

615.851.6(043)

D654e

174437

T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI KÜRSÜSÜ

174437

**ERKEK PSİKOZ KATINDA UYGULANAN
50 OTURUMLUK GRUP PSİKOTERAPİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

**T Ü R K İ Y E
BİLİMSEL ve TEKNİK
ARAŞTIRMA KURUMU
KÜTÜPHANESİ**

Dr. Yıldırım Beyath Doğan

ANKARA

1979

İ Ç İ N D E D İ L E R

Ö N S Ö Z	I
G İ R İ Ş	1
M A T E R Y A L V E M E T O D17
B U L G U L A R25
T A R T İ Ş M A37
Ö Z E T54
K A Y N A K Ç A55
E K - I, II, III.60



Ö N S Ö Z

Her türlü tedavide amaç; önce acıyı dindirmek giderek kişinin kendi sosyal ortamına en iyi koşullarda geri dönmesini sağlamaktır.

Grup psikoterapisinin kapalı katlarda uygulanmasında ki temel neden bu amaca uygun olup bireyin sosyalleşme sürecine katkıda bulunabilmek ve bu süreç içinde ona yerini gösterebilmektir. Daha sonraki aşama ise bu sürecin ölçülebilir yanlarını belirlemek; bu tedavi yönteminin somut çerçevede tartışmasını olası hale getirebilmektir.

Çalışmada bu yönler üzerinde duruldu.

Yetişme, bilgilenme katkılarıyla başta Prof.Dr. Gıyas ÜNSAL'a; tanıdığı olanaklar nedeniyle Prof.Dr.Coşkun ŞARMAN'a ve tez çalışmaya yardımlarıyla Doç.Dr.Gülören ÜNLÜOĞLU'na diğer hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Titiz ve dikkatli çalışmasıyla; emeğinden ötürü klinik sekreteri Nermin MASATÇI'ya ayrıca teşekkür ederim.

Dr.Yıldırım Beyatlı Doğan



G İ R İ Ő

Organizmanın biyolojik fonksiyonu, insanda iç ve dış fizyolojik bir denge yaratmaya ve bu dengeyi sürdürmeye yöneliktir. Bu biyolojik fonksiyon içerisinde; organizmanın fizyolojik, psikolojik, sosyal v.b. uyarılar karşısındaki tepkilerini entegre eden, uyum'u sağlayan ruhsal bir kesim vardır (Böylesi bir ayırım göreceli bir ayırmadır, ancak anlatım kolaylığı getirmektedir) (32).

Davranış, söz konusu ruhsal kesimin fonksiyonu sonucu ortaya çıkar ve; içimizden ve dışımızdan gelen uyarılara verdiğimiz tepkilerin bütünüdür. Bir bakıma davranış; bilinç ve bilinçdışı süreçlerin birlikte etkimesinin ürünüdür.

Normal bir insan davranışı şu özelliklere sahiptir:

- a) Bilinçli unsurlar doğrultusunda belirlenmiştir.
- b) Gerçeğe uyum sağlama amacını güder ve esnektir.
- c) Yaşantıların etkisiyle değişkenlik gösterir.

Özetlersek, davranış düşünsel (a,b) ve duygusal (c) özellikleri içerir. İnsan davranışının diğer bir özelliği de iletişimsel nitelikte olmasıdır.

İletişimsel davranış; sözel veya sözel olmayan yolla, bireye ait bilgileri onun çevresine ulaştıran en önemli araçtır. Bireyi bir haber kaynağı kabul edersek, iletişimsel davranış bireye ait herhangi bir haberi (duygu, düşünce, inanç, fikir v.s.) başka bir bireye veya bireylere ulaştırır. Uyarılan tepki ise gene iletişimsel bir davranışla birinciye geri dönerek; onu bilgilendirir. Bir sonraki tutumu için kaynak teşkil eder (41).

İletişimsel davranışın bireyle-çevresi arasındaki bu dinamizmine etkileşim adı verilir. İletişim ve etkileşim; kişilerarası ilişkinin en önemli göstergesidir. Yetişkin bir insanda iletişimsel davranış, onun ardyetişimi (background) ile yakından ilgilidir. Tarihsel olarak, geriye doğru doğum'a hatta daha da öncesine dek gider.

Doğumla beraber çocuğun temel fizyolojik, psikolojik gereksinmelerinin karşılanması zorunluğudur. Anne-Baba bu gereksinmeleri kendi davranışları doğrultusunda karşılar. Çocuk geliştikçe (özellikle S.S.S.) bu gereksinmelerin sosyal niteliği ağırlık kazanır. Bu arada sosyalleşme süreci içinde çocuk; bazı iletişim ve etkileşim kalıplarını basit düzeyde algıladığı biçimde öğrenmeye başlar.

Doyumlu, doyumsuz yanları ile bu öğrenim süreci içinde; bireyin, gelecekteki iletişimsel davranışı şekillenmeye başlar. Toplumsallaşma olayı bu süreci hızlandırır. Bireyin çevresi genişledikçe, ait olduğu gruplar arttıkça yeni iletişimsel davranışlar öğrenir. Öğrendiklerini bildikleri ile kıyaslayıp en gerekli olanlarını, duruma göre, benimser. Başarılı olduğu ölçüde etkileşim düzeyi yükselir (41).

Ruh sağlığı için tanım yaparsak; kendi iletişimsel davranışlarını eleştirebilen, daha yeni ve yararlı davranışları öğrenme çabası gösteren ve giderek başarılı biçimde uygulayabilen kişi ruhsal açıdan sağlıklıdır.

Yeterli ve geçerli bir iletişim ve etkileşim eğitiminden geçmemiş kişi; sonradan bazı patlarnler öğrense bile kullanabilmekten uzak olacaktır. İlişkileri yetersiz, etkileşimi sonuçsuz kalacaktır. Giderek alıngan, çekingen, kuşkulu, korkak, saldırgan v.b. tutum geliştirecek yahut somatik yakınmalara sarılacak veya alkol, ilaç v.s. gibi bir ilişki objesi oluşturacaktır. Bu durumda bile, iletişim ve etkileşim bozukluğuna rağmen, sınırdan bir uyum sağlanmış olabilir (41).

Ancak tüm bunların ulaştığı en son aşamada; içsel ve çevresel baskıların maksimuma ulaştığı, dengenin korunmadığı, başlıbaşına hastalık halinin olduğu klinik tablolar gelişir. Kişi tamamen içine kapanır ve her türlü ilişkiye neutr kalır veya aksine aşırı duyarlaşır, herşeyi kendi zararına algılar, gücenik tavır takınır veya tersi saldırganlaşıp kırıp, dökmeye başlar. Başka bir biçim aşırı

neşelenmek diğeri bir başkası da toksik madde alımını arttırmaktır. Hepsinde ki ortak yan; iletişimsel davranışın sağlıklı özelliklerinin tümünü yitirmesi, etkileşimin çarpıklaşması ve uyum'un bozulmasıdır.

Klinik uygulamada Sch.Reaksiyon, Paranoid Reaksiyon, Hipomani, Katatoni, Alkolizm, Toksikomani v.s. isimlerle andığımız tablolar genelde iletişimin bozulduğu, yukarıda tanımlanan hallerdir.

Tedavide iletişim ve etkileşim süreçlerinin katkısı önplandadır. Ancak ağır bir tablo içinde başvurmuş bir hastada iletişim kurabilmek için önceden ilaç, ECT (Electro-Convulsif Therapy) tedavisi gibi biyolojik yaklaşımlara gerek duyulabilir. Hatta bir yerde bu bir zorunluluktur.

Tedavisel amaçla iletişim ve etkileşimin başlayabilmesi için önce doktor-hasta iletişimin sözel düzeyde kurulabilmesi gerekmektedir (42). Hasta ancak daha sonra terapötik bir ortamda yer alabilir. Bu ortam içinde kendinin, çevresinin düşünce, duygu, inançlarını anlamasına, aktarmasına, iletişimsel davranışını etken biçimde kullanmasına olanak sağlanır.

Grup psikoterapileri böylesi ortamın sağlanabildiği bir tedavi yöntemidir. Sosyal ve psikik bir süreç olarak bu tedavi yöntemi içinde insan ilişkilerine dayanır. Aynı anda birden fazla kişinin ruh sağlığı için yapılan bütün iletişim tedavileri bu adı alır (43).

Günümüzdeki biçimiyle grup tedavilerinin ortaya çıkışı 1920 yıllarına rastlar. PPATT isimli (1) bir dahiliyeci zaman ve para ekonomisi sağlama amacıyla tedavi ettiği tüberkulozik hastaları biraraya toplar. Amacı hastalara

tedavileri konusunda topluca bilgi vermektir. Ancak daha sonra hastalar arasında rekabet, otoriteye karşı tutum, alt gruplaşma v.s. gibi fenomenlerin geliştiğine dikkat eder. Grubun bu, kendi iç dinamiği biyolojik tedaviyi bile etkileyebilmektedir. Pratt'ın gözledikleri o denli ilgisini çeker ki sonraki 10 yıl içinde psikiyatri alanında uzmanlık diploması alır ve tamamen bu alana yönelir.

1920-30 yılları arasındaki aktif dönemi bir durgunluk devresi izler. Ancak özellikle II. Dünya savaşından sonra; grup psikoterapisinin tekrar güncelleştiği çok geniş bir alana yayıldığı gözlenmektedir (44).

Savaşın getirdiği huzursuzluk, yol açtığı ekonomik güçlükler bir anda pekçok kişinin ruhsal yardım aramasına yolaçmıştır. Öteyandan psikiyatri alanındaki uzmanların azlığı, başvuranların çokluğu karşısında; grup tedavisi bir anlamda ekonomik bir çözüm getirmiştir (35, 43).

Bu gün 28 çeşit grup tedavisi yöntemi sayılabilmektedir. Sadece psikiyatri alanında değil; endüstriden, sosyolojiye; hapisaneden kiliseye dek uzanan geniş bir alan içinde uygulama olanaklarına sahiptir. Böylelikle grup tedavisi başlangıçtaki spesifik anlamından uzaklaşmış; belirli bir tedavi türünü anlatan jenerik bir isim haline gelmiştir.

Grup tedavisi yöntemleri iki ana bölüme ayrılır: (11)

A- Öncelikle kişiliğin patolojik yapısı üzerinde duran yöntemler.

B- Hastaların çatışmaları dışındaki sağlam yönlerine ve tam gelişmemiş Ego yeteneklerine yönelik yöntemler.

A- Bunlara Anelitik yöntemler de diyebiliriz. Belli başlıları şunlardır: (6).

- 1- Analitik gruplar
 - 2- Analitik yönelimli etkileşim grupları
 - 3- Enkaunter grupları
 - 4- Temaya bağlı etkileşim grupları, öğrenim grupları
 - 5- Psikodrama
 - 6- Rol oynama yöntemleri
- B- Sentetik yöntemler adını alır (5).
- 1- Topluluk tedavisi
 - 2- Etkinleştirici yöntemler.

Analitik yöntemler nöroz vak'aları, psikosomatik hastalıklar, aile, karı-koca grup tedavileri için önerilirken, sentetik yöntemler psikotikler, davranış bozukluğu gösterenler ve ağır karakter nörozu vak'aları için önerilmiştir (11).

