malıdır. Ancak böyle esnek bir tutumla gruba katılırsa grup tarafından kabullenilebilir. Terapist kendisini grup içinde tedavi edilen bir kişi olarak görebilirse, yani grup içinde kendi tedavisi ile de meşgul olursa, grup tarafından daha kolay ve grup içinden biri olarak benimsenebilir. Söz konusu olan her ne çeşit olursa olsun «küçük grup» ve «terapist» dir. Her hangi bir anda grubun amaç ve beklentisine uygun etkileşimi sağlayan uyaranları ortaya çıkarabilen üye o anda grubun lideridir. Terapist böyle anlarda bu üyeyi engellememeli, tersine desteklemelidir. Yoğun etkileşim halinde olan bir grupta çoğu zaman yönetenin mi yoksa yönetilenlerin mi bir diğerini etkilediğini sınırlamak çok zordur. Dolayısıyla terapistin de kendi kendine etkilendiğini kabullenmesi ve bunu da açıklıkla belirtmesi gereklidir. Bir terapist bireysel yetenekleri çok yüksek, pratik çözüm bulabilmekte hünerli birisi olabilir. Ancak bu yetenekleri üyeler arasında etkileşimi sağlayamıyorsa liderlik söz konusu değildir (30). Yaşantısal grup tedavilerinde de terapist bireyleri izler. Ancak dikkatleri grup süreci üzerine yoğunlaşır. Yani tek tek bireylerin değil tüm olarak grubun etkileşimi üzerinde durur; kendisini zaman zaman duygusal dalgalanmalarına bırakır. Bir yandan da grup içindeki bu duygularına karşıt olan duyguları, davranışları izler. Ancak böylelikle, grup atmosferini taşıyarak «şimdi ve burada» olanları feed-backler ile gruba yansıtabilir (35, 63). Bu terapistin bütün duygu ve düşüncelerini o anda yansıtması gerektiği anlamını taşımamalıdır. Grup sürecinin yararına olmadığına kesinlikle inandığı duygu ve düşüncelerini bütün insanlar gibi saklama özgürlüğüne (selektif autäntizität) sahiptir (51). Bu gruplarda terapist hastaların duygu, düşünce ve davranışlarının bilinç dışı nedenleri ile ilgili yorum yapmamaktadır. Yorumlar hastaları regresyona (27) sürükleyerek suskunlukların, saldırganlık, suçluluk gibi duyguların ortaya çıkarak grup etkileşiminin engellenmesine neden olmaktadır. Ayrıca yaşantısal grup tedavisi yönteminin amacı bilinç dışı çatışmaların onarılması değil, duygu, düşünce ve davranışların bilinç alanında yaşanması ve onarılmasıdır.

Grup toplantıları haftada 3 gün, 50 dakikalık oturumlar halinde gözlemcilerin de katılması ile yapılmaktadır, servisin asistan doktoru, psikoloğu, hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı bütün oturumlara gözlemci olarak katılmaktadır. Bunlardan birisi otu-

rumların kayıtlarını tutar. Ekip üyelerinden başka kliniğin diğer belirli sayıdaki uzmanları da sürekli olarak gruba gözlemci olarak katılmaktadırlar. Aynı şekilde servisimiz görevlileri de diğer ünitelerin grup uygulamalarına gözlemci olarak katılmaktadır. Her grup oturumundan hemen sonra gözlemcilerin de iştirak ettiği 40 dakika süren lidersiz süpervizyon toplantıları yapılır. Bu toplantılarda da «yaşantısal grup» ilkelerine bağlı kalınır. Görünen amacı geçen grup süreci içinde olup bitenleri, bireylerin tutumlarını, grup yaşantısını, etkileşimini, terapistin yönetimini, feed-back'lerini gözden geçirerek ilerdeki oturumlar için önerilerde bulunmak, kısacası grubu eleştirmektir. Bunun yanında bu toplantılarda gözlemcilerin geçen grubu araç olarak kullanıp kendi duygu ve düşüncelerini, tepkilerini görebilme, anlama ve değiştirebilme olanağını da sağlayabilmektedir (17, 18) Ayrıca bu ortam ilerde grup yönetecek olanların eğitildiği en önemli yerlerden birisi olmaktadır. Gözlemcilerin grup süreci üzerine engelleyici etkileri olduğu, ya da olmadığı savunulmuştur (8, 9). Bizim deneyimlerimiz tedavi ekibi dışından gelen gözlemcilerin grup sürecini kesinlikle engellediğini göstermiştir. Ancak grup daha önceden hazırlandığında, gözlemciler devamlı ve aynı kişiler olduğunda bir süre sonra engellenmenin minimum düzeye indiğini hissetmekteyiz. Gözlemcilerin süpervizyon toplantılarında gruba getirdiği yararlı katkılar, meydana getirdikleri engellemenin zararından çok daha fazla olmaktadır.

