da alkolü bıraktıktan hemen sonra ortaya çıkan, varsanılar ve hezeyanlarla belirgin durumdur. Genellikle işitsel varsanılarla birlikte kışkırtıcılık ya da zarar görme (birisi bana kötülük yapacak) hezeyanları görülür. Şizofreni gibi, hezeyanlı bozukluk gibi başka psikiyatrik bozuklukları andırabilir ya da örneğin yalnızca işitsel varsanıların olduğu atipik tablolar şeklinde de görülebilir. Duygu durumundaki değişiklikler de (depresyon, aşırı neşelilik hali, ileri de-recede umursamazlık vs.) duruma eklenebilir.

Alkol alımı kesildikten sonra alkole bağlı psikotik bozukluk zamanla düzelebilir.

Alkole bağlı Amnestik Sendrom

Eskiden Korsakoff psikozu olarak adlandırılırdı. Uzun süre sürekli alkol kullanımına bağlı bellek bozukluğudur. Özellikle yakın bellek bozulur. Yeni şeyler öğrenilemez, olaylar sıraya konamaz, zamanı ve yeri bilmede güçlük olabilir. Özellikle yeni tanışılan insanlar tanınmaz. Uzak bellek nadiren bozuktur. Zaman zaman, hatırlanamayan olayların yerinin uydurma bilgilerle doldurulduğu görülebilir. Diğer bilişsel yetilerde genellikle bozukluk yoktur.

Çoğunlukla zaman içinde düzelme görülmez.

BEDENSEL BOZUKLUKLAR

SİNDİRİM SİSTEMİ

Yemek Borusu

Alkol alındığında alkolün etkileriyle önce yemek borusu karşılaşmaktadır. Yemek borusuyla midneyi ayıran kaslardan oluşmuş boğum, midenin asitli salgısının yemek borusunu tahriş etmesini önler. Alkol direk etkisiyle bu kasların gevşek kalmasına neden olur. Böylece midenin asitli salgısı sürekli olarak yemek borusunun alt bölümünü tahriş eder. Alkoliklerdeki mide yanmasının en yaygın nedeni budur.

Alkol hem direk etkisiyle hem de mide asidinin tahrişiyle yemek borusu kanseri riskini artırır. Alkole birlikte sigara kullanımı, riski daha da artırır.

Alkoliklerde sık sık kusmaya bağlı olarak yemek borusunun 1/3 alt bölümünde ani kanamalar görülebilir (Mallory-Weiss Sendromu).

Alkol mideyi koruyan yüzeysel hücreleri zehirleyici etki gösterir. Mide yüzeyinden yaygın kanamalar bir tek kez alkol alımından sonra bile görülebilir. Uzun süreli alkol kullanımındaysa mide yüzeyinin incilmesi ve asit salgısının azalmasıyla belirgin atrofik gastrit neredeyse alkoliklerin yarısında görülür.

İnce Bağırsaklar

İnce bağırsaklarla ilgili sorunlar, devam eden isaller ve beslenme bozukluklarıdır. Bağırsak içeriğinin osmotik basıncının artmış olması isalleri ortaya çıkarırken besinlerin ince bağırsaktan geçişi hızlandığından beslenme bozuklukları görülür. Özellikle, B1, B12, folik asit ve bazı yağların emilimi bozulur. Alkol alımı kesildikten bir hafta kadar sonra isal normale döner.

Pankreas

Pankreatitlerin % 30-60'ı alkol kullanımına bağlıdır. Ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve alkol kullanımı öyküsü akut pankreatiti düşündürür. Alkolün pankreas hücrelerini zehirleyici etkisiyle pankreatite neden olmaktadır. Akut pankreatit genellikle herhangi bir bozukluk kalmadan iyileşir. Kronik pankreatit gelişmişse pankreas dokusunda kalıcı yıkımlarla birlikte şeker hastalığı gelişmesi riski yüksektir.

Karaciğer

Alkol kronik karaciğer hastalıklarının en yaygın nedenidir. Özellikle siroz alkolizme bağlı olarak çok sık görülen ve ölümle sonuçlanan bir kronik karaciğer hastalığıdır.

