

# İLK GÖRÜŞME VE ANAMNEZ ALMA

Sedef KOÇ BAL<sup>1</sup>, Gürler GÜZ<sup>1</sup>, Duygu KILIÇ ÖZTAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uzman Klinik Psikolog, Nİstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**Corresponding Author:** Sedef Koç Bal

Uzman Klinik Psikolog, Nİstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye

sedef.koc@uskudar.edu.tr

## İlk Görüşme ve Anamnez Alma

### ÖZET

Bağımlılık tedavisinin olumlu sonuçları ile tedavinin devamlılığı arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Tedavinin devamlılığının sağlanması için danışanla ilk görüşmede kurulan ilişkinin ve danışanın olası ön yargılarının ortadan kaldırılması önemlidir. İlk görüşmede danışanın sorularına mümkün olduğunca cevap verilmelidir. Terapötik bir ilişki kurmak ve terapötik yol haritasını bilmek, danışanın tedaviye olan güvenini ve güvenini artırmasına yardımcı olur.

**Anahtar Kelimeler:** İlk görüşme, anamnez alma, temel görüşme teknikleri

## First Interview and Anamnesis Taking

### ABSTRACT

There is a direct proportional relationship between the positive outcomes of addiction treatment and the continuity of treatment. In order to ensure the continuity of treatment, it is important to establish a relationship with the client in the first meeting and to eliminate the client's possible prejudices. In the first interview, the client's questions should be answered as much as possible. Establishing a therapeutic relationship and knowing the therapeutic roadmap helps the client to increase his/her trust and confidence in the treatment.

**Keywords:** First interview, taking anamnesis, basic interview techniques

## GİRİŞ

### İlk Görüşme ve Temel Görüşme İlkeleri

Bağımlılık tedavisinden olumlu sonuç alabilmek ile tedavinin sürekliliği arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. İlk görüşmede danışan ile kurulan ilişki ve danışanın muhtemel önyargılarının ortadan kaldırılabilmesi tedavide sürekliliğin sağlanması açısından önemlidir. Danışanın ilk görüşmede soru işaretlerinin mümkün olduğunca cevaplanması gerekmektedir. Terapötik ilişkinin kurulması ve terapinin hangi plan çerçevesinde ilerleyeceğini danışanın bilmesi ve tedaviye olan güven ile inancının artmasını sağlayacaktır.

Anamnez görüşmesinde sosyodemografik bilgiler, bağımlılık davranışına dair öykü, aile ile ilişkili bilgiler, mevcut sorunu tetikleyici yaşam olaylarının varlığı hakkında detaylı bilgiler alınmalı ve danışanın tedavi sürecinden beklentileri değerlendirilerek tedavi formülasyonu oluşturulmalıdır. Ayrıca görüşmelerin gizliliği, terapi sınırlarının çizilmesi, objektif bakış açısının görüşmelerin temel ilkesi olacağı ve terapiye geliş amacı doğrultusunda oluşturulan tedavi formülasyonunun danışana iletilmesi, danışanın tereddütlerinin ortadan kalkmasını sağlayacaktır.

Danışanın konfor alanının ihmal edilmemesi ancak birtakım sınırların da net olarak çizilmesi gerekmektedir. Danışana karşı otoriter bir tavır sergilemek yerine birlikte araştırmaya ve sorgulamaya dayalı bir ortaklık ilişkisinin kurulması görüşmenin sağlıklı ilerleyebilmesi açısından önemli bir ilkedir. Terapi sırasında kurulan iş birliği ile aslında danışanın tedavi için ihtiyacı olan motivasyon ve inancın kendi içerisinde olduğu varsayımına dayalı olarak bu motivasyon ve inancın dışarı çıkartılması gerekmektedir. Danışanın motivasyonunun ortaya çıkartılması sürecinde ise danışana serbest bir alan bırakılması bu yolla da danışana birtakım sorumluluklar yüklenmelidir. Motivasyonel görüşmede değişimin kalıcı hale gelebilmesi kişi merkezli bir görüşmenin yürütülmesiyle sağlanabilecektir (1).

