GRUP PSİKOTERAPİLERİ SEMPOZYUMU 1976

A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

ÖNSÖZ

Grup uygulamaları ile ilk denemeler 1929 yılına rastlar. Bir tüberküloz hastahanesinin başhekimi olan Pratt 1929 yılında ilk kez hastaları büyük bir küme halinde toplayarak onlarla hastalık ve ilâçlarla ilgili eğitsel konuşmalarda bulunmuştur. Görüşmeler daha çok bir söyleşi niteliğinde idiler. Bu ilk denemeler ve psikanalizdeki gelişmelere rağmen analitik grup uygulamaları için 1940 yıllarına dek beklenilmiştir. 1950 yıllarından sonra grup tedavi yöntemlerinde daha hızlı bir gelişmenin 60 yıllarından sonra bir patlama döneminin tanığı olmaktayız. Uygulamaların yanısıra yayınlar da daha çok artmış ve analitik, interaktionel, encounter grup yöntemlerinden, sensitivity traning ve psikodramadan daha çok söz edilir olmuştur. Özellikle psikoterapötik yöntemlere kapılarını kapamış, psikiyatrik çalışmaları yalnızca belli organik kalıplar içinde gören Üniversite kliniklerinin sayılarında da bir azalma başlamıştır. Bugün gelişmeler grup uygulamalarının tedavi sınırları dışına taştığı, eğitim, endüstri ve politika alanlarını etkilediği bir düzeydedir.

Dünyadaki bu gelişmelere karşın kliniğimizde 1973 yılına dek grup tedavileri ile ilgili iyi niyetli bir kaç denemenin dışına çıkılamamıştır. O yıllardan sonra kliniğin değişik bölümlerinde ekip tedavilerinin uygulanmaya başlaması, grupların bir klinik içindeki yerini ve önemini daha da belirginleştirmiştir. Özellikle yeni taşındığımız binamızın uygunluğu ve grup tedavileri dalında özel eğitim görmüş uzmanların da katkıları ile uygulamaların yaygınlaşması ve yerleşmesi daha da kolaylaşmıştır. Öte yandan grup uygulamalarının yalnızca hastaları tedavi amacında

Noro-psikiyatride yeni ve büyük bir adım

orap forte

(6238) Pimozide tablet

Toplumsallaştırıcı psikotrop ile

Çevresel streslere bağlı
psişik ve fonksiyonel hastalıklarda,
özellikle kişinin toplumsal uyumunun
bozulduğu durumlarda,
guvenerek kullanabileceğiniz

orap

(1 mg) (6238) pimozide

hizmetinizde

JANSSEN PHARMACEUTICA
lisansı ile imâl eden

ZAMAN ECZA

kalmayıp öğrenci, asistan, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına iyi bir öğrenim olanağı sağlaması ve hastaları daha yakından tanımaya yaraması da grupları daha çok yaygınlaştırmıştır. Böylece başlangıçta psikiyatrinin bir bölümünde başlayan ve gene başlangıçta bazı görevlilerce yadırganan grup uygulamaları kısa sürede diğer bölümlere de sıçramış ve bugün tüm katların temel bir öğesi haline gelmiştir. Açık ve kapalı katlarımızda çoğunlukla interaktionel grup yöntemlerini uygulamaktayız. Ayrıca analitik gruplar ve psikodramadan da yararlanılmaktadır.

Kliniğimizin başka bir özelliği de öğrenim çalışmalarının grup dinamiği süreçlerini dikkate alarak yapılmasıdır. Derslerimiz geleneksel/Hocadan öğrenciye/bilgi alışverişini yerine, demokratik bir ortamda ve çok yanlı bir bilgi alışverişini sağlar niteliktedir. Seminerlerimiz ve denetleme saatlerimiz de daha çok grup süreçlerini dikkate alarak yapılmaktadır.