Buradaki bölümler kesin sınırlı bir bölümler değildir. Sınırlarda uyum sağlamış psikotikler bugün artık nöroz gruplarına katılabilmektedir. Hatta psikotiklerin özellikle şizofrenlerin tedavisinde tercihi olarak analitik yöntemleri kullanılmasını savunanlar vardır (29). Ancak bu her zaman olası değildir. Çünkü transferans ve kontrtransferans çok yönlü ve rijid olduğundan süreç ileri ölçüde yavaşlar. Öncelikle bu tür transferans ve kontrtransferansın modifikasyonu önemlidir.

Psikotik hastanın tedavisinde ilk ve önemli olan şey, ona yardım etmek; sağlıklı hissetmesine destek olmak, başkalarıyla ilişkiye girmesini sağlamak neticede kendi yapabileceği şeyleri gösterebilmektir (9). Tedavinin emosyonel ve sosyal açıdan stabilize edici özelliğinin yanısıra eğitsel bir yanı da vardır (26).

Psikiyatrik hastanın genel özellikleri şöyle sıralanabilir:

- a) Parçalanmış (kısmen veya tamamen) bir Ego,
- b) Gerçeği değerlendirme işlevinin bozukluğu,
- c) Çeşitli algısal güçlükler,
- d) Entegre olmamış defansif davranış patterni,
- e) Korku, öfke, suçluluk duygularının yolaçtığı sıkıntı,
- f) Verbal iletişimde ki sembolik ve mecaz nitelikteki içerik,
- g) Bağımlılık, sevgi, güven, yardım arayışı ve gereksinimi,
- h) Dürtü kontrolünün azalması, davranış bozuklukları,
- i) Çeşitli derecelerde psikiyatrik semptomlar (kuşkululuk, yaklaşım zorluğu, terk edilmişlik, sevilmemeye, istenmemeye, aşırı heyenilme zannı, apati, donukluk, hiperaktivite, insomnia, fazla uyku hali, umutsuzluk v.s.).

Gerek psikotik ve gerekse nörotik hastalarda olduğu gibi kişilik bozukluklarında da yukarıda sayılan özelliklerden biri yada bir kaçına birlikte rastlamak olağandır. Ancak psikozlardaki bozulma daha akut olabildiği gibi, zedelenme daha derinlerde, regresyon ve ego parçalanması daha ileri derecede, kullanılan defans mekanizmaları ise daha arkaik (ilkel) ve hastalık tablosu nörozlardaki konversiyonlar dışındaki tüm tablolarından genellikle daha dramatiktir.

Bu özelliklerden giderek psikozların grup ile tedavisinde genel olarak amacı aşağıdaki biçimde saptamak mümkündür:

- Egoyu güçlendirmeye çalışmak
- Gerçeği değerlendirme işlevini geliştirebilmek ve daha sağlıklı hale sokabilmek
- Defansları arkaiklikten kurtarmak yada bozulmuş olanlarını düzeltmeye çalışmak.

Psikoz gruplarındaki hastalar başkalarının hissettikleri karşısında aşırı duyarlık göstermenin yanısıra iki uç arasında değişkenlikte gösterebilmektedir. Güvence yoksunluğu ise onları başkaları ile hemen ilişkiye girmekten alakoymaktadır ve düşüncelerini anlatmakta çeşitli nedenlere bağlı olarak endişe duymaktadırlar (İtilme, dışarda bırakılma, ayrı düşme, sevilme tehlikesi).

Psikoz ve nöroz gruplarında rastlanmakla birlikte psikoz grubu için daha tehlikeli olan özelliklerin bazıları şunlardır:

- Aşırı suskunluk ve aşırı konuşma
- Kapanma
- Depresyon

Ayrıca psikoz gruplarının akışı daha yavaş olup üyelerin devamsızlığına daha çok rastlanır.

Düşünce ve duyguların sözelleştirilmesi; grupta buna fazlaca olanak tanınması psikoz grupları için de geçerliliğini korumaktadır. Özellikle hostile duyguların ifadesinde ki yarar açıktır (sözkonusu duygular realite bağlantısı içinde olabildiği kadar fantazilerle de ilgili olabilir). İfade edildiği vakit hasta daha rahat hisseder (16).

Ancak hastanın verbalizasyonu terapistin verbalizasyonu ile yakından ilgilidir. Hatta tamamen terapistin takındığı tavra bağlıdır (5). Çoğu araştırmanın konusu; psikoz grubunda verbalizasyonun ne biçimde arttırılacağıdır. Bazı araştırmacılar grup içinde yer alan terapistlerin biribirinden farklı tutum ve davranış içinde olmalarının grup içindeki verbalizasyonu % 80 oranında arttırdığını saptamıştır (18). Buradaki varsayımın doğru yanı; kronikleşmiş bile olsa psikotik hastanın, bazı sosyal uyaranlar karşısındaki cevap verme potansiyelinin normal insanlardan daha aşağı olmadığıdır. Üstelik en az onlar kadar duyarlıdır (34). Ortam sosyalleştiği ölçüde bu potansiyel artar.

Psikotik hastaların biraraya gelişinde ki özellik sosyal bir ortamın kurulmasıdır. Bu ortam giderek, kişilerarası ilişkilerin en yakın ve en içten konuşulduğu bir forum haline gelir. Benzer duyguları başkalarında izlemek, aynı sorunların olduğunu görmek izolasyon duygularını azaltır. Gerek terapistin gerekse diğer üyelerin verdiği özdeşim olanakları karşılıklı yardımlaşmayı başlatır. Önemli olan gruptan ve terapistten kabul gördüğüne inanabilmek, desteklenmektir.

Tedavi grubu içindeki bu düzeltici (korektif) grup yaşantısı ruhsal düzeyde gelişir. Fakat tek başına yeterli değildir. Hastaların günlük yaşantısı da önemlidir. Terapötik veya terapötik olmayan bir dizi aktiviteyi içerir. Hastaların bu aktiviteler içinde de yer alması beklenir (36).

Hastaların koğuş idaresine katılması, koğuş içi günlük yaşamın akışı içinde görev ve sorumluluk alması (yeni gelen hastayı karşılama, çay saati düzenlenmesi, başkan, temizlik kolu, sosyal kol v.b.) katkılı adımlardır. Buna yaratıcı (kreatif) grup yaşantısı adı verilebilir. Sosyal düzeyde işlev görür (36).

Düzeltilici ve yaratıcı grup yaşantısı birbirini bütünler ve biri diğerinden soyutlanamaz. Birlikte tedavi ortamının sosyalleşmesine hizmet ederler.

Ortamın yeterince sosyalleşmesi, hastayı yaşantısal bir süreçle karşı-karşıya bırakır: kendi algıları doğrultusunda geliştirdiği iletişim ve etkileşim biçimini, başkalarının algıları, kendine yönelik feedback'leri aracılığı ile farketmeye başlar. Böylelikle özgür ve rahat bir biçimde iletişim ve etkileşime girme kapasitesi artar. Giderek "kendini-kendine doyumlu olabilmeyi" ve başkalarıyla birarada bulunmayı öğrenmeye başlar (23).

Psikotik hastalarla sürdürülen grup psikoterapisinin şu özelliklere sahip olması beklenir:

- Gerçeği test etme yeteneğini geliştirmek
- Toplumsallaşma yeteneğini artırmak
- Yeni ve olumlu özdeşim olanakları tanımak
- Benlik saygısı ve güvenin artmasını sağlamak
- Represyon düzeyini yükseltmek
- Çok yönlü (seçenekli) düşünceyi geliştirmek
- Kendinde ve başkasında duygusal tepkilerin tanımmasını sağlamak, böylece iç gerilimi azaltmak.

Psikotik hastanın tedavisinde grup psikoterapisinin tek başına bu amaçlara ulaşabilmesi kuşkuludur. Uygulamada görülen; grup tedavisinin kombine biçimde kullanıldığıdır. Sıklıkla, biyolojik tedavilerle kombine edilir. İlaç ve ECT gibi (2, 7, 8, 17, 21, 30).

İlaç tedavisi, psikoz tedavisinde gelenekselleşmiş bir yöntemdir (17). Grup tedavisinin ilaç tedavisiyle kombinasyonu iki aşamada ele alınır:

- 1- Grup öncesi
- 2- Grup esnasında

1- Grup öncesi: Akut atak geçinmekte olan hastanın gruba alınması belirli bazı sakıncaları getirir (Hallüsinasyonları, delirler, hostile ve agresif davranışlar gibi...). Bu dönemde ilaç; belirtilerin giderilmesi amacıyla kullanılır. Böylelikle hastanın ilgi potansiyeli ve aktivitesi artar (4).

2- Grup esnasında: Episodik bir atak, hasta grup tedavisinde olduğu bir sırada gelişebilir. Bu gibi durumlarda; koşullar elverdiği ölçüde hasta grup tedavisinde tutulmaya çalışılmaktadır. Ancak sonuç vermiyorsa semptomların gerilemesi beklenmelidir. Örneğin suicidal potansiyel gösteren bir hasta grup süreci içinde düzelmeyorsa; bir süre için hasta gruptan alınır, biyolojik tedavi ile depresyonu giderildiği vakit gruba alınır.

İlacın genel olarak şu tür biyolojik etkileri vardır:

- Yeni kortikal bağlantıların oluşmasını sağlar.
- Patodinamik yapı üzerinde şekillenmiş patolojik aşırılıkların yoğunluğunu azaltır.

Delirilerin otonom sinir sistemi içindeki bileşkenlerinde ilaçla sağlanan gerileme grup psikoterapisi sürecini olumlu biçimde etkilemektedir. Çünkü grup psikoterapisi otonom sinir sisteminin sempatik aktivasyonu ile yakından ilgilidir. Öte yandan şartlı refleks kuramcılarının ileri sürdüğüne göre; patodinamik yapının yol açtığı otonom sinir sistemi reaksiyonları üzerinde verbal ve motor tepkiler (iletişim-etkileşim) ilaca kıyasla daha çok etkendir (19).

ECT (Electro-Convulsive Therapy) grup psikoterapisiyle kombine edilen diğer bir biyolojik tedavi yöntemidir. Etki mekanizması ilacın etki mekanizmasına çok yakın benzerlik gösterir. Tek başına grup ve ECT tedavisinin, ilaç kombinasyonundan daha etkili olduğunu ileri sürenler vardır (28,33).

Klinik uygulamaların sonucu; bu çalışmada yeğ tutulan yöntem ise üçlü kombinasyondur. İlaç, ECT, grup psikoterapisi (28).

Grup tedavilerinin kombinasyonunda beklenen ve ulaşılmak istenen sonuçlardan biri de hospitalizasyon süresinin kısaltılmasıdır (3). Böylelikle topluma en kısa zamanda dönüş sağlanmış olmaktadır. Ruh hastası olmak, izole edilmek gibi olumsuz duygular azalmış olur. Hastane ve toplum arasındaki boşluk biraz daha kapanır (20).

Hastaneden taburculuk kısa sürede ve güven içinde gerçekleştiriliyorsa; hastane bir "hapisane" olmaktan çıkıp kendi anlamı içinde güvence ifade eden, zorluk halinde başvurulabilen bir yer haline gelir.

Hastalar tedavi ortamı içinde öğrendikleri, uyuma yönelik sosyal becerileri (iletişimsel davranış ve etkilendirme) toplum içinde tekrarlarken zaman zaman güçlüğü düşebilirler. Bunu gözönüne alırsak, bir süre daha ayaktan gelip- gitmelerinde fayda vardır (10).