Sirozun nasıl oluştuğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Oluşumunun birkaç nedene birden bağlı olduğu düşünülmektedir. Alkolün direk etkisi ya da alkol yıkım ürünü olan asetaldehitin etkisi, alkol kullanımının miktarı ve süresi, cinsiyet sirozun oluşumunda etkili olan faktörler gibi görünmektedir (kadınlarda erkeklere oranla daha seyrek görülüyor).

Süreklilik kazanan alkol kullanımıyla birlikte ilk aşamada karaciğerde yağlanma görülür. Karaciğerin büyümüş olması dışında bir klinik belirtisi yoktur. Karaciğer hücreleri içinde protein, yağ ve su birikmesi karaciğeri büyütmektedir. Kandaki karaciğer enzimi düzeylerinde (karaciğer harabiyetinin göstergesidirler) ılımlı yüksel-

meler kan testleriyle saptanabilir. Bu aşamada alkol alımı kesilirse bozukluk geriler.

Karaciğer hücrelerinin alkole ve alkolün yıkım ürünlerine maruz kalmaya devam etmesiyle karaciğer iltahabı (hepatit) ortaya çıkar. Klinik bir belirti vermeyebileceği gibi, ateş, ağrı, sarılık gibi belirtilerde gösterebilir. Karaciğer işlevlerini gösteren testlerde belirgin bozulma vardır. Hepatit, alkol alımı kesildiğinde haliyle kalabilir ya da siroz veya ölüme yol açabilecek biçimde ilerleyebilir.

Siroz karaciğer dokusunun ilerleyici harabiyetidir. Yıkılan karaciğer dokusunun yerini bağ dokusu alır. Karaciğer işlevleri ileri derecede aksadığından pıhtılaşma bozuklukları (kanın pıhtılaşmasını sağlayan pekçok faktör karaciğerde yapılmaktadır), kanın metabolizma artıklarından temizlenememesi nedeniyle ensefalopati (beyinde yaygın işlevsel bozukluk) görülebilir. Karaciğerdeki tıkanıklık, sindirim sisteminin toplardamar ağnı bozar. Mide ve yemek borusu etrafındaki toplardamarlarda ileri derecede genişlemeler (varisler) oluşur. Bunlar aniden bol miktarda kanamaya başlayabilir.

Siroz ilerleyici bir hastalıktır. Durdurulması ya da geri döndürülmesi bu gün için sözkonusu değildir. Ölüm, karaciğer yetmezliği ya da yukarıda sayılan ikincil nedenlerden birine bağlı olarak gerçekleşir.

KALP DAMAR SİSTEMİ

Yüksek Tansiyon

Alkol uzun süreli kullanıldığında yüksek tansiyonun görüldüğü bilinmekle birlikte bugün için bunun nedeni açıklanamamaktadır. Aslında tansiyonu düşüren bir madde olan alkol uzun süre sürekli kullanıldığında büyük ve küçük tansiyonda sürekli bir yükselmeye yolaçmaktadır.

Ayrıca alkol yoksunluğu sendromunun bir belirtisi olarak da ani tansiyon yükselmeleri görülür.

Kardiyomiyopati

Kalp kasının işlevini yapamaması anlamına gelen kardiyomiyopati alkolizme bağlı olarak görülebilmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber alkolün yolaçtığı yüksek tansiyona bağlı olarak ortaya çıkıyor olabilir.

Alkol kullanımının, direk etkisiyle ve yoksunluk sendromu sırasında sinüs taşikardisine yol açtığı gösterilmiştir. Bu kalbin ileti sistemi üzerine etkisiyle olabildiği gibi, kalp ritminin yakından ilgili olduğu kan potasyum düzeylerinin alkolizmle birlikte değişmesine de bağlı olabilir.