Empatik yaklaşım ilkesi dar bir yorum olarak değil bireyin bakış açısını anlamaya özen gösterilerek, danışanın kendi bakış açısına saygı duyulduğunu hissetmesi açısından önemlidir. Böylece birey kendi cümlelerini kurmakta ve iç dünyasını açmakta daha rahat hisseder. Empatik yaklaşım, danışanın bakış açısının kabul edilmesi ve bakış açısının desteklenmesi olarak da görülmemelidir (1).

Tedavi sürecinde danışanın olmak istediği yer ve sahip olmak istediği sağlık durumu ile tedavi sırasındaki yaşamı arasındaki çelişkilerin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Farkındalığın sağlanması açısından danışanın hedefleri ile tedavi sırasındaki davranışları ve eylemleri arasındaki farklılığın ortaya çıkarılması tedavi sürecinin ilerlemesini sağlayacaktır (1).

Değişime karşı olan direnç yalnızca tedavinin başlangıcın-

da değil tedavi süreci içerisinde de ortaya çıkabilmektedir. Burada yine direnç ile katı bir mücadele içine girmekten kaçınılmalı ve direncin temelinde yatan nedenlerin anlaşılmasına uğraşılmalıdır (1). Direnç her zaman açık bir şekilde gösterilmemekte kimi zaman belirli davranışlar direncin göstergesi olabilmektedir. Danışmanın soru ve söylemlerinin sorgulanması, danışmanın uzmanlığının sorgulanması yoluyla danışman ile tartışmaya girmek; konuşmaları kısa tutmak veya danışmanın sözünü keserek farklı konuları konuşma yoluyla görüşmenin kesilmesi; sorunları kabul etmeyerek danışman ile iş birliğini sonlandırmak veya inkar sürecine girmek; danışmanın empatik yaklaşımına karşı olumsuz geri dönüşler yaparak farklı şekillerde direnç göstergeleri ile karşılaşmaktadır.

### MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ

Madde kullanımı olan bireylerde yapılan görüşmeler aslında psikiyatrik görüşmenin temel ilkelerinden farklı değildir. Psikiyatrik görüşmede olması gereken yansız-yüksüz -yargısız görüşme özellikle madde kullanımı olan bireylerde oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra bağımlı bireylerin genelinde tedavi motivasyonu düşük olduğundan özel görüşme yöntemlerine de dikkat edilmesi gerekir.

Her psikiyatrik öykünün başlangıcında bireyden alınan sosyodemografik bilgilerin ardından aileye yönelik sosyodemografik bilgiler, hastanın varsa eşlik eden psikiyatrik öyküsü ve aile içi ilişki dinamikleri gibi geniş bilgiler edinilmelidir. Yine tedavi planı için hastanın tedavi ekibine isteyerek mi yoksa istemeyerek mi başvurduğu bilgisi alınmalıdır. İstemli ya da istemsiz başvuru süreci ve tedaviyi etkileyen önemli faktörlerden biridir (2, 3, 4).

Bağımlı bireylerden alınan bu bilgilerin aile üyeleri veya yaşadığı kişiler tarafından da ayrıntılı olarak sorgulanması gerekmektedir. Sorgulamayı yaparken kişinin izninin alınması önemlidir. Genellikle aileden alınan öykü ile hastanın öyküsü arasında farklılıklar görülür. Özellikle alınan madde miktarı ve kullanım sıklığı ile ilgili farklılıklar gözlenmektedir. Hastalar genelde sorunlarını küçümseyebilir, inkâr edebilir ya da çeşitli rasyonellere dayandırabilirler. Ancak aileden bilgi alma hasta dinlendikten sonra yapılmalıdır. Hastanın kendisini, yargısız dinlendiğini hissetmesi terapötik ilişki açısından son derece önemlidir. Eğer hasta istemez ise aile ile görüşme sonraki aşamaya bırakılabilir ancak tedavinin gidişinde mutlaka aile üyelerinden de bilgi alınmalıdır ve tedavi planı için hastadan alınan bilgi ile eşleşmesi son derece önem taşımaktadır (5).