Üstelik ayaktan gelip-giden hastaların devam etmekte olan gruplara (yatan hasta grubu) alınmasında pek çok yarar vardır. Bu yarar ayaktan gelen hastalara yöneliktir. Sosyal fonksiyon açısından yatan hastalar daha iyi durumdadır (13, 38). Geçerken şunu da belirtmekte yarar vardır: Yatanların daha işlek olduğu klinik gözlemlenilen bir sonuçtur. İstatistiksel analizler sonucu iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur (13, 38).

Belirtilerin azalması ya da kalkması ve taburculuk; tedavinin sona erdiği anlamını taşımaz. Taburcu olmuş (sözkonusu tedavi aşamalarından geçmiş) bir grup hasta arasında bireysel görüşmeler yoluyla yapılan bir araştırma uyum konusunu araştırmış ve sonuçta iyiden-kötüye olmak üzere şu alanlarda sıralama yapılmıştır:

- 1- İşe uyum (Occupational Adjustment)
- 2- Ekonomik uyum (Economic Adjustment)
- 3- Aileye uyum (Family Adjustment)
- 4- Topluma uyum (Community Adjustment)

Burada varılabilecek bir sonuçta hastaların ayaktan tedaviyi sürdürmelerinin gerekli olduğudur.

Grup psikoterapisinden sağlanan yararların tartışılması ve sonuçların istatistiksel anlayış içinde ifade edilmesi çoğu kez güçlüklerle doludur. İnsan davranışının ölçülebilir pek çok yanı olmakla beraber; grup içindeki

değişkenlerin çeşitliliği, yayılışı ve subjektif niteliği ölçmeyi güçleştirir. Ayrıca ölçüm yapacak kişilerin o anki duygusal durumu, gördüğü eğitim de önemli olan diğer hususlardır.

Bugüne dek ölçüm için değişik yollar öne sürülmüştür. Örneğin gruba alınmadan önce verilen testler veya doldurulan skalalar grup tedavisi sonunda tekrarlanmış, sonuçlar karşılaştırılmıştır. Ancak geçerli olanı her araştırmacının kendi yöntemini kendinin yaratmasıdır.

Sonuçların aktarılış biçimine değin yapılmış bir araştırmadan şu örnek verilebilir (25).

Araştırma devlete ait bir akıl hastanesinde yapılmıştır.

Tedavi biçimi kombine (ilaç ve ECT) grup psikoterapisidir.

Gruba ayaktan ve yatan 11 hasta alınmış olup kapalı bir gruptur. 11 hastanın tanıları şöyle:

8 Adet Şizofrenik Reaksiyon	% 72.72
2 Adet Alkolik ve Toksikoman	% 18.18
1 Adet Psikotik Depresyon	% 9.09

Haftada 1,5 saat süren tek bir seans yapılmakta olup araştırma sonuçları 16 ay içinde 60 seansı kapsamaktadır. 60 seans sonunda ve daha sonraki follow-up çalışmaları sonunda elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Ölçüm Zamanı	Çok İyi	%	Orta	%	Az İyi	%	İyi Değil	%
Tedavi Sonu	3	27.27	--	--	3	27.27	5	45.45
1 Yıl Sonra	3	27.23	1	9.09	1	9.09	6	54.54
2 Yıl Sonra	4	36.36	--	--	1	9.9	3	27.27

3 Hasta gruba devam edememiştir (uzaklık, para konusu v.s.)

Gruba % 70 oranında bir katılım olmuştur.

Diğer bir sonuç ise (aynı araştırmada) şöyledir:

Hospitalizasyon Sayısı	Tedavi Esnasında	%	1 Yıl Sonra	%	2 Yıl Sonra	%
1 Kere	3	37.5	1	12.5	1	14.3
2 Kere	2	25	1	12.5	--	--
Daha çok	1	12.5	2	25	2	28.5
Hiç yok	2	25	4	50	4	57.1
Toplam	8	100.00	8	100.00	7	99.9

3 Hasta gruba devam edememiş. 2 yıl sonra da 1 hasta başka bir nedenden ötürü yitirilmiştir.

Sonuçların aktarılmasında ki güçlük güncelliğini sürdürmektedir. Her türlü kuram ve uygulama çok sayıda gözleme dayanmak zorundadır. Bunlar arasından sık olarak tekrarlayan gözlemler toplanarak ve işlenerek uygulanacak yöntem ve gidilecek yön tayin edilmelidir (24).

Sunulacak araştırmada; kliniğimiz 1. kapalı erkek katında uygulanmakta olan grup tedavisi üzerinde durulmuştur. Hasta popülasyonu değişik tanı grupları arasında serpilmiş olup; grup tedavisine alırken de bu yaygınlığa dikkat edilmiştir. Ayrıca ayaktan hastalar da grup içine alınmıştır.

Böylelikle çeşitli patodinamik unsurların sözkonusu olduğu bir iletişim-etkileşim ortamı kurulmuştur. Bu ortam içinde, tedavi sürecine etkili, farklı iletişimsel davranışlar sözkonusudur. Terapistlerin tutumu sosyal ilişkiyi (anlayış, yardımlaşma) pekiştirici biçimde gerçekleştirilmiştir (41).

Çalışmamızda sözkonusu bu iletişimsel davranışların ölçülebilecek bazı nitelikleri (verbal, non-verbal, duygu içeriği) üzerinde durulmuş ve bir ölçme yöntemi geliştirilmiştir.

Amaç bu yöntemi kullanarak tedaviye ait bazı sonuçları saptamak ve hastanede yatan bireylerle toplum içinde değişik düzeylerde uyum sağlamış bireylerin iletişim-etkileşim süreci içindeki durumlarını saptamaktır.

MATERYAL VE METOD

Sunulacak olan çalışmanın konusu A.Ü.T.F. 1. KEK'da uygulanmakta olan grup tedavisidir.

Sözkonusu kat, 30 kişilik bir ünite olup psikoç vak'alarının, alkolik ve toksikomanların (üçte-bir oranını geçmemek koşuluyla) ve diğer bazı vak'aların (ağır nöroz, sosyopat, psikopat, suisid) yatarak tedavi gördüğü bir kattır.

Katta, grup ile birlikte ilaç ve ECT tedavisi de uygulanmaktadır.

Grup tedavisi haftada 2 kez yapılmakta ve 1 saat sürmektedir. Gruba:

- Terapist (Tıp Doktoru)
- Ko-Terapist (Tıp Doktoru)
- Hemşire
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Uğraş Tedavici
- Stajyer Tıp Öğrencisi (en fazla 2)
- Stajyer Sosyal Hizmet Öğrencisi (1 kişi ve 3 ay süreyle) katılmaktadır.

Terapist ve ko-terapistin dışında kalanlar gözlemci statüsünde olmakla birlikte; grup içinde yer almakta ve yerine göre verbal ya da non-verbal katılımda bulunmaktadır.

Terapistlerin ve gözlemcilerin yaygın bir biçimde oturmalarına her hastayı gözleyebilecek durumda olmalarına özen gösterilmektedir.

Her seansı izleyerek yapılan tartışma grubu yarım saat sürmektedir. Tartışma grubunda hastaların ve grub'un sürece yönelik değerlendirilmesi yapılmaktadır. Terapistlerin ve diğer katılan gözlemcilerin grup içi davranışları; birbirleriyle olan etkileşim ve iletişimleri de tartışma grubu kapsamı içindedir.

Gruba şu tür hastalar alınmaktadır:

- Sözel iletişim kurulabilen; psikotikler,
- Alkolik ve toksikomanlar (üçte-bir oranını geçmemek koşulu ile)
- Zaman-zaman nöroz vak'aları.

İlke olarak psikoz vak'aları üzerinde odaklaşmakla birlikte diğer vak'aların da gruba alınışında ki temel neden; grubun terapötik ortamı ile koğuş içi sosyal ortam arasında (katılım açısından) denge sağlamaktır. Reddedilme, dışarıda bırakılma, cezalandırılma gibi olası duygusal yükünlükler genel atmosferi olumsuz etkilemektedir.

Alkolik ve toksikomanların alınmasında diğer bazı etmenler şöyle sıralanabilir:

— Alkolik ve toksikomanlar psikoz vak'aları karşısında kendilerini daha sağlıklı ve güvenli yaşamakta ve bu nedenle dalıcı, girişken, yardımcı, koruyucu bir tutum takınmaktadırlar. Böylece grupta iletişim ve etkileşim canlı tutulmakta; psikotik hasta için katlanması güç olan suskunluk dönemleri kısalmaktadır.

— Alkolik ve toksikomani vak'aları temelde kişilik eksikliği, bozukluğu olarak ele alınmış ve semptomlarından ötürü sosyalleşme sürecinin dışında kalmış kişiler olarak görülmüştür. Sosyal uyum gereksinimi; psikotik hastalar için sözkonusu oranda bu hastalar için de geçerlidir.

Çalışma 1.1.1977 - 1.7.1977 tarihleri arasındaki 6 aylık süre içinde yapılan 50 grup seansını kapsamaktadır.

Bu süre içinde grup seanslarında yer almış (değişik sayılarda) ve değerlendirilmiş hasta sayısı toplam 73'tür. Bunların 62'si yatan hastalar olup 11'i ayaktan gelen ve daha önce grup tedavisi görmemiş hastalardır. Toplam 73 hasta 50 grup seansında 387 kez hazır bulunmuşlardır.

Seans başına düşen en az hasta sayısı: 4

Seans başına düşen en çok hasta sayısı: 12

Seans başına düşen ortalama hasta sayısı: 7.74'dür.

Grubun değerlendirilmesi tartışma grubu sırasında yapılmıştır. Burada her hasta ayrı ayrı ele alınmış, hasta değerlendirmesi bitince bütün olarak grup süreci üzerinde durulmuştur.

Grup değerlendirilmesi 4 aşamada yapılmıştır: (Ek.1)

- 1- Katılım
- 2- Tutum (duygu ve davranış)
- 3- Düşünce süreci
- 4- İçerik

1- Katılım ikiye ayrılmıştır:

- a- Verbal (aktif)
- b) Non-verbal (pasif)

Her iki katılım kendi içinde (-, +, ++, +++) olmak üzere derecelendirilmiştir. Şöyleki:

a- Verbal (aktif) Katılım:

- (-): Seans süresince 2 cümleden az konuşmuş
- (+): Seans süresince 3-5 cümle sarfetmiş
- (++): Seans süresince 5-10 cümle sarfetmiş
- (+++): Seans süresince 10 cümleden fazla konuşmuş;
birşeyi baştan sona anlatmış olmak.

Görüldüğü üzere verbal katılımı daha iyi belirleyebilmek amacıyla cümlelerin sayılması yoluna gidilmiştir. Bu işle kat hemşiresi görevlendirilmiş olup çetele tutmak usulüyle tüm hastalar için ayrı ayrı sayım yapılabilmektedir.

b- Non-Verbal (pasif) Katılım:

Terapistler ve gözlemcilerin her hastayı gözleyebilecek biçimde oturmaya özen gösterdiklerine değinilmişti. Tartışma grubunda her hasta için non-verbal katılım

izlenimler yoluyla saptanmış ve her hasta için oybirliği, görüşbirliği sağlanmaya çalışılmıştır. Benzeşen izlenimler esas alınmıştır.

(-): Hiç aldırmaayanlar için kullanılmıştır. Çevreden gelen uyarılara rağmen refrakter kalanlar.

(+): Arada-sırada dikkat gösterenler için kullanılmıştır. Ancak uzun süre dikkatini sürdürmemiştir.

(++): Serbest dalgalanan dikkat. Normal diye kabul edilen.