Koroner Arter Hastalıkları

Belli bir dozun üzerindeki alkol kalp krizi riskini arttırmaktadır (günde 45 ml. üzerinde etanol: bir duble rakı). Bu dozun altında kalp krizi riskini azaltmakla beraber kanser ve beyin kanaması riskini arttırdığından ölüm riski azalmamaktadır. Alkolün böyle bir amaçla kullanılması önerilmemektedir.

SOLUNUM SİSTEMİ

Akciğere Etkileri

Alkol üç ayrı yolla akciğer hasarına neden olur. Akciğer hücrelerinin akciğeri temizleyen siliya hareketlerini bozarak akciğerin fiziksel temizlenmesini aksatır. Akciğeri bakterilerden koruyan sürfaktan yapımını azaltır. Akciğerin hücresel savunma sistemini üstlenmiş olan makrofajların işlevlerini bozar.

Bakteri Pnomonisi

Yukarıda sayılan nedenlerle bozulmuş olan savunma sistemiyle beraber, kötü beslenme, hijyene dikkat etme, alkolle birlikte sigara kullanımı nedeniyle bakterilere bağlı akciğer iltahabı alkoliklerde sıktır. Aynı nedenler alkolizmle birlikte tüberkülozun da birlikte görülmesine yol açar. Bağımlılıkla birlikte (madde bağımlılığı da dahil) tüberküloz görülme riski topluma göre 28 kat fazladır.

Aspirasyon Pnomonisi

Alkolizmde sık kusmalarla birlikte akciğerin fizik savunmasının da azalmış olması kusmalar sırasında mide içeriğinin akciğerlere kaçmasına yol açar. Bu durum akut akciğer iltahabına yol açtığı gibi kronik akciğer abseleri de gelişebilir.

KAN HASTALIKLARI

Alyuvar Bozuklukları

Alkol bir hafta kadar sürekli kullanıldığında, kemik iliğinde alyuvar yapımından sorumlu dokularda değişikliklere yol açarak akyuvar yapımını bozmaktadır. Bu tip bozukluk alkol kesildiğinde hızla düzelir.

Alkolün ortaya çıkardığı en yaygın alyuvar bozukluğu makrositozdur. Makrositler normalden daha büyük, iyi işlev gösteremeyen alyuvarlardır. Daha başka nedenlerle de ortaya çıkabildikleri gibi alkolizmde ortaya çıkışları alkolün direk etkisine bağlıdır. Alkol kesildikten sonra düzelmesi iki, üç ay alır. Alkol kullanımına spesifiktir. Kişinin alkol kullanıp kullanmadığını tespit etmek için yararlanılabilir.

Beslenme bozukluklarıyla birlikte folik asit, B12 ve demir eksikliğide alyuvar yapımını bozar. Bu durumlarda anemi ortaya çıkacaktır.

Akyuvar Bozuklukları

Akyuvarlar vücudun savunma sistemini oluşturur. Alkolizmde, beslenme bozuklukları ve alkolün direk etkisi nedeniyle hem hücresel hem de humoral savunma sistemleri olumsuz etkilenir. Bu enfeksiyonlara ve kansere yakalanma riskini arttıran bir durumdur.

Trombosit Bozuklukları

Tüm kan hücreleri gibi pıhtılaşmadan sorumlu trombositler de alkolizmden olumsuz etkilenir. Kanda sayıları azaldığı gibi işlevsellikleri de bozuktur. Alkol kesilirse, sayıları hızla artmaya ve normalin de üzerine çıkmaya başlar. Bu sefer de damar tıkanıklığı riski doğar.

SİNİR SİSTEMİ BOZUKLUKLARI

Alkole Bağlı Demans

Alkolizmin beyinde yaptığı dejeneratif değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Alkole bağlı demansla birlikte beyin görüntüleme teknikleriyle (örneğin bilgisayarlı tomografi) beyin kabuğunda inceleme saptanır. Bellek bozukluklarıyla birlikte öğrenme, isimlendirme ve gördüklerini tanımlama yetkilerinde bozukluklar saptanabilir. Uzun süreli alkol kullanımından sonra, demans düzeyinde klinik bulgular vermese de sözü geçen yetilerde özel testlerle saptanabilen

bozukluklar sıklıkla ortaya çıkar. Alkolik demens gelişmemiş olsa da görüntüleme teknikleriyle saptanan beyin kabuğunda incelme, alkoliklerde çok yaygındır. Bilişsel yetiler, alkol kesildikten 6 ila 18 ay sonra düzelme gösterir. Beyin kabuğunun normale dönüp dönmediği ise tartışmalıdır.