Alınması gereken bilgiler doğrultusunda bir diğer aşama ise hastanın kullanmakta olduğu madde veya maddelerle ilgili ilk kullanım yaşı, ilk kullanım zamanı, miktarı, sıklığı ve en son kullanım zamanı gibi bilgilerin toplanmasıdır (6). Tüm bu bilgilerin kronolojik olarak alınması hastanın formülasyonu açısından son derece önemlidir. Özellikle son dönemde kullanmakta olduğu madde ya da madde-

lerin içeriği, son kullanım zamanı, yeri, ihtiyaç duyduğu ortamlar ve yoksunluk belirtilerinin yaşanıp yaşanmadığı sorgulamaları da yapılmalıdır (2, 3, 7). Ayrıca bugüne kadar tedavi girişiminin olup olmadığı, olduyorsa tedavide verilen ilaçların amaca uygun kullanılıp kullanılmadığı ve sonuç alınıp alınmadığı, bıraktığı ise ne kadar süre madde- den uzak kaldığı ve bırakma esnasında yaşadığı yakınmaları da öğrenilmelidir (2).

Alkol-madde kullanım bozukluklarında genelde komorbidite denilen eş tanılar sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle kişinin sosyodemografik ve madde kullanım bilgilerinin yanı sıra ruhsal durum değerlendirmesi de yapılmalıdır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, depresyon, kişilik bozuklukları ve intihar düşüncesinin ya da girişimlerinin olup olmadığı hastalıkta nüks ve prognoz açısından önem taşımaktadır. Birbirini etkileyecek olan bu ruhsal rahatsızlıklar madde kullanım bozukluğu ile birlikte tedavi edilmelidir (8, 9).

Muayene sırasında özellikle bağımlı bireylere yönelik dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Bu noktaların başında suçlama, eleştirme, utandırma, tehdit etme, öğüt verme veya teselli verme, yargılama, mantıkla ikna etmeye çalışma gibi yaklaşımlardan kaçınılmalıdır. Bireyin savunmacı bir tutuma geçmesine ya da tedaviyi yarıda kesmesine sebep olabilir. Bir yandan hastadan öykü alırken diğer yandan da maddenin yaşamında getirdiği olumsuzlukları tespit etmek gerekir. Bu tespit tedavinin ilerleyen aşamalarında hastaya fark ettirmek açısından değerli olacaktır (5, 6).

Madde kullanımı olan hastadan bilgi alırken diğer önemli bir nokta da hastanın görüşmeye geldiğinde madde etkisinde olmamasıdır. Görüşme, madde etkisindeki kişi ile sağlıklı gerçekleştirilemeyeceği için başka bir tarihe randevu düzenlenmelidir (2). Tedavi esnasında hastanın motivasyonunun düşük olduğu hissedilirse motivasyonu artırıcı teknikler uygulanabilir. Sonrasında ilk olarak kişinin maddeye bağımlı olduğunu kavraması yani iç gözü kazanması sağlanmalıdır. Çünkü genelde hastalar bağımlı olduklarını reddetme eğilimi göstermekte ve maddeyi kesmek yerine azaltmak istediğini belirtmektedirler. Kullanılan madde yerine başka bir madde kullanımına geçiş de sık görülmektedir. Bu açıdan da dikkatli olmak ve hastaya bilgi vermek gerekmektedir. Ayrıca maddeyi almadığı zaman karşılaşacağı sorunlar ile nasıl başa çıkacağı öğretilmeli, tedavi alternatifleri sunulmalı ve cesaretlendirilmelidir (10).

## AİLE ÖYKÜSÜ

Alkol ve madde kullanım bozuklukları veya davranışsal bağımlılıklar değerlendirilirken aile öyküsü hem nedensellik hem de sağaltım açısından önem teşkil etmektedir. Kliniğe başvurular genellikle bağımlılık yapıcı nesne veya davranış ile ilgili ilk deneyimlerden sonra gerçekleşme-