Bu gelişmeler bizi, grup uygulamalarımızı klinik dışından gelecek gözlemcilere gösterme ve onların eleştirilerinden yararlanma düşüncelerine götürmüştür. Klinik dışından geleceklerle sağlanabilecek bir bilgi alışverişi bizde grup uygulamalarının daha da yaygınlaşabileceği umutlarını vermiştir. Böylece 1976 yılında grup dinamiği ile ilgili ilk sempozyumumuzu hazırladık.

Yayın bu sempozyumun kısa bir özetidir. Yararlı olması dileği ile.

Mayıs 1977

Prof. Dr. Celâl KÖKSAL

GRUP PSİKOTERAPİLERİ SEMPOZYUMU

1976

A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

GRUP TERAPİLERİ SEMPOZYUMU
1976

DÜZENLEME KURULU

Dr. Celâl KÖKSAL

Dr. Abdülkadir ÖZBEK

Dr. Çetin BÜYÜKBERKER

Dr. Celâl ODAĞ

GENEL SEKRETER

Dr. Abdülkadir ÇEVİK

ÖNSÖZ

Grup uygulamaları ile ilk denemeler 1929 yılına rastlar. Bir tüberküloz hastahanesinin başhekimi olan Pratt 1929 yılında ilk kez hastaları büyük bir küme halinde toplayarak onlarla hastalık ve ilâçlarla ilgili eğitsel konuşmalarda bulunmuştur. Görüşmeler daha çok bir söyleşi niteliğinde idiler. Bu ilk denemeler ve psikanalizdeki gelişmelere rağmen analitik grup uygulamaları için 1940 yıllarına dek beklenilmiştir. 1950 yıllarından sonra grup tedavi yöntemlerinde daha hızlı bir gelişmenin 60 yıllarından sonra bir patlama döneminin tanığı olmaktayız. Uygulamaların yanısıra yayınlar da daha çok artmış ve analitik, interaktionel, encounter grup yöntemlerinden, sensitivity traning ve psikodramadan daha çok söz edilir olmuştur. Özellikle psikoterapötik yöntemlere kapılarını kapamış, psikiyatrik çalışmaları yalnızca belli organik kalıplar içinde gören Üniversite kliniklerinin sayılarında da bir azalma başlamıştır. Bugün gelişmeler grup uygulamalarının tedavi sınırları dışına taştığı, eğitim, endüstri ve politika alanlarını etkilediği bir düzeydedir.

Dünyadaki bu gelişmelere karşın kliniğimizde 1973 yılına dek grup tedavileri ile ilgili iyi niyetli bir kaç denemenin dışına çıkılamamıştır. O yıllardan sonra kliniğin değişik bölümlerinde ekip tedavilerinin uygulanmaya başlaması, grupların bir klinik içindeki yerini ve önemini daha da belirginleştirmiştir. Özellikle yeni taşındığımız binamızın uygunluğu ve grup tedavileri dalında özel eğitim görmüş uzmanların da katkıları ile uygulamaların yaygınlaşması ve yerleşmesi daha da kolaylaşmıştır. Öte yandan grup uygulamalarının yalnızca hastaları tedavi amacında

kalmayıp öğrenci, asistan, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına iyi bir öğrenim olanağı sağlaması ve hastaları daha yakından tanımaya yaraması da grupları daha çok yaygınlaştırmıştır. Böylece başlangıçta psikiyatrinin bir bölümünde başlayan ve gene başlangıçta bazı görevlilerce yadırganan grup uygulamaları kısa sürede diğer bölümlere de sıçramış ve bugün tüm katların temel bir öğesi haline gelmiştir. Açık ve kapalı katlarımızda çoğunlukla interaktionel grup yöntemlerini uygulamaktayız. Ayrıca analitik gruplar ve psikodramadan da yararlanılmaktadır.

Kliniğimizin başka bir özelliği de öğrenim çalışmalarının grup dinamiği süreçlerini dikkate alarak yapılmasıdır. Derslerimiz geleneksel/Hocadan öğrenciye/bilgi alışverişini yerine, demokratik bir ortamda ve çok yanlı bir bilgi alışverişini sağlar niteliktedir. Seminerlerimiz ve denetleme saatlerimiz de daha çok grup süreçlerini dikkate alarak yapılmaktadır.