(+++): Non-verbal düzeyde kalmakla birlikte her an grubun içinde; jestle, mimikle bağlantı kurulabilen, anlaşılabilenler için kullanılmıştır.

2- Tutum (Duygu ve Davranış)

Hastaların duygusal potansiyelleri ve grupta içinde buldukları duygusal durum ve takındıkları tutum sıfatlar aracılığı ile belirlenmeğe çalışılmıştır.

Duygusal durumun ve davranışın saptanmasında kullanılan bu sıfatlar; ya kendileri bir duyguyu veya davranışı ifade etmekte yada duygusal bir durumu nitelendirmektedir.

Çalışmamızda; halen Kansas, Missouri eyalet akıl hastanelerinde veya Üniversite kliniklerinde kullanılmakta olan "ADJECTIVE CHECK LIST" esas alınmıştır (Ek-2).

Daha önce dilimizde kullanılan sıfatlar; günlük konuşmalardan, hasta ifadelerinden v.b. kaynaklardan saptanmaya çalışılmış daha sonra "Adjectiv Check List" le karşılaştırılarak yeni bir sıralama elde edilmiştir.

Bu sıralamada yer alan sıfat sayısı 163'tür.

Genel olarak sıfat sıralaması şu biçimlerde kullanılmaktadır.

- 1- Hastanın kendisine verilerek; kendi için uygun olanı veya olanları seçmesi söylenir.
- 2- Araştırmacı tarafından denetlenerek hastaya verilir ve araştırmacı tarafından değerlendirilir.
- 3- Araştırmacı veya araştırmacılar tarafından belirli bir durum içinde gözlemlenen hasta için sonradan doldurulur.

Çalışmamızda ki kullanılış biçimi ise sonuncuya uymaktadır.

Tartışma grubu içinde yer alan kişilere; her hasta için (en fazla 3 olmak üzere) sıfat kullanmak suretiyle durum saptaması yapması istenmiştir.

Daha sonra benzer sıfatlar birleştirilmek suretiyle her hasta için görüş birliği sağlanarak sıfat saptaması yapılmıştır.

Çalışmamızda sıralamadaki 163 sıfattan yaklaşık 100 katarı (98) kullanılmıştır. Kullanılan bu sıfatlar, anlayışı kolaylaştırmak amacıyla, kendi aralarında gruplandırılmıştır (Ek-3):

- 1- Olumlu sıfat
- 2- Olumsuz sıfat
- 3- Nötr sıfat

1- Olumlu sıfat: Duyguların sözcüklerle ifade edilmesi, iletişim ve etkileşimin verimliliği, sosyal uyumda başarının göstergesidir.

2- Olumsuz sıfat: Direncin, sıkıntının, uyum güçlüğü'nün, çeşitli iletişim ve etkileşim aksamalarının göstergesidir.

3- Nötr sıfat: Yukarıda belirtilen iki özellik arasında bir denge hali olup; koşullara göre değişebilirliğin göstergesidir.

Çalışmada incelenen 50 seans boyunca; sıralama da yer alan 98 sıfat (710) kez kullanılmıştır.

Seans başına düşen en az sıfat : 7

Seans başına düşen en çok sıfat: 25

Seans başına düşen ortalama sıfat: 14.20

Seans başına düşen ortalama hasta sayısının 7.74 olduğu hatırlanırsa; her hasta için aşağı-yukarı 2 sıfat kullanılmıştır.

3- Düşünce Süreci

Burada amaçlanan; gruba katılan hastaların gerçeği değerlendirme yetilerininin saptanmasıdır.

Tartışma grubu esnasında önceden sözüedilen ilkeler doğrultusunda belirlenir:

(-): Düşünce süreci bozuk

(±): Hakkında karar verilemeyenler veya değişken olanlar

(+): Düşünce süreci düzgün olanlar

4- İçerik:

50 oturumda konuşulan konular en çok konuşulandan en az konuşulana kadar sıralanmıştır. Üç oturumda en az 5 kere tartışılan konular seçilmiştir (42).

Terapist ve Ko-terapist: Aktif, çabacı bir tutumu ön planda tutmuşlardır. Bu, psikoz grupları için tanımlanan ve bizim çabacı (energizer) dediğimiz lider davranışına uygun düşmektedir (45).

Ayrıca grupta, gerek hastalara, gerekse birbirlerine yönelimlerinde farklı düzeyde tutum takınmaları ve değişik açılardan etkileşime girmeleri ilke olarak benimsenmiştir (5, 16, 18, 34).

Çalışmada önce her grubun %'si alınmış, bu yüzdeler tablolar ve çizelgeler biçiminde bulgulara sunulmuş, χ^2 işlemi ve buna bağlı test of independence (bağımsızlık testi) kullanılmış ve bir kısmı tartışmada yansıtılmıştır (14, 27, 31, 39).

B U L G U L A R

Çalışmanın bu bölümünde, hastalar:(grup tedavisine)

- 1- Yatanlar
- 2- Ayaktan gelenler

olmak üzere ikiye ayrılmış olup;tanıtıcı özellikleri üzerinde durulmuş, kıyaslanmış ve grup içindeki durumları:

- a) Verbal katılım
- b) Non-Verbal katılım
- c) Düşünce süreci
- d) Sıfat çeşiti
- e) İçerik

açısından yansıtılmıştır. Sonuçlar Tablo (9 adet) ve çizelge (5 adet) olarak sunulmuştur.

Yaş Grupları	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
10 - 20	5	8.09	--	--
21- 30	25	40.32	6	54.54
31 - 40	19	30.65	3	27.27
41 - 50	11	17.74	2	18.18
51 - 60	2	3.23	---	--
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo- 1 Yaş Dağılımı

Tablo- 1'de yatan (n=62) ve ayakta gelen hastalara (n=11) ilişkin yaş dağılımı verilmiştir.

Yatanlar grubu içinde en genç hasta 16 yaşında en yaşlısı ise 56 yaşında olup yaş ortalaması 31.17 dir. Ayaktan gelenler grubunda ise en genç hasta 21 yaşında en yaşlısı ise, 42 yaşında olup ortalama yaş 28.45 dir.

Bitirdiği Okul	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
Okur-Yazar Değil	--	--	--	--
Okur - Yazar	2	3.23	--	--
İlkokul	15	24.19	3	27.27
Orta Öğretim	28	45.16	6	54.54
Meslek Lisesi	9	14.52	--	--
Üniversite	3	4.84	1	9.09
Yüksek Okul	5	8.06	1	9.09
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 2 Eğitim Dağılımı

Yatan (n= 62) ve Ayaktan gelenler (n= 11)

Tablo - 2'de iki gruptaki hastaların eğitim dağılımları görülmektedir.

Her iki grupta da okur-yazar olmayan hasta yoktur. Yatan hasta grubunda okula gitmemiş ancak okur-yazar olan hasta sayısı % 3.23 iken ayaktan gelenler arasında okula gitmemiş (veya formal eğitim görmemiş) hasta yoktur. Her iki grupta kümelenme orta öğretimde; (n= 62, % 45.16 - n= 11, % 54.54), ikinci kümelenme ise (n= 62, % 24.19 - n= 11, % 27.27) ile ilköğretim grubundadır.

Medeni Durum	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
Evli	30	48.38	3	27.27
Bekar	26	41.94	6	54.54
Ayrılmış	4	6.45	1	9.09
Boşanmış	2	3.23	1	9.09
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 3 Medeni Hal Dağılımı

Yatanlar n= 62

Ayaktan gelenler n= 11

Birinci gruptakilerin evlileri, % 48.38 iken ikinci grupta bu % 27.27 dir. Bekarlar sırayla % 41.94 ve % 54.54 ten oluşmaktadır.

Meslek, İş	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
İlkokul Öğretmeni	4	6.45	1	9.09
Orta-Lise Öğretmeni	5	8.06	--	--
Öğrenci	7	11.30	2	18.18
Çalışmıyor	17	27.41	4	36.36
İşçi	5	8.06	--	--
Memur	6	9.70	1	9.09
Zenaatkar	3	4.84	--	--
Emekli	1	1.61	--	--
Çiftçi	1	1.61	--	--
Doktor	1	1.61	--	--
Polis	1	1.61	--	--
Esnaf	3	4.84	--	--
Hizmetli	3	4.84	--	--
Serbest	5	8.06	3	27.27
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 4 Meslek, İş Dağılımı

Yatan (n= 62) ve Ayaktan (n= 11) hastalarda

Tablo - 4'de iki grup için meslek, iş dağılımı

verilmiştir. Her iki grupta da çalışmayan hastalar çoğunluk-
tadır: Yatanlarda; % 27.41 ayaktan gelenlerde % 36.36.
Aradaki % farkı; % 8.95'tir (ayaktan gelenler lehine).

Tanı	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
Şizofreni	6	9.67	--	--
Şizofrenik Reaksiyon	25	40.32	6	54.54
Paranoid Reaksiyon	5	8.06	2	18.18
Psikişik Depresyon	5	8.06	--	--
Alkolizm	14	22.60	3	27.27
PMD	3	4.84	--	--
Toksikomani	1	1.61	--	--
Reaktif Depresyon	2	3.23	--	--
Obsesif - Nöroz	1	1.61	--	--
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo : 5 Tanı Dağılımı

Yatan (n= 62) ve Ayaktan (n= 11) hastalarda

Her iki grupta da şizofrenik reaksiyon tanısı alan hastalar ağırlılık temsil edilmekte olup bunu alkolikler izlemektedir.

Hospitalizasyon Sayısı	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
İlk Kez	32	51.61	4	36.36
İkinci Kez	20	32.25	5	45.45
Üçüncü Kez	3	4.84	2	18.18
Dördüncü Kez	3	4.84	--	--
Beşinci Kez	2	3.23	--	--
Daha Çok	2	3.23	--	--
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 6 Hospitalizasyon Dağılımı

Yatan (n= 62) ayaktan (n= 11) hastalarda

Bir defadan fazla yatan hasta sayısı her iki grupta da çoktur. Başka kurumlardaki hospitalizasyon da dahil edilmiştir.

Süre (Gün)	Sayı	%
10 - 19	8	12.92
20 - 29	20	32.26
30 - 39	17	27.41
40 - 49	6	9.67
50 - 59	5	8.06
60 - 69	2	3.23
70 - 79	3	4.84
80 - 89	1	1.64
Toplam	62	100.00

Tablo: 7 Hospitalizasyon Süresi (yatan hastalarda)
n= 62

Tablo - 7 de yatan hastalar için Hospitalizasyon süresi gün olarak verilmiştir.

Ayaktan gelenler daha önce farklı zamanlarda ve değişik sürelerle yatmış olduğundan bu tabloya dahil edilmemiştir.

Yatan hastalar arasında en az yatma süresi 10 gün olup en uzun yatan 80 gün yatmıştır. Ortalama yatma süresi 33.17'dir.

Tedavinin Adı	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
İlaç	27	43.55	7	63.63
ECT	--	--	--	--
İlaç + ECT	35	56.45	4	36.36
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 8 Tedavi Dağılımı (Grup hariç)

Yatan (n= 62) ve ayakta (n= 11) hastalarda

Tablo 8'de Biyolojik tedavi kombinasyonuna ilişkin veriler vardır.

Çıkış Durumu	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
Salah	36	58.07	6	54.54
Kısmi Salah	22	35.48	4	36.36
Haliyle	4	6.45	1	9.09
Toplam	62	100.00	11	99.99

Tablo: 9 a) Çıkış Durumu Karşılaştırılması

Yatan (n= 62) ve ayakta (n= 11) hastalarda

Tablo - 9'ada Değerlendirme süresi sonunda hastaların klinik durumları karşılaştırılmıştır.