mektedir. Alkol, madde kullanımının veya bağımlılık yapabilecek davranışların (kumar, seks, yemek yeme, teknoloji, oyun, alışveriş, sosyal medya vb.) sıklıkla tekrarlanması, bu tekrarlar sonucu çeşitli sorunların fark edilmesi ve ancak çözüm aranması ile tedavi girişimleri olmaktadır. Bireyin davranış değişiklikleri her zaman kendisi tarafından fark edilmeyebilir veya sorun olarak algılanmayabilir. Davranış ve kişilik üzerindeki belirgin değişimler nedeniyle sosyal uyumun bozulması yakın çevre tarafından da anlaşılabilir. Bireyin beden ve ruh sağlığına etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesini de önemli ölçüde düşüren bu davranışların sona ermesi düşüncesiyle kimi zaman bireyin kendisi kliniklere başvururken, kimi zaman bu yardım arayışı aile veya yakın çevre tarafından olmaktadır. Ailenin sürece dahil edilmek istenmesindeki husus, hem sosyal desteğin sağlanması, hem de mevcut sorunun bugünkü haline gelmesindeki etmenlerin incelenmesidir. Bu doğrultuda, aile yapısına ilişkin bilgilerin değerlendirilmesi tedavide önemli bir belirleyicidir.

## Sosyodemografik Bilgiler

Öncelikle aile yapısını anlamak için aile üyelerine ilişkin bilgiler detaylı biçimde ele alınmalıdır. Ebeveynlerin hayatta olup olmadığı, hayatta ise yaş ve eğitim durumları, çalışma durumları, birbirleriyle yaşayıp yaşamadıkları, geçmiş dönem ve yakın dönemde birbirleriyle ilişkileri; hayatta değilse ölüm nedenleri, tarihi, bireyin o sırada kaç yaşında olduğu gibi hususların her biri aile içi etkileşimler üzerinde birer belirleyicidir. Ailenin içinde bulunduğu fiziksel koşullar, sahip olduğu ekonomik kaynaklar ve bireyin koşullara uyum sağlama biçimi bağımlı bireyin davranışları üzerinde etkilidir. Ailevi nedenler ile bağımlılık ilişkisi klinikte gözlemlenmekle beraber, literatürde de pek çok olguya rastlamak mümkündür (11).

Aile içi dinamiklerin anlaşılması için ebeveynlerin yanı sıra diğer aile üyeleri hakkında da temel bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin kaç kardeş ve kaçınıcı sırada olduğu, kardeşler arasında ilişkiler ve ebeveynlerin kardeşlere karşı tutumlarında fark olup olmadığı diğer önemli noktalar. Bireyin kendisi de aynı zamanda ebeveyn ise roller ve tutumlar da incelenebilir.

Bireyin ilişki durumu, evli ise evlilik dışı ilişki durumlarının olup olmadığı; mevcut bir ilişkisi var ise ilişki tercihleri, tek eşli veya çok eşli olma durumu; cinsel yönelimi gibi hususlar da değerlendirilmelidir.

## Soy Geçmişi

Aile bireylerinde kronik hastalık öyküsü mevcut ise diğer aile üyelerinin bu süreçte yaşam kalitelerinin ne derecede etkilendiği; bireyde veya diğer aile üyelerinde travmatik yaşantılara ve kayıplara yol açabilecek bir hastalık öyküsünün varlığı da değerlendirilmelidir. Gerek genetik yatkınlık gerek çevresel faktörlerin etkisi nedeniyle aile üyelerinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı da araştırılmalıdır. Burada esas nokta, bireyde genetik geçişli

olan/olmayan komorbid hastalık olma durumunun yanı sıra bağımlılık açısından tetikleyici unsurların saptanmasıdır. Örneğin bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı alan ebeveynde halihazırda bağımlılık sorunu gözlemlenmemiş olabilir; ancak kızı veya oğlu da BAB tanısı almış ise ataklar sırasında alkol/madde kullanımı gibi riskli davranışlara eğilim artabilmektedir. Bu örnekte olduğu gibi mevcut duygudurum bozukluğunun bilinmesi ve atakların takibi; alkol/madde kullanımı vb. riskli davranışların yordanabilmesi açısından fayda sağlayabilir.