Bu gelişmeler bizi, grup uygulamalarımızı klinik dışından gelecek gözlemcilere gösterme ve onların eleştirilerinden yararlanma düşüncelerine götürmüştür. Klinik dışından geleceklerle sağlanabilecek bir bilgi alışverişi bizde grup uygulamalarının daha da yaygınlaşabileceği umutlarını vermiştir. Böylece 1976 yılında grup dinamiği ile ilgili ilk sempozyumumuzu hazırladık.

Yayın bu sempozyumun kısa bir özetidir. Yararlı olması dileği ile.

Mayıs 1977

Prof. Dr. Celâl KÖKSAL

Yatan Psikiyatrik Hastalarda Çok Yönlü Tedavi Yaklaşımı

Dr. Çetin BÜYÜKBERKER (*)

İkinci Dünya Savaşından bu yana psikiyatride insanoğlunu sadece bir birey olarak değil, toplumsal çevresi içinde düşünen, duyan, hareket eden «toplumsal varlık» olarak anlamak ve tedavi etmek gereksinimi gittikçe artmakta ve benimsenmektedir (6, 7, 28, 33, 38, 43, 48, 65).

Ülkemizde psikiyatrik hastaların hastane dışı tedavi ve gözetimleri çok çeşitli nedenlerle henüz organize bir biçime sokulamamıştır. Bir başka deyimle, bireyi ve hastalığını toplumsal ilişkileri içinde anlamak ve tedavi etmek olanaklarımız çok sınırlıdır. Bununla birlikte, bir psikiyatrik hastane, hastaların toplumsal boyutları, davranışları içinde gözlenmeleri ve tedavi edilmelerini bir ölçüde sağlayabilecek olan «küçük toplum» örneğini verebilmektedir. Geleneksel yöntemler ile tedavi edilerek semptomları giderilen her hastadan taburcu olduklarında dış ortama kendiliklerinden uyum sağlamaları beklenemez. Bu «küçük toplum» içinde hastaların dış dünyaya, stresli yaşam koşullarına uyabilme yeteneklerini geliştirme ve pekiştirme olanağı vardır. Psikiyatrik hastane kuruluşu içinde topluluk tedavisi (community therapy) ve küçük-grup (small-group) ilkelerinden kaynaklanan birleşik bir yöntemden başarılı sonuçlar alınabileceği saptanmıştır (2, 3, 12, 19, 25, 37, 45, 69).

A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği akademik eylemleri yanında kamu hizmeti de gören bir kuruluştur. Değişik toplumsal ve kültürel kesimlerden gelen, değişik tanılar alan hastaların gereksinimlerini karşılamakla yükümlüdür. Böyle bir heterogen hasta topluluğunun hastane içi tedavilerine geleneksel bir ya da iki yöntem ile cevap verebilmenin çok zor olduğunu uzun yıllardaki uygulamalarımız bize göstermiştir.

(*) A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

Son üç yıldan bu yana aynı kliniğin nörotik hastaları kabul eden 13 yataklı açık-kadın bölümünde farmakoterapi, psikoanalitik yaklaşımlı bireysel tedavi, yaşantısal (experiential) grup psikoterapisi ve topluluk tedavisi (community therapy) tekniklerinden kaynaklanan birleşik bir tedavi yöntemi uygulanmaktatadır. O zamana kadar bu bölümde tek tek ya da birleşik olarak bireysel psikoterapi, farmakoterapi ve fizik yöntemler uygulanmakta idi. Bizi bu uygulamayı değiştirmeye zorlayan nedenler şöylece özetlenebilir: Tedavinin yetersiz kalması ve bunun tedavi ekibinde engellenmeler ve bıkkınlıklar yaratması; özellikle hastalar, hizmetliler ve servis hemşiresi arasında kontrol edilemeyen çatışmaların ortaya çıkması; hastaların birbirleri arasında açık saldırganlıkların ve gruplaşmaların belirmesi; hastalar ile diğer servis hastaları, görevlileri ve nöbetçi hekimler arasındaki çatışmalar; daha da önemlisi tedavi ekibi üyelerinin birbirlerini çok kere örtülü bazen de açık bir şekilde suçlamalarıdır. Henüz karşılaştırmalı araştırmalar yapılmamıştır. Bununla birlikte yalnızca klinik gözlemlerimize dayanarak «bu kuruluş içindeki çok yönlü» tedavi uygulamamızın öncekinden daha etkili, yararlı ve doyurucu olduğunu kesinlikle söyleyebiliriz.