Çıkış Durumu	Sayı	%
Salah	42	57.53
Kısmi Salah	26	35.62
Haliyle	5	6.85
Toplam	73	100.00

Tablo: 9 b) Tüm hastaların çıkış durumu n= 73
(Yatanlar ve ayaktan gelenler birlikte)

Verbal Katılım	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
-	16	4.8	7	9.3
+	85	25.8	12	15.7
++	123	37.3	33	43.4
+++	105	32.0	24	31.5
Toplam	329	99.99	76	99.99

Çizelge: 1 Verbal Katılım Karşılaştırılması
(n= 62) Yatan ve (n= 11) Ayaktan hastalarda

Çizelge - 1'de iki grubun 50 seans boyunca Verbal (aktif) katılım açısından karşılaştırılması yapılmıştır.

Non-Verbal Katılım	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
-	12	3.6	5	6.6
+	66	20.0	21	27.6
++	237	72.0	50	57.7
+++	14	4.3	--	--
Toplam	329	99.9	76	99.9

Çizelge: 2 Non-Verbal Katılım Karşılaştırılması
Yatan (n= 62) Ayaktan (n=11) Hastalarda
İki grupta da (++) düzeyinde katılım ilk sıradadır.

Sifat Çeşidi	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
Olumlu Sifat	437	72.23	93	66.39
Olumsuz Sifat	133	21.98	19	13.76
Nötr Sifat	35	5.78	26	18.84
Toplam	605	99.99	138	99.99

Çizelge: 3 Sifatların Karşılaştırılması
Yatan (n= 62) Ayaktan (n= 11) hastalarda
Çizelge - 3'de yatan ve ayaktan gelen hastalar,
50 grup seansı boyunca aldıkları sıfat çeşidi doğrultusunda
karşılaştırılmıştır.

Düşünce Süreci	Sayı n=62	%	Sayı n=11	%
-	4	1.2	1	1.3
-	32	9.7	7	9.3
+	293	89.0	68	89.3
Toplam	329	99.9	76	99.9

Çizelge: 4 Düşünce Süreci Açısından Karşılaştırılan Yatan (n= 62) ayaktan (n= 11) hastalarda Düşünce süreci (+) olanlar her iki grupta da yüksektir.

Konu	Getiriliş Sayısı	%
Taburculuk	25	14.62
Hastalar Arası İlişkiler	20	11.70
Tedavi Biçimi (Grup, ECT, İlaç)	16	9.35
Çevre İlişkisi	15	8.77
Ruh Hastası, Hastalığı	13	7.60
Güven, Kuşku	12	7.01
Yardım Etme, Alma	10	5.85
Kat İçi Sorunlar	10	5.85
Alkolizm	9	5.26
Anne	8	4.68
Bağımlılık	8	4.68
Hastaneye Yatma	7	4.10
Karşı Cins, Evlilik	7	4.10
Doktorla İlişkiler	6	3.51
Eş, Aile v.s.	5	2.92
Toplam	171	100.00

Çizelge: 5 50 seans boyunca sık konuşulan konular (Üç oturumda beş defadan fazla tartışılmış) ve dağılım oranları (% olarak)

T A R T I Ő M A

Bu bölümde bulguların tartışması ve değerlendirilmesi yapılacaktır.

Tablo 1'de yaş dağılımı; 10-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60 alt başlıklarında verilmektedir. Ayrıca yüzde oranlarına da yer verilmiştir. Dağılım Devlet İstatistik Enstitüsü ve kurumlarının bölümlenmesine uygun alt başlıklarla sunulmuştur.

Yaş ortalamasının yatan denekler için yaklaşık 31, ayaktan gelenler için ise 28.5 olduğu görülmektedir. Bu her iki grubun yaş ortalamasının oldukça yakın olduğunu vurgulamakta ve tüm ülkelerdeki popülasyonların en etkin üretici kesiminin yoğunlukta olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmada odaklaşma her iki denek grubu için 21-30 yaş grubudur (n= 62 için % 40, n= 11 için % 18.18). İkinciliği ise 31-40 yaş grubu almakta olup, (n= 62 için % 30.65, n= 11 için % 27.27) üçüncülüğü ise 41-50 yaş grubu (n= 62 için % 17.74, n= 11 için % 18.18) almaktadır.

Bu durum; 21-50 yaş gruplarının yüzdelerinin toplam sonucunu (n= 62 için % 88.71, n= 11 için % 99.99) biçiminde oluşturmakta ve diğer ülkelerdeki grup uygulayıcılarının yaş grupları ile paralellik göstermektedir (22).

Duruma Türkiye'nin genel popülasyonu ve A.Ü.Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine genel başvurular açısından bakacak olursak 1977 dağılımı şöyledir:

Yaş	Türkeyi % desı	Kilininik % si
21 - 30	15.8	18.8
31 - 40	10	10.8
41 - 50	9.6	7.3
Toplam	35.4	36.9

Bu da başvuruların toplam nüfus oranı paralelinde olduğunu göstermektedir. Kliniğimiz açısından (durumun 1970 yılında (% 71) ve 1975 yılında (% 70) gibi sıralamadaki en yüksek oranlarla temsili kanımızı güçlendirmektedir (44).

Söz konusu yaş grubunun çalışmamızda yatanlarda % 88.71, ayaktan gelenlerde % 99.99 oranında temsil edilmesi onların tedavi potansiyelinin varolduğunun ve bu durumun değerlendirilmeye çalışıldığının bir göstergesidir. Yaş dağılımı açısından iki grup arasında fark yoktur ($\chi^2 = 1.73$, $p > 0.05$).

Gruplarda eğitim dağılımı Okur-Yazar Değil, Okur-Yazar, İlkokul, Orta Öğretim, Meslek Lisesi, Üniversite, Yüksek Okul; alt başlıkları altında sunulmuş ve ilgili yüzdelerine yer verilmiştir.

Tablo 2 eğitim dağılımını göstermektedir. Üniversite, Yüksek Okul, Okur-Yazar değil ve Okur-Yazar alt başlıklarında ki %'lerin ihmal edilir oranda olmasına karşın; orta öğretim ve ilk öğretim düzeyindekilerin toplam olarak birinci grupta % 83.87 ikinci grupta ise % 81.81 olduğu ve aradaki farkın ihmal edilir ölçüde azlığı dikkat çekmektedir. İstatistiksel açıdan da bu geçerlidir ($X^2 = 2.14$ $p > 0.05$).

Toplum nüfusumuzdaki erkeklerin % 42.5'i ilk ve orta öğretim görmüş durumdadır. Bu oranla hasta grubunda daha yüksek oluşu psikiyatrik hastalıkların bu grupta daha yoğun olduğunu göstermektedir. Bu da önceki çalışmalara uymaktadır (12).

Medeni Hal Dağılımı (Evli, Bekar, Ayrılmış, Boşanmış) alt başlıklarından oluşmuştur ve (Tablo 3) ilginç bir durum göstermektedir. Yatan hastaların yarıya yakınınının evli olmasına rağmen ayaktan gelenlerin % 50'den fazlası bekâr olup ancak % 27.27'si evli olarak saptanmıştır. Bu, evliler arasında, yatan grubun % 20 farkla lehinedir. Ayrılmış ve boşanmışlar ihmal edilir oranda azdır. İlk grupta toplam % 9.8 ikinci grupta ise toplam olarak % 18.18'dir. Tablo, evlilerin ve bekarların çözülmesi gereken sorunlarının daha yoğun olduğuna işaret etmektedir. Genel popülasyonun % 60'nın evli olduğu dikkate alınırca, yatan hastaların oranına uygun düşmektedir (12).

Tablo - 4 Meslek, İş Dağılımını vermekte olup tablodaki alt başlıklar şunlardır: İlkokul öğretmeni, Orta-Lise öğretmeni, Öğrenci, Çalışmıyor, İşçi, Memur, Zenaatkar, Emekli, Çiftçi, Doktor, Polis, Esnaf, Hizmetli, Serbest.

İki grup arasındaki homojenlik Meslek, İş dağılımında yansımaktadır (Tablo 4). Kümelene çalışanlar grubundadır ($n= 62$, % 27.41; $n= 11$, % 36.36) arada % 8.95 oranında fark vardır. İkinci grupta Serbest Meslek sahiplerinin yüksek oranda temsil edilmesi (yaklaşık 3 misli) önemli bir farklılık gibi görünüyorsa da, bunun çeşitli nedenleri vardır:

— İkinci grupta pekçok meslek grubu temsil edilmiştir.

— Çalışmayan'lar grubu içinde bir önem mesleği olan ancak semptomu nedeniyle üretken halini yitirmiş (geçici veya kalıcı) kişiler de vardır.

Öte yandan öğrenciler yüzde-oran olarak her iki grupta kümelene yapmışlardır ($n= 62$, % 11.30; $n= 11$, 18.18) arada % 6.88 fark vardır. Kliniğe başvuran erkek öğrenci sayısının daha önceki bir çalışmada % 6.7 olduğu (12) gözönüne alınırsa popülasyonumuzdaki %'nin yüksekliği; bu kesime ait psikiyatrik sorunların giderek yoğunlaştığı izlenimi vermektedir. Aynı şey öğretmenler için de sözkonusudur ($n= 62$, % 14.51; $n= 11$, % 9.09).

Memurlar % 33.3 ile kliniğimize yapılan başvurularında ilk sırayı almaktadır. Erkek memur oranı ise % 19.9 dur (12). Çalışmamızda memurlar her iki grupta çok yakın oranda temsil edilmektedir ($n= 62$, % 9.70; $n= 11$, % 9.09).

Bu da bu gruba ait sorunlu halin güncelliğinin devam ettiğini göstermekte ve önceki araştırma bulgularına uygun düşmektedir. İstatistiksel açıdan Meslek, İş dağılımı farklı değildir ($\chi^2 = 7.82$ $p > 0.05$).

Kliniğimizde alkolik ve toksikomanlar için ayrı bir Ünite mevcut olmadığından bu tür hastalar genellikle kapalı katlara yatırılmaktadır. Çalışmamızda alkolik hastaları da katmanızın diğer nedenlerine Materyal ve Metod bölümünde değinilmişti. Ayrıca böylesi bir uygulama bize özgü olmayıp Johnson'un araştırmasında da benzer uygulamaya rastlamaktayız (25).

Çalışmamızdaki hastaların hastalık tanıları Tablo - 5'te Şizofreni, Şizofrenik Reaksiyon, Paranoid Reaksiyon, Psikişik Depresyon, Alkolizm, PMD, Toksikomani, Reaktif Depresyon, Obsesif-Nöroz alt başlıklarında verilmiştir.

Tablo 5'te Şizofrenik Reaksiyon tanısı alanlardan ($n = 62$, % 40.32; $n = 11$, % 54.54) sonra alkolikler gelmektedir ($n = 62$, % 22.62; $n = 11$, % 27.27). Ancak Psikoz Genel başlığı altında toplandığında ($n = 62$, % 70.95; $n = 11$, % 72.72, fark ihmal edilebilir: % 1.77). Kendi çalışma populasyonumuzda 1/3 oranını geçmediği görülmektedir. Bu da başlangıçta koyduğumuz ilkeye uygun düşmektedir (25). İki grup arasında ($n = 62$, $n = 11$) tanı dağılımı açısından istatistiksel fark yoktur ($\chi^2 = 4.69$ $p > 0.05$).