### **Kalıtım/Çevre**

Çeşitli hastalıkların etiyolojik açıdan ele alınmasıyla değinilmek istenen asıl mesele, bağımlılık kavramında da benzer şekilde neden-sonuç ilişkisinin ortaya koyulmasıdır. Anamnez görüşmesi sırasında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü/bağımlılık geçmişi veya yatkınlığı olan bireylerin varlığı yüksek risk etmeni kabul edileceğinden; birinci ve ikinci dereceden akrabaların özellikle psikiyatrik hastalık öyküsü ve alkol/madde kullanımı sorgulanmalıdır. Williams (1996) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde genetik geçişi olan bir enzim bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Alkol sorunu yaşayan bireylerin ailelerinde alkol kullanım bozukluğunun görülmesi alkol sorunu yaşamayan topluma göre 5 kat daha fazladır (12). Alkol kullanımında genetik geçişin özellikle erkek alkol bağımlılarında belirgin olduğu gözlemlenmektedir (13). Benzer şekilde klinik deneyimler, bağımlı bireyin yakın akrabalarında da güncel veya geçmiş dönemde bağımlılık türlerinden birine yatkınlık olabildiğini göstermektedir.

Çevresel etmenler içerisinde ise; aile ortamı, arkadaş çevresi, bireyin yetiştiği kültür ve yaşadığı yerleşim yeri özellikle değerlendirilmelidir. Ergenlik döneminde arkadaş çevresinin riskli davranışlara eğilimi belirlediği, özellikle madde kullanımı başlangıcında etkili olduğu bilinmektedir (14). Bağımlılık davranışlarından herhangi birinin sergilendiği aile ortamında büyüyen bireyde benzer davranışların geliştiği görülmektedir (15). Bu duruma paralel olarak bireyin yaşadığı yer ve içinde bulunduğu toplum yapısının söz konusu sorunlu davranışı normalleştirilmesi de risk oluşturmaktadır. Madde kullanım davranışlarının olumlu karşılandığı ortamlarda bulunan bireylerde madde kullanımı daha sık görülmektedir (16).

### **Bağlanma Stilleri**

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, birey yaşamın ilk aylarından itibaren kendisine bakım veren kişi ile (çoğunlukla anne) kurduğu ilişki biçimini ve deneyimlerini sonraki ilişkilerinde de sürdürme eğilimindedir. Yaşamın ilk günlerinden itibaren var olan güven arayışını, bakım verenin varlığı ve yokluğu üzerinden değerlendirmeye çalışmaktadır (17). Örneğin; bebeğin oral ihtiyaçları anne tarafından süregelen şekilde karşılanmadığında, annenin tutumlarından kaynaklı olarak kendisini karmaşık dünyadan koruyacak birinin varlığından emin olmadığında güvensiz bağlanma stillerine sahip olabilir. Bu durumun

olağan bir uzantısı olarak birey, yetersiz güven ilişkisi üzerinden tanımladığı dünyaya kaygı ile yaklaşabilir ve sıkıntıyla baş etmekte zorlandığı, sorun çözme becerilerini geliştiremediği durumlarda sorunlardan kaçış yöntemi olarak bağımlılık yapabilecek nesnelere/davranışlara eğilimi artabilir. Bu nedenle anamnez alırken bireyin yetiştiği ortamın, davranışları ve kişiliği üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi önerilir.

### **Aile İçi Etkileşimler**

Aileler bireyin davranış sorunlarıyla mücadele ederken, görülen davranış değişikliklerinin bağımlılık nedeniyle olduklarını öğrendiklerinde duygusal açıdan yıkıcı bir süreç başlamaktadır. Bireyin bağımlılık sorununun hangi aşamasında iken öğrenildiği ve öğrendikten sonra nasıl tepki verildiği, aile içindeki etkileşimin anlaşılması açısından önemlidir. Bununla birlikte ailenin tutumunun tedavi sürecinin seyrini etkilediğini söylemek de mümkündür (18). Örneğin; sınır koyamayan bir aile sorunlu davranışın kendiliğinden sönmesini bekleyebilir, doyurucu ilişkilere sahip olmayan başka bir aile ise bireydeki davranış değişikliklerini fark etmeyebilir.