Wernicke - Korsakoff Sendromu

Alkoliklerde sık görülen, B1(tiamin) eksikliğine bağlı bir sendromdur. Wernicke Sendromu, ilk akut dönemi, Korsakoff Psikozu süreklilik kazandığını ifade eder.

Wernicke, tipik olarak içebakış kısıtlılığı, ataksi (yürümede denge-sizlik) ve konfüzyon üçlüsüyle belirlenir. Göz belirtileri içe bakış kısıtlılığından başka göz hareketlerinin kısıtlılığıyla da olabilir. Wernicke Sendromu acil bir durumdur, gecikmeden yüksek doz B1 vitamini verilmelidir. Alkolizmde tedaviye başlanmadan önce koruyucu bir önlem olarak B1 vitaminiyle başlamak genelde uygun olur, eğer şeker içeren serumlar takılacaksa bunlar B1 vitaminini hızla tükettiklerinden Wernicke Sendromunun ortaya çıkışını kolaylaştırabilirler.

Sendrom, 48-72 saat içinde normale döner ancak nadiren Korsakoff Sendromu biçiminde devam eder. Korsakoff Sendromu alkole bağlı amnestik sendrom olarak da adlandırılmaktadır.

İnme

Alkol kullanımı beyin kanamasına bağlı inme riskini belirgin biçimde artırır. Bu risk yalnız alkolizm için geçerli değildir. Devam eden çok az alkol kullanımıyla bile beyin kanaması riski alkol kullanmayan gruba göre iki kat artmaktadır. Ağır içicilerde ise bu risk üç kata çıkar.

Epileptik Nöbetler

Alkol epelepsi nöbetlerini baskılayan bir maddedir. Uzun süre alkol kullanımından sonra alkol kesilirse yoksunluk sendromuyla birlikte epileptik nöbetler görülebilir.

Polinöropati

Çevresel sinirlerde görülen, sinirlerin ilerleyici dejenerasyonuna bağlı durumdur. Özellikle bacaklarda görülür. Önce duyu sinirleri tutulur. Tutulan bölgede ağrı, yanma, karıncalanma hissi olur. Ardından motor sinirlerin tutulmasıyla kaslarda da zayıflama başlar. Tedavisinde alkolün kesilmesiyle birlikte B vitaminleri kompleksi verilir.

Alkolik Serebellar Dejenerasyon

Alkol kullanımına bağı beyincikte oluşan dejenerasyondur. Alkolizmle birlikte yaygın olarak görülür. Klinik belirtisi dengesizliktir. Alkolün direk etkisine ve beslenme bozukluklarına bağı olarak düşünölmektedir.

METABOLİZMA BOZUKLUKLARI

Alkolün Beslenmeye Etkisi

Alkolün bir gramı 7 kilokalori enerji içermektedir. Bu enerji metabolizma için çok kullanışlı değıldir. Vücut enerjii alkolden karşılar-ken pekçok gerekli besin maddesi mineral ve vitamin alımı ihmal edilmiş olur. Alkolizmle birlikte, D-xylose, tiamin, A, D, B6, B12 vitaminleri ve folik asit eksikliği görülür. Folik asit eksikliği alkoliklerde görölen en yaygın vitamin eksikliğidir.

Alkole Bağı Hipoglisemi

Alkolizmde görölen beslenme yetersizliğine ve karaciğerdeki glikojen depolarının boşalmış olmasına bağı kan şekerinde düşme tablosudur. Çok sık görölen bir durum değıldir ancak yaşamsal önemi vardır. Belirtileri, çarpıntı, huzursuzluk, ateş basması, titremedir.