Tablo 6'da deneklerin kaçkez hastaneye yattığı; ilk kez, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci kez ve daha çok; alt başlıklarında verilmektedir. Tabloda da görüldüğü üzere çalışma grubumuzda; yatan hastalarda ilk kez yatanlar

% 51.61 oranında iken ikinci grupta kümelenme ikinci kez yatanlardadır (% 45.45) ikinci grubun yaş ortalamasının düşüklüğü, eğitim düzeyinin yüksekliği ve bekar oranının çokluğu gibi risk edici faktörler (6) bunu açıklayabilir. Ancak bir defadan fazla yatış, toplam olarak her iki grupta da fazladır (n= 62, % 48.39; n= 11 % 63.63) ayakta gelenler arasında üç defadan fazla yatan olmadığı halde ilk grupta 5 defadan çok yatanlar vardır. (Ayrıca diğer yataklı tedavi kurumlarındaki hospitalizasyonlarında dahil edildiği gözönüne alınmaktadır. Her iki grupta da kliniğimize ilk kez yattığı halde diğer sayı gruplarına dağılmış hastalar vardır). Hospitalizasyon dağılımı istatistik farklılık göstermemektedir ($\chi^2 = 4.56$; $p > 0.05$).

Tablo 7'de sadece yatan hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların yatış süreleri; gün olarak, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 biçiminde gruplandırılmıştır. Yüzdeler, diğer tablolarda olduğu gibi eklenmiştir. Ayaktan gelenlerin değerlendirilmeye alınmamasının en önemli nedeni bir defadan fazla yatanların başka kurumlardaki kayıtlarına ait bilginin elimizde olmamasıdır. Ayrıca ayakta gelenler daha önce grup tedavisi görmemiş hastalardır. Yatan hasta grubunda 20-29 gün yatan hasta oranı % 32.26 dir. Buna 10-19 gün arasında yatanlar (% 12.92) dahil edildiği vakit 29 gün içinde tabereu olanlar; % 45.18 dir. 30-39 gün gruba girenler ise % 27.41'dir.

Önceki bir çalışmada kliniğimizde psikiyatrik hastalar için yatma süresi ortalama 38 gün (40) olarak saptanmıştır çalışma grubumuzda 33.17 gün ortalaması bulunmuştur. Psikiyatrik katte yatan hastaların yatma süresinde ortalama % 12.71 lik

bir azalma vardır. Grup psikoterapisinin amaçlarından birinde yatış süresini kısaltmak olduğu hatırlanırsa (3) bir yerde amaca yaklaşılmıştır.

Tablo 8'de grup tedavileriyle karşılaştırılan biyolojik tedaviler ilaç, ECT, ilaç+ECT alt başlıklarında verilmiştir.

Çalışmamızda grup psikoterapisinin özellikle biyolojik tedavilerle birarada uygulanmasına önem verilmiştir (2, 7, 8, 17, 21, 30). Tablo 8'de buna ait veriler döküm edilmiş olup; iki grup arasında homojenite devam etmektedir. Üçlü tedavinin beraberce kullanılması yatışlarda daha büyük bir oranda gerçekleşirken (n= 62, % 58.45) ayakta gelenlerde ilaçla birlikte grup tedavisi uygulanmıştır. Ayaktan gelenlerin sadece grup günlerinde ve grup süresince hastanede olmaları; ECT uygulanışındaki bazı zorunluluklar nedeniyle ikinci grupta ECT'den kaçınılması nedeniyle kaçınılmıştır. İkili veya üçlü tedavi açısından iki grup fark göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 9 a'da deneklerin grup tedavisi sonundaki klinik durumları Salak, Kısmi Salak, Haliyle alt başlıkları altında sunulmuştur. Aynı alt başlıklar kullanılarak Tablo 9 b'de tüm hastaların (n= 62 ve n= 11) durumu döküm edilmiştir.

Gerek yatan hastalar gerekse ayakta gelen hastaların tedavinin sonunda (değerlendirme süresi içinde) klinik durumları açısından çok yakındırlar. Aradaki yüzde farkları ihmal edilir ölçüde azdır. Şöyleki:

Salah (n= 62, % 58.07; n= 11, % 54.54) % 3.53 fark
Kısmi Salah (n= 62, % 35.48; n= 11, % 36.36) % 0.88
fark

Haliyle (n= 62, % 6.45; n= 11, % 9.09) % 2.64 fark
($\chi^2 = 0.1$; $p > 0.05$).

Tartışmanın buraya kadar ki bölümünde çalışmaya aldığımız hastaların tanıtıcı özellikleri üzerinde durulmuştur. İki grup arasında ki sayısal farklılığa rağmen seçimde eş özellikler göstermesine, bir anlamda homojen bir yapı içinde olmasına özen gösterilmiştir.

Grupların oluşturulmasında homojenite önemli bir husustur. Bu nedenle türlü seçim kriterleri geliştirilmiştir (25). Ancak özellikle psikoz katında bu tür kriterlerin geçerliliği, bizim koşullarımızda, kuşkuludur. Yatak rotasyonu, herkese eş hizmet götürme gayreti, klinik başvurularda psikoz yüzdesinin çokluğu (40) enönemli nedenlerdir.

Çalışma grubumuzdaki homojenite bu koşullarda sağlanmaya çalışılmış; grup sürecinin değerlendirilmesi bundan sonra yapılabilmektedir.

KATILIM:

Çizelge 1'de gruptaki Verbal (aktif) katılım dereceli olarak (-, +, ++, +++) biçiminde yüzdeleriyle birlikte sunulmuştur.

Verbal: (Çizelge 1) Her iki grupta aktif katılım oranı yüksektir. Aktif katılımın iki grupta da (++) düzeyinde kümelenmesi dikkati çekmektedir (n= 62, % 37.3; n= 11, % 43.4) ayakta gelenler lehine % 6.1 lik bir fark vardır. İkinci kümelenme ise her iki grupta (+++) düzeyindedir

(n= 62, % 32.0; n= 11, % 31.5) ve yine ayaktan gelenler lehine % 0.5'lik bir fark vardır. Bu fark da diğeri gibi ihmal edilebilir düzeydedir.

(++) ve (+++) düzeyindeki katılım; grup açısından önem taşıdığından, birlikte değerlendirildiği vakit, yatanlarda % 69.3 olup ayaktan gelenlerde % 74.9 dur. Fark yine ihmal edilebilir düzeydedir (% 5.6).

(-) ve (+) düzeyindeki katılımlar yukarıdakilere kıyasla olumsuz alındığında; (n= 62, % 4.8; n= 11, % 9.3) ve (n= 62, % 25.8; n= 11 % 15.7) olup toplam olarak (n= 62, % 30.6; n= 11, % 25.0) olup fark (% 5.6) dır. Verbal katılımın olumlu ve olumsuz aşamalarındaki farklılık aynı orandadır ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Çizelge 1 için $X^2 = 5.22$, p 0.705 tir).

Gruba katılan hastaların ortalama % 72.1'i en az 5 cümle konuşmuş ve giderek 10 cümleye çıkmış ve bir konuyu baştan sona anlatabilmiştir. İletişimsel davranış yüksek bir oranda yansımaktadır ve gruptaki etkileşimin dinamizmine işaret etmektedir. Bu bulgu terapist ve ko-terapistin farklı tutumunun verbalizasyonu artıracığı yolundaki literatür bilgisini de doğrulamaktadır (5, 16, 18, 34).

Non-Verbal: (Çizelge 2) Çizelge 2'de Non-Verbal (pasif) katılım'a yerverilmiş olup yine (-, +, ++, +++) işaretlerinden ibaret olan alt başlıklar kullanılmıştır. Kümelenme (iki grup için de) önceki çizelgede olduğu gibi (++) katılım düzeyindedir (n= 62, % 72.0; n= 11, % 67.7) aradaki fark % 7.6 dır. Verbal katılımın aksine, ikinci sırada (+) düzeyindeki katılım gelmektedir (n= 62, % 20.0; n= 11, % 27.6) fark % 7.6 dır. (-) düzeyindeki katılımda

fark ise % 3.0 (n= 62, % 3.6; n= 11, % 6.6) en düşük oran (+++) düzeyinde olup yatanlarda % 4.3 iken; ilginç olanı ayaktan gelenlerde bu düzeyde katılım gösteren hastanın olmamasıdır. Çizelge 2 için ($X^2 = 6.48$ olup, $p > 0.05$) tir. Fark anlamlı değildir.

Verbal ve Non-Verbal katılımlar katılım olarak değerlendirildiğinde; üyelerin büyük oranda etkileşime girdiği ve non-verbal kaldığı vakit de dikkat performanslarının çoğunluk olarak Normal olduğu görülmektedir (% 69.85).

Ayrıca verbal katılımın n= 11 için yüksek non-verbal katılımın da aynı grup için düşük olduğu izlendiği takdirde ayaktan gelenlerin daha çok konuştuğu ve dış sosyal ortam hakkında (bk. içerik) bilgi aktarımında bulunduğu sonucu çıkmaktadır. Ayaktan gelenlerin yatan hasta gruplarına katılmasındaki (enkorpere edilmesindeki) açık yarar çalışmamızda da doğrulanmıştır (10). Ancak sosyal fonksiyon açısından (katılım esas alınır) iki grup arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı; çalışmamızda doğrulanan diğer bir literatür bulgusudur (13, 38).

TUTUM:

(duygu ve davranış) Sıfatları kullanılarak değerlendirilmiştir (Çizelge 3). Olumlu, Olumsuz, Nötr Sifat alt başlıkları altında genel tutum değerlendirilmesini içermektedir.

Her iki grupta da olumlu sıfat yüzdesi kümelenme yapmıştır (n= 62, % 72.23; n= 11, % 66.39) arasındaki fark % 5.84 tür. Olumsuz sıfat ise yatan hastalarda % 21.98 ayaktan gelenlerde % 13.76 dir. Fark % 8.22 dir.

Nötr sıfat ise ($n= 62$, % 5.78; $n= 11$, % 18.84) olup fark anlamlı derecede yüksektir % 13.06.

Çizelge 3 için $X^2= 27.40$ olup $p < 0.05$ olduğundan; farkın istatistiksel açıdan anlamlılık taşıdığı saptanmıştır. Sıralamada Nötr Sıfat grubu en yüksek X^2 değeri gösterdiğinden; hariç tutulmuş, Olumlu-Olumsuz sıfat açısından iki grup yeniden karşılaştırılmıştır (14, 27, 31, 39) ($X^2= 2.20$ olup $p > 0.05$) tir. Yani fark anlamlı değildir. Sonuç olarak; iki grup arasındaki fark, Nötr Sıfat alımında belirgindir ve anlamlıdır. Ayaktan gelenler yatanlarla kıyaslandığında iki-üç arasındaki (bk. Giriş) gidip-gelmekte, aksine bir denge hali sağladıkları gözlenmektedir. Bu sosyal fonksiyon açısından ayaktan gelenlerin daha dengeli olduğuna işaretler. Bu bulgumuz literatürdeki çalışmanın aksi yönde bir sonucu yansıtmaktadır (13, 38).

Öte yandan yatan hastalarda hem olumlu hem de olumsuz sıfatların yüksek oluşu değişkenliklerinin güzel bir örneğidir. Açık, yakın ve içten bir etkileşime zemin hazırlamakta; (feedback) almalarını kolaylaştırmaktadırlar.