Bağımlılık tedavisinde iç motivasyonun yanı sıra dış kaynaklar ile sağlanacak motivasyona da ihtiyaç duyulmaktadır. Bireyin istek ataklarıyla başa çıkma çabaları ve hayatını yeniden yapılandırma girişimleri köklü bir değişim başlattığı için zaman zaman uyum sağlamakta zorlanması beklendik bir durumdur. Bu zorlanmalar sırasında kayma olarak adlandırılan yeniden kullanımı önlemek adına aileden alınacak destek bağımlılık tedavisinde değerlidir.

Yeterli sosyal desteği alamayan bireylerde motivasyon kaybı yaşandığı durumlarda klinik kontrollerin sıklıkla aksatıldığı gözlemlenmektedir. Öte yandan aile içi çatışmaların, iletişim hatalarının da sorunlu davranışın bir tetikleyicisi olabileceği; kimi danışanların sorunlardan uzaklaşma yöntemi olarak bağımlı olduğu nesneye yöneldiğini de dikkate almak ve risk etmeni olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Bu gibi durumların önüne geçebilmek amacıyla; aileyle çalışırken hali hazırda çatışma alanları var ise öncelikle bu alanlar saptanarak giderilmeye çalışılmalı ve hedeflenen tedavi basamakları için hem aile hem birey iş birliğine hazırlanmalıdır. Bağımlılık tedavisinden olumlu sonuçlar alabilmek için ailenin sürece dahil edilmesi gerektiği, alanda çalışan uzmanların deneyimleriyle ve akademik çalışmalarla ortaya koyulmaktadır.

## **PSİKOSOSYAL GELİŞİM ÖYKÜSÜ**

### **Madde Kullanımından Önce Kişilik Özellikleri**

Madde kullanım riski yüksek olan bireylerin çocukluk döneminde öfke sorununa dayalı olarak davranış bozukluklarının ortaya çıktığı fark edilmekte bununla birlikte

tehlikeli sosyal çevre ile yoğun iletişimde bulunan ve okul başarısı düşük olan çocukların da madde kullanımı riskinin yüksek olduğu görülmektedir (19). Burada görüleceği üzere ikili bir etkileşim söz konusudur. Madde kullanım riski yüksek olan bireylerin sosyal çevre etkileşimleri ve kişilik özellikleri bu riske göre şekillenmekte diğer yandan sosyal çevre ve kişilik özellikleri de tek başına madde kullanım riskini arttırmaktadır.

Madde kullanım riski altında olan kişilerin ortak özelliklerine baktığımızda sosyal yaşam becerilerinin yeterli seviyede gelişmemiş olduğu görülmektedir. En başta bu kişilerin problemlerle baş etme güçlerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Problemlerle başa çıkamayan kişilerin doğal olarak aile, okul ve sosyal çevreleri ile olan ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir (19).

Bağımlılık ve kişilik bozukluklarının birbiri için etken olduğu da birçok farklı araştırmada belirtilmiş olup Ebert 2003'e göre alkol ve madde bağımlılığı olanlarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının bağımlı olmayan kişilere göre 2.7 kata kadar değiştiği tespit edilmiştir (20). Alkol ve madde bağımlılarının problem çözme yönünde yaşadıkları mental problemler yanında genel olarak dayanıksız ve güçsüz bir kişilik yapısının olması da madde kullanımını ihtimalini arttırmaktadır (20).

### **Sosyal İşlevsellik**

Merak duygusu, yaşatlarından farklı olma çabası, aile ve sosyal çevresinde yaşadığı sorunlardan kaçma, olumsuz çevre gibi sebeplere dayalı olarak maddeye başlama söz konusu olabilmekte, ergenlerde ise madde kullanımının akranlarla iletişim aracı olarak kullanıldığı görülmektedir. Özellikle sosyal kaynakları kısıtlı olan birey açısından kişiler arası ilişkileri güçlendirmek veya sosyal etkileşimi arttırmak yerine riskli davranışları tercih ettikleri gözlemlenmektedir.