Alkolik Ketoasidoz

Alkolik ketoasidoz da hipoglisemi gibi çok görölmeyen ancak yaşamsal önemi olan bir durumdur. Genellikle hiç ara vermeden birkaç gün süren alkol alımlarının ardından ortaya çıkar. Bol miktarda alınan alkolün enerjiye dönüşümü sırasında ön maddelerin birikimiyle ortaya çıkan bir tablodur. Tansiyon düşmesi, çarpıntı ve terlemeyle birlikte karın ağrısı ve kusmalar olur. Komaya kadar ilerleyebilen bir kablodur.

Hipofosfatemi

Antiasit kullanımı, isaller ve beslenme bozukluğu nedeniyle kan forfor düzeyinin düşmesidir. Alkolizm hipofosfateminin en yaygın sebebidir. Kas ağrıları, eritrositlerde işlev bozuklukları, kalp krizi, santral sinir sistemi bozuklukları ağır hipofosfatemiye bağı olarak ortaya çıkabilir.

Hipofosfatemiyi ortaya çıkaran nedenler kan magnezyumunun da düşmesine neden olabilir. Alkol yoksunluğu sendromu sırasında ortaya çıkan titremenin artışına ve epileptik nöbetlere yolaçabilir. Hipomagnezemi aslında tüm yoksunluk sendromu bulgularının ağırlaşmasına neden olur. Yoksunluk sendromunun ortaya çıkmasını kolaylaştırır.

İÇSALGI BEZLERİNE ETKİLERİ

Hipofiz Sistemi

Alkol hipofiz sistemini bozarak testosteron salgılanmasını azaltır, göreceli olarak östrojen düzeyleri yükselir (bu arada kronik karaciğer hastalığı varsa östrojenin yıkımı aksayacağından düzeyleri daha da yükselecektir) Endokrin sistemin dengesinin bu biçimde bozulması erkeklerde sperm üretimini azaltacak, libido kaybına neden olacak, emptans ve testislerin küçülmesine yolaçacaktır. Östrojen düzeylerine bağlı olarak göğüslerde büyüme de görülebilir. Kadınlarda adet düzensizliklerine ve adet kesilmesine yolaçacaktır.

Alkol kullanımı kesildiğinde hipofiz sisteminin normale dönmesiyle birlikte kadınlar ve erkeklerdeki klinik bulgular geriler.

ALKOLÜN GEBELİK VE FETUS ÜZERİNE ETKİLERİ

Hamileliklerinde alkol kullanmayı sürdüren kadınların çocuklarında, fetal alkol sendromu olarak adlandırılan bozukluklar görülebilir. Yeni doğanın gelişmesinin geri olması, merkezi sinir sistemi bozuklukları, yüz anomalileri ve kalp anomalileri bu sendromun özellikleridir. Alkolün direk fetusu etkileyerek bu doğumsal bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir. Özellikle gebeliğin ilk üç ayındaki alkol kullanımlarının çok önemli olduğu vurgulanır.

SONUÇ

Psikiyatri içinde alkolizmin sınırları belirlenmiş olduğu halde, oluşumu ve süreci hakkında derin görüş ayrılıkları vardır. Alkolizmin hastalık modeli ortaya konana kadar bu görüş ayrılıkları kuramsal yaklaşımların dayandıkları nedensel etkenlerin farklılığından ortaya çıkıyordu. Davranışların biyokimyasal temelleri üzerinde duran bilimadamları alkolizmin açıklamasını yine biyokimyasal yaklaşımlarla ortaya koyarken diğer bir grup örneğin gelişimsel faktörlerin önemini ortaya koymaktaydı.

Psikiyatri içinde tanımlanan diğer bozukluklar içinde varolan bu sorunla beraber alkolizm, bilim adamları içinde dahi halen üzerindeki ahlaki yargılardan tam olarak kurtulamamıştır. Diğer pekçok psikiyatrik bozukluk için halledilmiş olan bu sorun alkolizmin kuramsal yaklaşımları içinde halen izlerini korumakta, kuramların şekillenmesinde az ya da çok etkili olmaktadır.