Sunulacak olan çalışmada bu «çok yönlü yaklaşım» ın ana hatları açıklanacaktır. Başlangıçta tedavi ekibi, bu yaklaşımla aşırı organik ve toplumsal defekti olanlara, açık psikozlulara, ağır kişilik bozukluğu gösterenlere, çocuklara ya da çok yaşlılara serviste yardım edilemeyeceğine karar vermiştir. Bu kriterlere uymayan hastaların yatırılmaması kararını tüm klinik ilgilileri anlayışla karşılamıştır. Ayrıca kriterlere uymayan bir ya da iki hastanın servis çalışmalarını aksatmadığı da görüldü. Hastalar hangi kaynaktan gelirlerse gelsinler kendilerine genel hastane, servis kurallarını ve tedavi şeklini tanıtan yazılı bir belge verilip gerekli açıklamalar yapılarak kabulleri alındıktan sonra bekleme sırasına kaydedilmektedir. Deneyimlerden sonra, kısa sürede çok kişiye hizmet verebilmek (26, 59, 60) amacıyla yatış süresi ikibuçuk ay olarak saptandı. Bu sürenin ilk iki haftası hastaların psikoanalitik yaklaşımla anamnezlerinin alınması, toplumsal davranışlarının servis içinde gözlenmesi, çok yönlü tedavi yönteminin tanıtılması, psikiyatrik hastalıkların oluşumları açısından eğitilmeleri ve hasta yakınları ile ilişki kurulması ile geçmektedir. Gene bu süre içinde teker teker her hasta için ula-

şılması arzu edilen hedefler saptanmaktadır. Bu saptamada ekibin beklenti sınırını çok yüksek düzeyde tutmaması gereklidir. Tedavi ekibinde ortaya çıkabilecek aşırı başarısızlık duyguları daha sonraki grupları olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların bireysel tedaviler yönünden hazırlanmalarında büyük bir güçlüğe rastlamamaktayız. Topluluk ve grup psikoterapisine hazırlamada ise tedavi ekibinin oldukça etkin bir rol alması gerekmektedir. Ancak bu etkinliğin sınırsız oluşu da tedaviyi, özellikle grup psikoterapisinde olumsuz yönde etkilemektedir (16, 29, 35, 49, 61). Önceden verilen sıkı ve aşırı direktifler hastaların spontanlıklarını ve otonomilerini bloke ederek tedaviyi daha başlangıçta engelleyebilir. O halde hastaların hazırlanmasında «o belirli grup için uygun olacak biçimde sınırlı ve ölçülü olmak gereklidir» diyebiliriz.

Topluluk tedavisi ilkelerine göre hastalar gerek tedavi gerekse yönetim sorumluluğunu belirli düzeylerde paylaşırlar (3, 10, 13, 28, 33, 38, 39, 43). Bu yaklaşımın amacı, hastaları tedavi ekibinin direktiflerine kayıtsız koşulsuz uyan, bağımlı, pasif kişiler olmaktan çıkarıp tek tek ya da birlikte düşünebilen, duyan, karar verebilen katılarak sorumluluk alan bireyler haline getirebilmektir (46, 48, 62).