### **Ev Koşulları**

Matejevic, Jovanovic ve Ilıc'e göre bir ailenin işlevselliğinde aile üyeleri arasındaki ilişkinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği; sağlıklı ve olgun üyelerin gelişmesi için gerekli olan muhtemel entelektüel ve yaratıcı güçleri ortaya çıkarabilecek koşulları oluşturan ailenin işlevsel bir aile modeli olduğu savunulmaktadır (21). İşlevsel aile sağlıklı bir aile olarak tanımlanabilir ve bu aile bireylerinin ilişkileri doğal yolla oluşmuş kuvvetli temellere dayanan model olarak karşımıza çıkmaktadır (22). Bireyler arasındaki iletişim ve problemlere karşı çözüm yollarının gelişmiş olması sağlıklı bir düzenin varlığını gösterir. Bu düzenin sağlanamadığı aile ortamlarında ise bağımlılığa uzanan çeşitli ruhsal sıkıntılarının yaşandığı bilinmektedir.

### **İş Hayatı**

Bireyin mevcut çalışma durumu, çalışıyorsa mesleği, çalışma şartları ve geçmiş çalışma hayatının önemi literatürdeki araştırmalarda belirtilmiştir. Bağımlılığın psikolojik

ve biyolojik boyutları yanında sosyolojik boyutunun da varlığı gözetildiğinde bireyin sadece yakın çevresi değil içerisinde bulunduğu ve yaşamının önemli bir kısmını dolduran iş yaşamının da incelenmesi gerekmektedir. Bağımlılık sürecinde iş hayatında da sorunların ortaya çıkması ve bunun doğal bir sonucu olarak ekonomik sorunların baş göstermesi muhtemeldir. Bağımlılık sonucunda gelişen maddi sıkıntılar çoğunlukla ailelerin sorunun varlığını keşfetmelerini sağlamaktadır.

### **İkametgah**

Bireyin ikamet ettiği bölgenin maddeye ulaşılabilirliğinden bir araç olarak kullanılabilmesi, bireyin yaşadığı bölgede şiddete maruz kalma veya iletişim içerisinde olduğu kişilerin sosyoekonomik düzeyleri madde kullanım sürecine doğrudan etki edebilecek etkenler olarak görülmektedir (19). Suça karışmış, istismara uğramış, okul ve aile ilişkileri düzensiz, sokakta yaşayan veya tutukevi ve cezaevi gibi ortamlarda kalan veya sosyal etkileşimde bulunan ergenlerde madde kullanımının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (19).

### **Maddi Durum**

Bireyin maddi durumu ile madde kullanımı arasında doğrudan kesin yargılara varılamıyorsa da maddi durum bireyin içerisinde bulunduğu sosyoekonomik ortama dair bilgi verici niteliktedir. Maddi olanakların bağımlılık nesnelere kolay erişimi sağlaması, sosyal çevrenin madde kullanımını desteklemesi, madde kullanımı ve ticaretine ilişkin yasal boşluklar, düşük sosyoekonomik seviye gibi farklı birçok konuya dayalı olarak madde kullanımına ilişkin riskler ortaya çıkabilmektedir (19).

### **Sosyal Bağlar**

Akranlar arasındaki iletişim kurma biçimleri; bireyin kendisini bir arkadaş grubuna dahil etme çabası veya bireyin uzun süredir dahil olduğu arkadaş grubunda madde kullanımının varlığı gibi sebepler risk faktörleri olarak karşılaşılmaktadır. Bireyin yaşadığı toplumdaki destek kadar herhangi bir uyarı ile karşılaşmaması bireyin düşünce sisteminin de sağlıklı olarak işlememesine sebep olmaktadır. Tedavi süreçlerinde bireyin içerisinde bulunduğu toplumda gelenek, görenek ile bilgi birikiminin de bir bütün halinde değerlendirilmesi olumlu sonuçlar verebilmektedir.

### **Okul Hayatı**

Okula olan aidiyetin kaybedilmesi, eğitim hayatında başarısızlık, okul ve müfredat derslerinin madde kullanımına ilişkin gerekli eğitimi sağlayamaması ve bu süreçlerin öğretmenler tarafından kontrol edilemiyor oluşu gibi etmenler risk faktörlerini oluşturmaktadır (19). Okul bir yandan risk faktörlerini içerisinde barındırırken koruyucu faktörler de söz konusu olabilmektedir. Okul ve müfredatın madde kullanımından korunmaya yönelik bireye verebileceği eğitim, okulun diğer kurum ve kuruluşlarla



iş birlikleri vasıtasıyla sosyal bilincin oluşturulması çabası, madde kullanımına karşı caydırıcı müeyyideleri, okul ile öğrenciler arasında aidiyet duygusunun oluşturulması yönünde çaba gösterilmesi gibi etmenler de koruyucu faktörlerdir.