Psikiyatrinin, farklı kuramlarını bağdaştıramadığı bu dönemde oluşum düzeneklerini ikinci plana atarak bozuklukları yalnız görünüş biçimiyle tanımlama yaklaşımı tıp biliminin geleneklerine pek uymasa da psikiyatrinin en azından pratik sürecine işlerlik kazandırmış gibi görünmektedir. Alkolizm de diğer tüm psikiyatrik bozukluklar gibi bu yaklaşımdan nasibini almış tanımlayıcı yaklaşım içinde kendine bir yer bulmuştur. Tanımlayıcı yaklaşım içinde en azından son onbeş yıl için alkolizme dair ahlaki yargılardan uzak durulmuştur. Bu özellikle alkolizm için önemli bir kazanımdır.

Bu kazanım kendi kendine gerçekleşmemiştir. Alkolizm diğer tüm psikiyatrik bozukluklar içinde çok özel bir şeyin gerçekleşmesine önayak olmuştur. Alkolizmden yakınan insanlar biraraya gelerek kendi hastalıklarını tanımlamışlar ve kendi kendilerini tedavi etmeye başlamışlardır. Alkolizmin psikiyatri içinde, kaderini değiştiren tam da bu olmuştur. Bu sayede hekimler alkolizme bakışlarını ve onun hakkındaki yargılarını gözden geçirme zorunluluğu hissetmişlerdir.

Daha sonra diğ er bazı hastalıklar için de buna benzer gruplar kurulacaktır.

Bilimsel yargıların hastalar tarafından bir kez bu biçimde sarsılmasından sonra alkolizme yeni yaklaşımlar kendisini psikiyatrinin geleneksel, neden sonuç ilişkilerine dayanan kuramsal düşün e biçiminden kurtarma fırsatını yakalamışlardır. Alkolizmin hastalık modeli tam da bu sürecin bir ürünüdür. Artık sonucu ortaya çıkaran nedenler yerine sonucu ortaya çıkaran etkileşim gündemdedir. Hastalık modeli aynı düşün e biçimini kullanan aile sistemi modeliyle birlikte alkolizmin tedavisindeki başarıyı çok ilerilere taşıırken, yeni bilimsel bulguların adapte edilmesine uygun esnek bir model olmasıyla yalnız alkolizmin değıl, psikiyatrinin tarihsel sorunu çözecek olan yaklaşım olmaya aday görünmektedir.

Alkolizmin tüm psikiyatri içinde incelenmesi benim açımdan bir zorunluluktur. Alkolizmin ortaya çıkışında etkili olabileceğini varsaydığımız herşey aslında insan bütününe aittir. İnsana ait her türlü varoluşu ortaya koyanlar da bu etkenlerdir. Zaten. alkolizm tüm bu varoluş biçimleri arasında bazı ortak özellikleriyle biraraya gelen bir kümedir yalnızca. Alkolizm psikiyatri içinde tanımlanacaksa bu tanım varoluşu ve buna bağılı olarak insan bütününü ikinci plana alan tüm yargılardan kurtulmayı ilke edinmelidir. Psikiyatri tanımladığı tüm bozukluklar için bunu ilke edinmelidir.

Alkolizmin ne olduğunu tam olarak bilmesem de insana zararlı olduğundan eminim, alkol kullanımına bağılı ruhsal ve bedensel bozuklukları okuduysanız siz de bundan emin olmuşsunuzdur sanırım. Ahlak yargılarının alkolizm için doğru olmadığının anlaşılmısıyla birlikte, alkolizmin herkesin başına gelebilecek bir ş y olduğu ortaya  kmıştır. İyi bir aileden geliyor olmak, iyi bir eğitim almış olmak, iyi vs.'lere sahip olmak insanları alkolizmden korumamaktadır.

Ek bölümünde, haftada tüketilen ortalama alkol miktarıyla ilişkili olarak ne kadar risk alındığını gösteren bir ölçek verilmiştir. Tabiki ölçekte öngörülenler kesin olacak olanlar değıl muhtemelen gerçekleşebilecek risklerdir. Yalnızca insanları uyarmak amacıyla kişi başına d ş en alkol tüketimi ülkemize göre çok daha fazla olan bir ülkede hazırlanmıştır.