Bunu sağlayabilmek için hastalar ve tedavi ekibi arasında haftada en azından bir defa olmak üzere düzenli oturumlar yapılır. Burada ana ilke tüm sorunların demokratik bir biçimde tartışılmasıdır. Servis içinde hastalar ve tedavi ekibi arasında anlaşma ve yakınlaşmayı sağlayıcı iletişim ve etkileşim geliştirilebildiği ölçüde tedavinin her hasta için etkinliği artmaktadır (58). Öte yandan böyle bir demokratik ortamın yaratılabilmesi de kolay olmamaktadır (34). Böyle bir yöntemde gerek tedavi ekibinin kendi arasında, gerekse tedavi ekibi ile hastalar arasında örtülü ya da açık çatışmaların ortaya çıkmasından kaçınılamaz. Karşıt transferansın bilincine varamamış tedavi ekibinin bireyleri arasındaki çatışmaların ve iletişim yetersizliklerinin süratle hasta gruplarına yansıdıkları değişmez bir kural görünümündedir. Bu gibi çözümlenmemiş sorunlar her iki grubu dağıtabilir, parçalayarak, alt gruplar oluşturabilir. Bu dağılmanın doğal sonucu tedavinin kökten engellenmesidir. Bu sakıncayı ortadan kaldırabilmek için öncelikle ekip grubu içinde düzenli toplantılarımız ile bir birlik ve beraberlik kurmaya çalışılmıştır. Böylelikle görev-

lilerin karşıt-transferanslarının bilinçlendirilmesine olanak sağlanmaktadır. Burada benimsediğimiz gerçek şudur: Hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire ayrı ayrı disiplinlerden gelen fakat aynı amaca hizmet eden görevlilerdir. Değişik disiplinlerden geldiklerine göre bu kişilerin profesyonel yönden birbirlerine üstünlükleri yoktur. Daha kısacası, hiç bir görevlinin diğerinin önceden kesin olarak tanımlanmış ve tayin edilmiş görevine karışma yetkisi olamaz. Anlaşmazlıklar grup terapistinin yönetimindeki oturumlarda serbest tartışmalar ile çözümlenmeye çalışılır. Bu tartışmalarda sorumluların görev ile ilgili duygularını ve düşüncelerini açıkça söyleyebilmeleri üzerinde önemle durulmaktadır. Biz bu ortamı sağlayabildiğimiz oranda tedavinin olumlu yönde etkilendiğini kısa bir süre içinde gördük. Gerek tedavi ekibi üyeleri, gerek hastalar gerekse hastalar ile görevliler grubu arasında hemen bir yakınlaşma, samimiyet ve hoşgörü ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar çok yönlü tedavi ortamında sözünü ettiğimiz ilkelerin geçerliliğini doğrulamaktadır. Kanımızca bu ilkelerin uygulanmadığı yerlerde böyle bir tedaviden söz edilemez.

Modelimizin hastalar yönünden ağırlık noktası haftada üç kez uygulanan yaşantısal grup tedavisidir. Yaşantısal grup tedavilerinin para, zaman, personel kazanımı gibi üstünlükleri artık herkesce kabul edilmiştir. En yararlı yönlerinden bir tanesi de hastaları, çevrelerinin bir örneği içinde anlama ve tedavi etme olanağını sağlamasıdır (55, 56, 57). Bu gruplarda hastalar kendi davranışlarının ve davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerinin bilincine daha kolaylıkla varabilmektedirler. Bu nedenlerle yöntem, hastaların uyum sağlayıcı yeteneklerinin geliştirilmesinde uyum bozucu olanların giderilmesinde en süratli yollardan birisi olmaktadır.