Olumlu-Olumsuz sıfat karşılaştırması açısından iki grup arasında anlamlı bir farkın olmaması, iletişim, etkileşim süreci içinde ayaktan gelenlerin de değişkenlik gösterdiği ancak daha çok bir denge halini koruduklarını yansıtmaktadır (Nötr sıfat yüzdesinin anlamlı farklılığı).

Nasıl terapist-ko-terapist tutumundaki farklılık verbalizasyonu etkiliyorsa aynı homojen grup içinde farklı tutum gösteren iki grupta etkileşimi etkilemektedir.

Katılım çizelgesi bunu yansıtmaktadır.

Ayaktan gelenlerin yatan hastalara katılmasındaki (enkorpere) yarar (10) daha belirginleşmektedir.

DÜŞÜNCE SÜRECİ:

Çizelge 4'te deneklerin düşünce süreçleri (-, $\bar{+}$, +) işaretleri kullanılmak üzere verilmiştir.

Her iki grupta da düşünce süreci (+) olanlar çoğunluktadır (n= 62, % 89.0; n= 11, % 89.3) fark % 0.3. Bunu; hakkında karar verilemeyen, düşünce süreci "soru işareti" taşıyanlar izlemektedir (n= 62, % 9.7; n= 11, % 9.3) fark % 0.4. Bozuk olanlar ise (n= 62, % 1.2; n= 11, % 1.3) olup fark % 0.1 dir. Görüldüğü üzere en yüksek düzeyde fark % 0.4'tür. İki grup birbirine oldukça yakındır ($X^2 = 0.01$, p > 0.05).

İÇERİK:

Çizelge 5'te gruplar esnasında konuşulan konular (taburculuk, hastalar arası ilişkiler, tedavi biçimi, çevre ilişkisi, ruh hastası-hastalığı, güven-kuşku, yardım etme -alma, kat içi sorunlar, alkolizm, anne, bağımlılık, hastaneye yatma, karşı cins-evlilik, doktorlarla ilişki, eş-aile) alt başlıklarında gruplandırılarak sunulmuş olup konularındaki tekrarlanma %'leri çizelgeye eklenmiştir.

Bu bölümde hastalar tarafından ortak olarak getirilen konular veya getirildiği vakit iletişim-etkileşim sürecini harekete geçiren konular üzerinde durulmuştur ve konuların seçiminde daha önce benzer bir çalışmada uygulanan kriter benimsenmiştir: 3 oturumda en az 5 kere tartışılmış olması (42).

Çizelge 5'te görüldüğü üzere 50 seans boyunca belli başlı 15 konu 171 kez tartışılmıştır.

Gruplarda konu seçiminde hastalara öncelik tanınmıştır. Üyelerden birinin getirdiği konu ilgi çekiyor ve çoğunluk istiyorsa bu konu tartışılmaktadır.

Bazı konuların tartışılması sakıncalar doğurduğundan, elden geldiğince, engellenmiştir. Örneğin dinsel konular, politik yönelimler ve cinsel konular... Bu tür konular, engellenme eşiği düşük deneklerde tartışırken sıkıntı yaratmakta ortamı bir anda kaos ortamına döndürmektedir. Farklı inanışlar, düşünceler, beklentiler (bu konularda) grup bütünlüğünü zedeleyebilecek boyutlara ulaşmaktadır.

Çizelge 5'te görüldüğü üzere taburculuk konusu ilk sıradadır (25 kez - % 14.62). Bu, topluma geri dönüldüğü vakit (neyin nasıl yapılacağı, nelerle karşılaşacağı) konusunda bir öndeneyimdir. Kişilerin geleceğe ilişkin beklentileri ve tahminleri sözkonusudur (43). Bu konunun erkekler grubunda 1. sırada iken sözünü ettiğimiz çalışmada kadınlar grubunda 25 konu arasında 6. sırada yer alması (43) erkeklerin sosyal yaşamımızdaki aktif rolünün bir göstergesi sayılabilir. Ayrıca iyi olma potansiyelinin de erkekler yararına yüksek olduğu ileri sürülebilir.

1976 yılında Ünlüoğlu ve Sayıl tarafından yapılan bir araştırmada (43) (aynı seçim kriterleri kullanılarak) psikoz katı kadın gruplarında 111 oturumda 25 konu saptanırken erkek grubunda 50 oturumda 15 konunun saptanması erkek gruplarında iletişim, etkileşim sürecinin daha işlek olduğunu göstermektedir.

İlginç olan diğer bir yön; erkek gruplarında hastaların birbirine yönelmelerinin kadın gruplarına kıyasla daha fazla olduğudur. Hastalar arası ilişki, çalışmamızda 2. sırada (% 11.70) kadın grubunda 25. konu arasında 15. sıradadır (43).

Hastaların tedavi girişimlerine duydukları ilgi her iki grupta benzerlik göstermektedir (erkeklerde 3. sırada; kadınlarda 4 ve 5. sırada) ECT ve grup daha çok konuşulan tedavi biçimleridir (43).

Erkek hastalarda çevreye uyum ve çevre ilişkileri konusunun 4. sırada yer alması aynı konunun kadın grubunda 19. sırada yer alması (43) erkeğin toplumumuzdaki sosyal rolüne uygun düşmektedir. Ancak başka toplumlarda da (Batı Endüstri Ülkeleri) bu sosyal rol aynı etkenliği sürdürmektedir (22).

Ruh hastası, hastalığı gibi konularda erkek grubunda öncelikli konuşulan konulardandır (5. sıra, 13. sıra) (43). Bu konunun bu denli sıklığı ve tartışılması (diğerine kıyasla) üç olasılığı akla getirmektedir:

- Erkeklerin bu konuya ilgisi daha çoktur.
- Erkeklerin ruh hastalığını kabullenmekteki güçlükleri daha fazladır.
- Kadınlar bu konuda defansif davranmaktadır (22).

Her iki grupta da eş, aile gibi konular daha az konuşulmaktadır.

Doktorlarla ilişki kadın gruplarında 17. sırada (25 konudan) konuşulurken erkeklerde 14. sırada yer almaktadır. Kadın grubunda terapistin kadın erkek grubunda da

kadın olması; erkekler arasındaki bu defansif tavrı açıklayabilir. Ayrıca kadınlardaki beklenti düzeyi yüksekliğide bununla ilgilidir.

Erkek grubunda alkolizm, anne ve bağımlılık konularının peşpeşe gelmesi; gerek alkolizm gerekse şizofreni etyopatogenezendeki görüşlere uygundur (1, 6).

Gruplarda birkonunun konuşulması her vakit kolay olmamaktadır. Güçlük bazan konu seçiminde bazan de seçilen konunun götürülmesinde kendini göstermektedir. Bu güçlüğü en belli başlı nedeni grup anksiyetesidir (25, 45).

Psikoz hasta gruplarında hastanın hissettiği şey ve bununla ilgili özgün yaşantısı sürekli gözönünde bulundurulmalıdır. Bir kıyaslama yaparsak, nörotik hastada bilinç dışı düzeyde kalan duygular; psikotik hastada bilincin sınırı içerisindedir ve hasta bu konuda kendince bir "Farkında oluş"luk geliştirir (25). Psikotik hastanın önceden sözünü ettiğimiz özellikleri (bk. Giriş) anksiyetinin en belli başlı nedenleridir.

Anksiyete karşısında grup üyesinin değişen tavrı; onun iletişimsel davranışı ve kendi psikodinamiği için iyi bir bilgi kaynağıdır (25). Gerek defans mekanizmalarının yeniden kuruluşunda gerekse varolanların güçlendirilmesinde anksiyete faktörünün rolü yadsınamaz. Arada doğru orantılı bir ilişki vardır. Şöyleki anksiyetenin giderilememesi, yoğunlaşması psikotik bir atağın habercisi olabilir. Gerçekten de grup içinde birkaç dakika süren psikotik ataktan birkaç hafta süren atağa dek bunu doğrulayan pek çok vak'a vardır.

Önceden konulan tanı ne olursa-olsun; grup içinde ortaya çıkan anksiyete ve bu anksiyetenin bireysel planda yankılanan gösterileri, hastalığın esas noktasını teşkil eder.

Esasta anksiyetenin bir psikiyatrik semptom olduğu kuşkusuzdur. Ancak ruh sağlıklı güncel yaşamda fonksiyonel ve başarılı olabilmek için sağlık eşliğini aşmıyacak oranda bir anksiyetenin varolmasında bireyler için bir gereksinimdir. Aksi halde bir zaman ve mekân içinde karmaşık yaşam görüntüsünü iç ve dış, doğal ve sosyal çevre ile uyaranlar, tepkiler, içgüdüler, öğrenilmiş davranış kalıpları içinde iletişim ve etkileşimini sürdüren birey güdülenme (motivasyon) den yoksun kalır.

Bu durumda psikiyatrik sorunlar ne olursa olsun hastaneye yatan tüm hastaların belirtilerinin giderilmesinin ne denli zor olduğu anlaşılmaktadır. Oysa ki psikoz katlarına yatmış olan hastaların sorunlarına eğilmek ve belirtileri azaltmak yada ortadan kaldırmak yanısıra hastalananın geri döneceği koşulların, (onlar taburcu edilmeden önce) üzerinde durulması ve bireylerin bu açıdanda, optimal uyum sağlayacak biçimini de hazırlamayı gerektirmektedir.

Sosyalleşme sürecinin yapıtaşı iletişim ve etkileşimdir. Bu nedenle çalışmamızda sunduğumuz grup psikoterapisinde kişilerin iletişimsel davranışına ve etkileşime öncelik tanınmıştır. Çalışmamızdan şu sonuçlara ulaşmak olasıdır:

1- Psikoz katlarındaki grup psikoterapisi hospitalizasyonu kısaltmaktadır.

2- Grup tedavisinin sonuçları, yukarıda belirttiğimiz yöntemle; kısmen de olsa somut biçimde tartışılır hale

gelmektedir.

3- Grup psikoterapisine alınan yatan hasta grubuna dışarıdan (ayaktan) gelenlerin de katılması iyi sonuçlar vermektedir.



Ö Z E T

Sunduğumuz çalışmada A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği 1. KEK'da yatan ve onlara katılan ayaktan gelen hastalarla birlikte uygulanan grup psikoterapisi ve bulguları araştırılmıştır.

Grup psikoterapisinin her oturumu içindeki iletişimsel davranış ve etkileşim; katılım, tutum, düşünce süreci ve içerik açısından değerlendirilmeye çalışılmış; değerlendirmeye uygun bir yöntem üzerinde durulmuştur.