Özetle söyleyebileceğim tek ş y var:

Alkolle ilişkinizde dikkatli olun. Sizin alkolle oluşturduğunuz sistemin nasıl bir sonuca ulaşacağını henüz kimse bilmiyor.

Son olarak size sunulan bu ek 1977 yılında Rydberg ve Skerfving tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Kullandığınız alkol miktarı ile ne derece risk aldığınızı gösterir. Alkol miktarları 70 Kg.lık erkek ve 60 Kg.lık kadın için verilmiştir. Haftada tüketilen saf alkol miktarını verir. Örneğin bir küçük şişe rakı içinde 175 gr. alkol vardır.

Düzey 1: Erkekler için bir haftada 50 gr. kadınlar için bir haftada 40 gr.dan az. Eğer sağlıklıysanız tüketiminiz kabul edilebilir düzeydedir. Pratik olarak risk taşımaz.

Düzey 2: Erkekler için bir haftada 110 gr. kadınlar için bir haftada 80 gr.dan az. Bu miktar, alışkanlık ve diğer uzun vadeli etkiler bakımından az da olsa bir risk taşır. Bu miktarın hepsini bir seferde tüketmek sosyal sorunlar da yaratabilir.

Düzey 3: Erkekler için bir haftada 250 gr. Kadınlar için bir haftada 190 gr.dan az. Risk içindesiniz. Üst sınırlara yaklaştıkça riskiniz artıyor. Tüketiminizin artmaması için dikkat ediniz ve onu azaltmayı deneyiniz.

Düzey 4: Erkekler için bir haftada 400 gr. kadınlar için bir haftada 300 gr.dan daha az. Sizin tüketiminiz açıkça görülüyor ki çok yüksek. Büyük bir alışkanlık riski var ve eğer aynı yolda devam ederseniz organlarınız ve sinir sisteminiz zarar görür. Kendinize alkol almadığınız haftalar oluşturun veya doktorunuzla konuşun.

Düzey 5: Erkekler için bir haftada 400 gr. kadınlar için bir haftada 300 gr.dan fazla. Eğer alkol alışkanlığınızı isteyerek değiştiremiyorsanız doktorunuza ya da alkol sorunlarıyla ilgilenen bir uzmana görün. Bunun için hiç vakit kaybetmeyin.

KAYNAKLAR

Ziyalar A.: Psikofarmakolojide Yenilikler Sempozyumu. İstanbul 1991.

Karamustafalıoğlu K.O.: Alkol Bağımlılığı Etyolojisinde Yeni Bir Model Arayışı. Uzmanlık Tezi. İstanbul 1991.

Demirhan A.: Geçmişten Günümüze Alkol. VIII. Bilim Kongresi Tıp Araştırma Kurumu Tebliğleri II Ankara 1980.

Hamilton E. Mitologya: Çev. Tamer Ü. Varlık Yayınevi İstanbul 1974.

Campbell J. Tanrının Maskeleri: Çev. Emiroğlu K. İmge Yayınevi İstanbul 1992.

Frazer J.G. Altın Dal: Çev. Doğan M.h. Payel Yayınevi İstanbul 1992.

Gabbard G.O.: Psychodynamic Psychiatry İn Clinical Practise. American Psychiatric Press Inc. Washington 1990.

Miller N.S.: Comprehensive Handbook Of Drug And Alcohol Addiction. New York 1991.

Penichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çev. Tuncer S. İzmir 1974.

DSM IV Tanı Ölçütleri: Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği Ankara 1994.

ICD 10 Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını Ankara 1993.

Kaplan I. Comprehensive Textbook Of Psychiatriy V. Baltimore 1989

Kasatura İ. Alkol Kullanım Boyutları XXIII. Nöropsikiyatri Kongresi. İstanbul 1987.

Galenter M. Textbook Of Substance Abuse Treatment Washington Dc. 1994.