Son yıllarda gerek tedavi edici, gerekse öğrenim gruplarında o kadar çok gelişmeler olmuştur ki, artık bunları sınıflandırma olanağı da kalmamıştır denilebilir (50). Klasik analitik ve modifiye analitik gruplar (1, 64), maraton grupları (4, 5), enkaunter grupları (54), etkileşim grupları (20, 21, 24, 68), öğrenim grupları (41), sinanon grupları (47) bunlardan bir kaç örnektir. Şöyle bir ayırım da yapılabilir : 1 — Öncelikle kişiliğin potolojik yapısı üzerinde duran grup yöntemleri: Analtik gruplar,

etkileşim grupları, enkaunter gruplar, maraton gruplar, bir temaya bağlı etkileşim grubu, psikodrama ve diğer rol oynama yöntemleri, 2 — Aktive edici grup tedavisi yöntemleri (51). Diğer bir ayırım da : 1 — Psikoanalitik grup yöntemleri, 2 — Yaşantisal grup yöntemleri (21, 70) dir. Bu iki grubun birbirinden başlıca ayrıcalıkları şunlardır :

Analitik grup tedavisi	Yaşantısal grup tedavisi
1 — Birey	Bir bütün olarak grup
2 — «Orada ve o zaman»	«Burada ve şimdi»
3 — Multipersonel psikoloji	Bipersonel psikoloji
4 — Bilinç dışı motivasyon	Grup dinamiği
5 — Latent içerik	Görünen davranışlar
6 — Heterogenite	Homogenite
7 — Farklılık	Benzerlik
8 — Bireysel bütünlük	Uyum
9 — İç görü ve özgürlük	Uyuşma
10 — Kendini araştırma	Etkileşim
11 — İntrapsişik süreç	Kışiler arası süreç
12 — Daha çok anksiyete	Daha az anksiyete

Bu iki grup tedavi yöntemlerinin birbirinden daha etkin sonuçlar verebildiğini açıkça ortaya koyan yeterli çalışmalar henüz yapılmamıştır (1, 64).

Biz servisimizde yaşantısal (experiential) temele dayanan, yarı açık, etkileşim grubu uygulamaktayız. Servisimize yatan hastalar sadece kadınlardan oluşan homojen bir topluluktur. Böyle homojen topluluklarda psikoanalitik grup tedavilerinin uygulanabileceği tartışmalıdır (11, 23, 24, 31, 32, 70). Yatırılan hastaların hepsinde psikoanalitik grup tedavisi için gerekli olan ölçütleri bulabilmek çok güçtür. Kaldı ki, yatan hastalar arasında da grup tedavisine katılanlar ve katılmayanlar biçimindeki bir ayırım uygulanan topluluk tedavisi yöntemlerine karşıt düşmektedir. Psikoanalitik grup tedavi için hastaların hazırlanmasına harcanacak süre, bizim hastalarımızı serviste tutabildiğimiz zamanı bile geçmektedir. Uygulanan yaşantısal grup yönteminde hastalarda kısa süre içinde arzu edilen değişiklikleri yaratabilme olanağı vardır. Ayrıca uygulanan tedavi için terapistin, te-

davi ekibinin eğitilmesi de daha kısa, daha kolay ve ucuz olmaktadır. Tedavi sürecinin başlıca amaçları bireyin **algısal, bilişsel, duygusal** ve **motorik** alanlardaki bozukluklarının onarılmasıdır. Ne cins bir yöntem olursa olsun, hastanın o zamana kadar farkında olmadığı kişisel gerçeğinin önemli bir bölümünü tanımasını kolaylaştırıyorsa sakıncasız olarak kullanılabilir (21). Başka bir deyimle yukarıdaki sonuçlara ulaşabilen bütün yöntemler aynı oranda geçerlidir; denilebilir.