### Yasal Öykü

Madde kullanan kişilerin suç işleme oranları, yasaklara ve disiplin kurallarına karşı olan tutum ve davranışları göz önüne alındığında madde bağımlılığının sosyal yönünün de varlığını göstermektedir. Madde kullanan bireylerin yaşadığı yasal sorunlar tedavide önemli bir yer tutmaktadır. Öte yandan bireylerin olası bir ceza alma durumuna dair çekincelerinin de kimi zaman kendilerini bağımlılık tedavisine yönlendirdiği görülmektedir.

### Geçmiş Hastalık Öyküsü

Bağımlılık tedavisinin başlangıcında bireyden ve aile üyelerinden geçmiş hastalık öyküsü alınması ile birlikte ailede kronik ve psikiyatrik hastalık bulunup bulunmadığı, tedavi öyküsü olup olmadığı değerlendirilmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z. Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, DOI: 10.18863/pgy.253444, Aralık 31, 2016.
2. Ögel K., (2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları, İstanbul.
3. Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2008). Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar. Öztürk, M.O. & Uluşahin, A. (Ed.). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Cilt II. sf. 687-735. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri
4. Badenoch B., *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology*. W.W. Norton&Company, New York- London, 2008
5. Uluğ B. Görünenin Ardındaki Güçlük: Madde Kullanım Bozuklukları ve Çoğul Tanılı Durumlar. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 213-215
6. Şenel G.B, (2013), Alkol sorunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin suçluluk utanç duyguları, stresle başa çıkma tarzları ve iç dış kontrol odağı açısından karşılaştırılması.
7. Coşkunol H., (1996). Alkol kullanım bozuklukları. *Ege psikiyatri sürekli yayınları: alkol madde kullanım bozuklukları kitabından*. Ed: Ahmet Çelikkol.
8. Coriale G, Battagliese G, Pisciotta F, et al. Behavioral responses in people affected by alcohol use disorder

and Psychiatric comorbidity: correlations with addiction severity. *AnnIstSuperSanita* 2019;55:131-42. doi:10.4415/ANN\_19\_02\_05.

9. Dilbaz N, Darçın AE. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi Arch Neuropsychiatr 2015; 52: 213-215. DOI:10.5152/npa.2015.01082015
10. Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z., Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2016; 8(4): 380-393.
11. Bahar A, Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi: polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences* 2018; 55: 1-36.
12. Ünal M. Madde bağımlılığı ve alkolizmde aile. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, DOI:10.21560/spcd.31071, Eylül 1,1991.
13. Yargıç İ. Alkol ve Madde Bağımlılığı. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A ve ark. (Ed). *Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. İstanbul, 2009. S. 196-221.
14. Karataşoğlu S. Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Derg* 2012; 476: 321-52.
15. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin Journal*, DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.64, July, 1992.
16. Altun İ. Bonzai: Benim Çocuğum Kullanmaz Demeyin. Bilge Yayınevi. Ankara, 2014.
17. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books, New York, (1969/1982).
18. Alikışıfoğlu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* 2005; 43: 73-83.
19. Özbay Y, Yılmaz S, Büyüköztürk Ş ve ark. (2018). Madde bağımlılığı: Temiz bir yaşam için bireyin güçlendirilmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, DOI: 10.15805/addicta.2018.5.1.0001, Nisan 15, 2018.
20. Öztürk Y, Kırhoğlu M, Kıracı R. Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri. *Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2015; 18(2): 97-118.
21. Matejevic MD, Jovanovic D, Ilic M. Functionality of family relationships and parentind style in families of adolescents with substance abuse problems. *Social*

and Behavioral Sciences, 2014; 128: 281-287.

22. Özgüven E. Evlilik ve Aile Terapisi. PDREM Yayınları. Ankara, 2000 s.206-18.