K A Y N A K Ç A

- 1- ADASAL, R.: Ruh Hastalıkları A.Ü.T.F. Yayın No: 278
2. Basım 1973
- 2- ALANEN, Y., TAKHA, V.: On Somatic Methods, Group Therapeutic procedures and Allied Measures in The treatment of Schizophrenics. Duedocim (Finland) 77: 254, 1961
- 3- ANNESLEY, P.: Group Psychotherapy and Rehabilitation of long-stay patients. İnt.J.Group Psychother. 9: 167-174, 1960
- 4- ASTRUP, C., HARZTEİN, N.: The influence of psychotherapy on the high and Nervous Activity of schizophrenics. İnt.J.Group Psychother. 10: 394-407, 1960

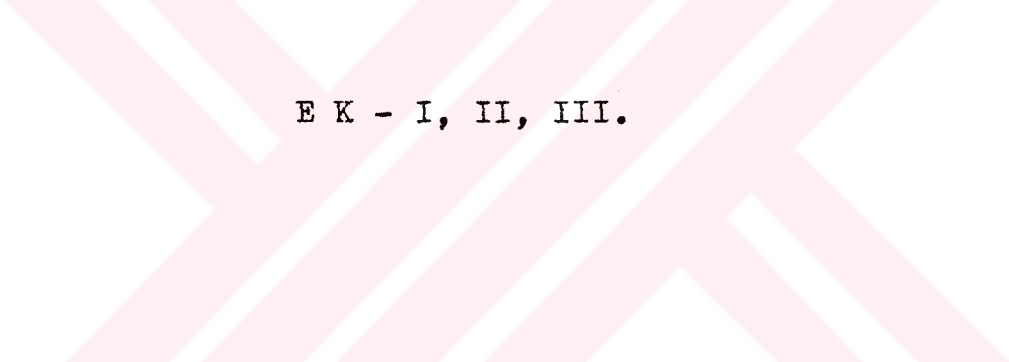
- 5- BASHAM, J.: An Investigation of the role of the Group Therapist As a Determiner of the verbal behaviour of Schizophrenic patients.
Psychology 20: 3825, 1960
- 6- BELLACK, L., LOEB, L.: Group Psychotherapy of Schizophrenics. in: The Schizophrenic Syndrome
Grune and Stratton, 1969
- 7- BİNDELGLAS, P., GOSLING, E.: Differential Reactions of patients Receiving Group Psychotherapy with Concomitant somatic and Drugtherapies
Int.J.Group Psychother. 7: 257-280, 1957
- 8- BLAIR, D., BRADY, D.: Group Training on Tranquilizers.
J. Ment. sci. 104: 625-663, 1958
- 9- BLEULER, M.: Ursache und Wesen der Schizophrenen
Geisstestörungen Deutsch. Med. Wschr.
89: 1947-1952, 1954
- 10- BOENHEIM, C.: A Follow-up study of Group Psychotherapy Patients. Int.J.Group psychother. 9: 463-474,
1960
- 11- BÜYÜKBERKER, Ç., ODAĞ, C.: Grup Tedavileri Tıp Dünyası,
Agustos 1975
- 12- ÇAĞLAĞAN, H.: A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğine Bir yıl içinde yapılan başvurular üzerinde bir değerlendirme, A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, 1978
- 13- CARLETTI, J.: Group Therapy of Chronic Regressed Psychiatric Patients J. Soc. Casework,
44: 68-74, 1963

- 14- CHAO, L.: Statistics: Methods and Analyses McGraw Hill Book, 1969
- 15- COLEMON, J., BROEN, E.: Abnormal psychology and Modern Life, Scott, Foresman and Company, London, 1971
- 16- CHESTEEN, H.E.: Breaking Through The Resistance in a Group of Psychotic Patients. *Int.J. Group Psychother.* 11: 462-467, 1961
- 17- COWDEN, R. ve ark.: Chlorpromazine Alone and As an Adjunct to Group Psychotherapy in the Treatment of Psychiatric Patient. *Am.J. Psychiat.* Vol. 112, 898-902, 1966
- 18- DRENNEN, W.T., WIGGINS, S.: Manipulation of Verbal Behaviour of Chronic Hospitalized Schizophrenics in a Group Therapy Situation *Int.J. Group Psychoter.* 14: 189-193, 1964
- 19- FREEDMAN, N. ve ark.: Patterns of Verbal Group Participation in the Drug Treatment of Chronic Schizophrenie patients. *Int.J. Group Psychoter.* 11: 60-73, 1961
- 20- FISCHER, S.H.: The Rehabilitation of Schizophrenic patient. Fountain Home programmes, 1960
- 21- GORHAM, D., POKORNY, A.: Effects of a phenothiazine and or Group Psychotherapy for Schizophrenics. *Dis.Herv. Syst.* 25: 77-86, 1964
- 22- GOVE, W., TUDOR, J.: Sex Differences in Menbl illness: A Comment un Dohrenwend and Dohrenwend. *Ajs.* Vol. 82 Number 6, 1977

- 23- HORA, T.: The Role of Group psychotherapy in the Rehabilitation process of the Borderline Schizophrenic patient. Congress Report, Vol. III. 404, 1959
- 24- ILLING, H.: Transference and Counter-transference in Analytical Group Counseling Acta Psychotherapeutics 10 (1): 13-25, 1962
- 25- JOHNSON, J.A.: Group Therapy A Practical Approach McGraw Hill Book, 1963
- 26- KRAMER, H.: Group psychotherapy with psychotic patients, J. Nerv. Ment. Dis. 125: 36-43, 1957
- 27- LEONARD, M.: Understanding Statistics Teach Yourself Books, Hodder and Stoughton Ltd., 1977
- 28- LIFTON, N. SMOLEN, N.: Group Psychotherapy With Schizophrenic Children Int. J. Group Psychother. 16 (1): 23-39, 1966
- 29- LINDINGER, H.: Zur Frage der prinzipien einer Psychotherapie Schizophrener Psychoser Nervenarzt. 37: 168-173, April, 1966
- 30- MAGHERINI, G., ZULONI, G.: Combination of Neuroplegies in Group and Occupational Therapy in the Treatment of psychotics. Rass. Stud. Psichiat 50: 305, 1961
- 31- MORONEY, M.J.: Facts from Figures Pelican Books, 1976
- 32- NOYES, A., KOLB, L.: Modern Clinical Psychiatry W.B. Saunders Company, 5. Baskı, 1959
- 33- PEYMAN, D.: An investigation of the effects of Group Psychotherapy on Chronic. Schizophrenic Patients. Group Psychother. 9: 35, 1966

- 34- QUERY, W. ve ark.: Social Factors in Chronic Schizophrenics psychiat. Quart. 40 (3): 504-512, 1966
- 35- ROGERS, C.: Encounter Groups
- 36- SHELLHASE, L.: The Group Life of Schizophrenic Patient: Social Work investigation. Washington D.C., Catholic Universty of America Press, 1961
- 37- STOJILYKOVICS, S., SAVICEVIC, M.: On the problem of Re-Adoptation and Social Adjustment of the patients treated for Schizophrenia. Congress Report, 1960
- 38- STRAIGHT, E.M.: Evaluation of Group Psychotherapy by Follow-up Study of Formerly Hospitalized patients. Group Psychotherapy 13: 110-118, 1960
- 39- SÜMBÜLOĞLU, K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik. Matis Yayınları, 1978
- 40- TAŞTEMEL, T.; A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğinin 1970 Yılından buyana olan değişimi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma, uzmanlık tezi, 1977, Ank.
- 41- ÜNLÜOĞLU, G.: İletişim, Etkileşim ve Psikiyatrik Tedavideki Yeri. Nöroloji Derg. Vol.VII. Sayı 2, 1976, Ank.
- 42- ÜNLÜOĞLU, G., SAYIL, I.: Grup Tedavisi uygulamasında İçerik Üstüne bir Değerlendirme. Nöroloji Derg. Vol. VII. Sayı 2, 1976 Ank.

- 43- ÜNLÜOĞLU, G., SAYIL, I.: A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği
Psikotik Hastalarla Destekleyici Nitelik-
te bir Grup Tedavisi Uygulaması. A.Ü.T.F.
Mec. Cilt. XXVIII. Sayı III-IV'den ayrı
baskı.
- 44- ÜNLÜOĞLU, G., SAYIL, I.: A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğine
gelen vak'alar 12.Ulusal Nöro-Psikiyatri
Kongresinde sunulan bildiri, 1976
- 45- YALOM, I.D.: Theory and Practice of Group Psychotherapy
Basic Books, inc. Publishers, NewYork,
London, 1970



E K - I, II, III.

HASTANIN ADI

KATILMA
AKTİF PASİF

DUYGU

DÜŞÜNCE
SÜRECİ

B

TARİH:

GRUP SÜRECİ:

.

.

Ek - I DEĞERLENDİRME FORMU

ADJECTIVE CHECK LIST

NAME: _____

DATE: _____

Below you will find 61 words which describe different kinds of feelings. Check the words which describe how you feel right now. Some of the words may sound alike, but we want you to check all the words that describe your feelings.

- | | | |
|----------------|--------------------|-----------------|
| 1. afraid | 21. gay | 41. panicky |
| 2. agitated | 22. gloomy | 42. peaceful |
| 3. angry | 23. grim | 43. pleasant |
| 4. bitter | 24. happy | 44. rattled |
| 5. calm | 25. helpless | 45. sad |
| 6. charming | 26. hopeless | 46. secure |
| 7. cheerful | 27. insecure | 47. sentimental |
| 8. complaining | 28. jealous | 48. serious |
| 9. contented | 29. joyful | 49. shaky |
| 10. contrary | 30. kindly | 50. solemn |
| 11. cool | 31. lighthearted | 51. steady |
| 12. cross | 32. lonely | 52. tender |
| 13. desperate | 33. loving | 53. tense |
| 14. easy going | 34. mad | 54. terrified |
| 15. fearful | 35. mean | 55. threatened |
| 16. fearless | 36. merry | 56. thoughtful |
| 17. fretful | 37. miserable | 57. unconcerned |
| 18. friendly | 38. nervous | 58. uneasy |
| 19. frightened | 39. over-concerned | 59. upset |
| 20. furious | 40. overwhelmed | 60. warm |
| | | 61. worrying |

Ek - III
SIFATLAR

OLUMLU

Akılcı
Açık
Cana Yakın
Ciddiye Alan
Cabalı
Dürüst
Doyumlu
Dostça
Duygulu
Dikkatli
Esnek
Empatik
Güleryüzlü
Güvenli
Güçlü
Gayretli
Hoşnut
Huzurlu
Hoşgörülü
Hevesli
İlgili
İyimser
İçgörülü
Katkılı
Kabullenici
Kararlı

OLUMSUZ

Acımasız
Aksi
Alt-üst Olmuş
Ajite
Bozguncu
Başkaldırıcı
Boyuneğici
Çaresiz
Dirençli
Düşmanca
Deprime
Dikkatsiz
Dürtüsel
Endişeli
Fütursuz
Gergin
Gözboyayan
Güçsüz
Güvensiz
Gayretsiz
Huysuz
Hırçın
Hoşgörüsüz
Hiperaktif
Huzursuz
İlgisiz

NÖTR

Ağırbaşlı
Aldırmaz
Bilgiç
Baskın
Beklentili
Boş
Çekingen
Dalgın
Değişken
Dargın
Düşünceli
Dağınık
Dikkat Çekmek İstiyor
Güçenik
Gözlemci
Hararetli
İlgi Bekleyen
Küskün
Kederli
Mesafeli
Miskin
Nispet Yapıcı
Oynuyor (Role-playing)
Pasif
Suskun
Teferruatçı

OLUMLU

Kendine Yönelik
Mutlu
Motive
Neşeli
Nazik
Olumlu
Organizatör
Rahat
Sakin
Soğukkanlı
Şen
Sevecen
Tutarlı
Telkine Müsait
Umutlu
Verici
Yumuşak
Yardım Edici
Yardıma Hazır

OLUMSUZ

Israrcı
İnatçı
İtham Edici
İtici
Kızgın
Karşıt
Kıskanç
Kuşkulu
Kararsız
Kendine Yontan
Karamsar
Öfkeli
Panik İçinde
Sıkıntılı
Sıkılğan
Tutarsız
Tedirgin
Tek Düze
Umutsuz

NÖTR

Ürkek
Yüzeyel
Yaranmak İsteyen