Uygulamalarda hastaların hazırlanması (grubun minimal yapılaştırılması-minimal structuralisation) onlara yöntemi tanıtan yazılı belge verilmesi, bireysel ya da grup halinde hazırlama biçiminde oluşturulmaktadır (3, 49, 61). Hastaların hazırlanmasında biz bunların her üçünden aynı anda yararlanmaktayız. Bu işleme grup tedavilerini yöneten ekip başkanı dışında kalan bütün tedavi ekibi üyeleri katılmaktadır. İlk başlangıçta hastalara toplantının yeri, zamanı, sıklığı, devam zorunluluğu, gruptaki ilişkilerin yalnızca sözel olacağı üzerinde açıklamalar yapılır. Tedavi için ödenen paranın önceden hastalarca açık seçik bilinmesinde yarar olduğu artık tartışılmamaktadır. Bu nedenle biz tedavi giderleri devletçe ya da kendilerince karşılanan hastalara grup tedavilerinin oturum başına ödeyecekleri miktarı önceden bildirmekteyiz. Ücretsiz yatan hastalara ise diğer tedavi giderleri gibi grup oturumlarına da para ödemeyeceklerini başlangıçta açıklamaktayız. Hazırlık döneminde ilâçlar üzerinde de durulmaktadır. Biz hastalarımıza ilâç tedavisinin kendisine belli bir ölçüde yararlı olmakla birlikte gerçek sorunlarının çözümlenmesinde bir katkısı olamayacağını açıklamaktayız.

Üyeler grup içinde her konuda istediği biçimde konuşma ya da konuşmama özgürlüğüne sahiptir. Konuşmak için hiç kimseden söz almazlar, yeter ki üyenin ortaya attığı konu grup tarafından benimsensin ve üzerinde konuşulsun. Grup içinde kendi duygularından, ya da somatik yakınmalarından dolayı grubu takip edemeyen üye gerekçelerini göstererek grubun gidişini her an kesme hakkına sahiptir. Ancak bunu benimsemek ya da benimsememek de grubun hakkıdır. Kişi grup içinde yalnız kendi adına konuşmalıdır. Başkasının sözcüsü, aracısı olmamalı; başkalarını kendi düşünce ve duygularına destek olarak kullanmamalıdır. Grup içinde fısıldaşmaların yasak olduğu kuralının önce-

den üyelere öğretilmesini uygun olmadığı kanısındayız. Çünkü gizlilik kendiliğinden diğer grup üyelerinin merak duygularını uyandırmakta ve grup içi etkileşim sürecini hızlandırabilmektedir. Biz bireylere özgü gizlenme ve merak etme temel gereksemelerine anlayış göstermekte ve bunlardan grup içi suskunlukların giderilmesinde yararlanmaktayız. Grupta herşey konuşulabilir, ancak hastalara hastane ve servis içindeki tüm bireylerin (tedavi ekibi de dahil) birbirleriyle olan ilişkilerinden doğan konulara ağırlık vermelerinin yararları anlatılır. Tedavi ortamı içindeki güçlüklerin dış ortamdaki güçlüklerinin bir tekrarı olduğu açıklanır. Bireyler grup içinde, dış ortamdaki düşünce, duygu ve eylemlerini yansıtmaktadırlar. Bu kaçınılmaz bir fenomendir (6, 7, 38, 68). Gruplar hadiselerin, olayların sadece sözel olarak konuşulduğu, tartışıldığı, karara bağlandığı bir toplantı olmayıp duyguların yaşandığı, ifade edildiği bir ortamdır. Grup içindeki olayların, karşılıklı ilişiklerin kişide yarattığı duygulara (iç sıkıntısı, öfke, memnunluk, yakınlık v.b.) ve bunların meydana getirebileceği bedensel değişiklikler (çarpıntı, baş ağrısı, mide ağrıları v.b.) algılanılmasına, tanınmasına ve ifade etmeye çalışması gerektiği, ancak bunu başarmanın zaman alıcı. hiçte kolay olmayan bir şey olduğu hastalara anlatılır. Böylece hastaların taşıyamayacakları bir yükün altına girmeleri önlenebilmektedir. Ayrıca, grup içinde «şimdi ve burada» olanlar üzerinde durulmasının daha yararlı olacağı, açık ve dürüstçe ifade ettiği duygu ve düşüncelerinden dolayı hiç kimsenin, özellikle tedavi ekibinin, kendisini suçlamayacağı, cezalandırmayacağı üzerinde güvence verilir. Terapistin grup içindeki yeri rolü hakkında kısa bilgiler hastaların pasif beklentilerini önemli bir oranda azaltmaktadır. Tüm bu bilgiler sürekli olarak, grup içinde terapist, grup dışında ise tedavi ekibinin diğer üyeleri tarafından sık sık hatırlatılmaktadır.

Tedavi dışında bölümün yönetimi ile ilgili sorunları asistan doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve bölüm hemşiresi arasında paylaşılmaktadır. Biz grup terapistinin yönetim işleri ile direkt olarak uğraşmasını doğru bulmamaktayız. Terapist ne kadar anlayışlı, demokratik düşünceli, gruba içtenlik ve açıklıkla katılan birisi olursa olsun, sadece hekim oluşu ile dahi otorite figürü yerine geçmekten kurtulamaz. Eğer terapist gerektiğinde cezalandıran biri de olursa, grup içinde hastaların kendilerini ra-

hat hissedebilmeleri daha da zorlaşmaktadır. Uygulamamızda grup terapisti, hazırlama döneminde, tedavi ekibi ile birlikte yapılan toplu görüşmeler dışında, tedavi amacı ile bireysel görüşmeler yapmamaktadır. Terapötün hastalarla bireysel görüşme yapmasının hem kendisi, hem de hastalar yönünden sakıncalı olduğu görülmüştür. Terapistin grup içindeki tutumu ile, bireysel görüşmelerdeki tutumu arasında büyük fark vardır. Bireysel görüşmede terapistin daha fazla yansız, yargısız ve yüksüz tutumuna karşılık, grup içinde etkin, paylaşan duygularını söyleyen, taraf tutabilen bir rolü vardır (4, 5, 20, 22, 41, 47, 54). Bu farklı tutum hastalarda konfüzyon yaratmaktadır. Aynı karmaşalık terapistte de meydana gelebilmekte ve grup sürecinin oluşmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün yaşantısal grup terapisi yöntemlerinde bireylerin gruptaki yaşantılarından en önemli tedavi edici araç olarak yararlanılmaktadır. (24, 35). Bu nedenle terapistin en önde gelen görevi gözlemleri bu fırsatları doğurabilecek yaşantılar üzerine yöneltmektir. Terapist bir takım teknikleri mekanik bir şekilde uygulayan birisi değildir. O, etkin bir biçimde grubun atmosferini yaratmak, gruba tam olarak katılan bir üye rolünü almakla da yükümlüdür. Grup içinde karşılıklı etkileşim amaç olduğuna göre grup bireylerinin birbirleri ve kendisi ile olan etkileşim biçimlerini gözlemek, bundan kaynaklanan tüm duyguların açıklanabileceği bir ortam yaratmak ve bunun devamını sağlamaktan sorumludur (52, 66, 67). Karşılıklı etkileşimden doğan duygusal, bilişsel, motorik ifadelerden en az korkan kişidir. Gruba yönelik duyguları grubun diğer bireylerinden daha fazladır. Feed-back vermede daha tecrübeli olduğundan, bunu grupta diğer üyelerden çok daha fazla yapabilir. Terapist grup içinde sadece açık ve dürüst olmakla kalmayıp, kendisini başkalarından daha yüksek veya daha aşağı bir pozisyona da sokmamalıdır. Devamlı olarak kendi içrel tepkilerini hissetmeli, tanımalı ve bunların grup içi etkileşiminden mi, yoksa kendi içrel problemlerinden mi kaynaklandığını anlamaya çalışmalıdır. Terapist kendi içrel tepkilerine aşırı bir şekilde dayanarak grup içi etkileşimini anlamaya çalışırsa, hastasını kendi kişisel problemleri açısından değerlendirebilir. Gruba katılan biri olarak duygu ve düşüncesi grup içindeki çoğunluk tarafından benimsenmiyorsa bunun kendi kişisel probleminden gelebileceğini düşünmeli ve diğer üyelere zorla benimsetmeye uğraş-