Bazı kuruluşlarda grup içine bir ya da daha fazla Ko-terapist alınmakta ve bunların etkileşimi artırarak gruba faydalı oldukları söylenmektedir (36, 42). Bazıları da aralarında bilin; dışı veya bilinçli rekabete, değişik kişiliklere, düşüncelere, beklentilere sahip olabileceklerinden grup sürecini olumsuz yönde etkileyebileceği üzerinde durmaktadır (15, 29, 44). Bu iki değişik görüşü savunanların haklı oldukları yönler vardır. Ancak biz gerek grubun küçüklüğü, gerekse tedavi ekibi üyelerinin eğitim düzeylerinin birbirinden çok farklı olması ve bireysel tedavilere katılmaları nedeni ile grubu tek bir terapistin yönetmesinden yanayız.

Bu tedavi modelinin en önemli yönü kendi kendisini eleştirebilmesidir. Sürekli eleştirinin, olanaklar içinden en uygun olanını

bulmada en yararlı yollardan birisi olduğu kanısındayız. Kanılarımız ve ulaştığımız sonuçları başka yollar ile elde edilenlerle karşılaştırabilme olanağı henüz doğmamıştır. Bununla birlikte deneyimlerimiz ülkemizdeki hastalarımıza, sunulan bu yaklaşımla, çok daha yararlı olunabildiği inancımızı azaltmamıştır.

ÖZET

Bu çalışmada A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinin 13 yataklı açık kadın bölümünün son 3 yılda geliştirilen tedavi modeli sunulmaktadır. Belirli tek bir yöntem yerine organize bireysel, grup, topluluk ve farmakolojik tedavi yöntemlerinin birlikte uygulanışının yararları belirtilmiştir.

SUMMARY

A therapeutic model which has been developed at the 13 bedded open women's ward of the A.Ü.T.F. Psychiatric Hospital during the past three years, is presented in this article.

The advantages of the combined individual psychotherapy, group, community and pharmacological therapies over the single aproach have been pointed out.

Teşekkür : Yazar bu uygulamayı gerçekleştiren üçüncü açık kadın katı hasta ve görevlilerine, yol gösterileri için gözlemci meslekdaşlarına teşekkürü borç bilir.

LİTERATÜR

1 — Abse, W. Clinical Notes on Group - analytic Psychotherapy, Univ. Press of Virginia, Charlottesville. 1974. pp 147-151.

2 — Almont, R., Astrachan, B. Milieu Therapeutic Process. Arch, Gen. Psychiat. 1969. 21: pp 431-442.

3 — Baak. W. W. Therapeutic Leadership in Milieu Treatment. Int. J. Gr. Pyschother. 1966. 16: pp 163-173.

4 — Bach, R. G. Intensive Group Psychotherapy. Ronald Press N. Y. 1954.

5 — Back, R. G. The Marathon Group: Intensive Practice of Intimate Interaction. In Groupp Therapy To-day, ed. Ruitenbeek, H. Aldine Atherton N.Y. 1969. pp 301-309.

6 — Battegay, R. Clinical Group Psyhotherapy. Acta Psychiatria Scandinavica Suppl. 1971. 224: 31.

7 — Battegay, R. Group Psychotherapy and the Modern Psychiatric Hospital. Int. J. Gr. Psychother. 1966. 16: pp 270-278.

8 — Bernandes, T. The Role of the Observer in Group Psychotherapy. Int. J. Gr. Psychother. 1969. 16: pp 234-239.

9 — Blocm V., Dobie, S. I. The effect of Observers on the Protecss of Group Therapy. Int. Ğ. Gr. Psychother. 1969. 16: pp 79-87.

10 — Bonn, E. M. A. Therapeutic Community in an Open State Hospital: Administrative-Theraputic Links. Hosp. Commun. Psychiat, 1969 20: pp 269-278.

11 — Bovill, C. A. Trial of Group Psychotherapy for Neurotics. Brit. J. Psychiat. 1972. 120: pp 285-292.

12 — Buck, R. E. A. Large Milieu Therapy Group. Amer. J. Psychother. 1972. 26: pp 384-393.

13 — Burke, G.L., Lafave, H. G. A Structured Group Programme for Patient -Staff Communication. Int. J. Soc. Psychiat. 1964. 10: pp 142-149.

14 — Büyükberber, Ç., Odağ, C. Pratalojik Karı-koca İlişkilerinde Tedavi. Tıp Dünyası 1975. 48:5 pp 177-189.

15 — Cameron, J.L., Stewart, R. A. Observations of Group Psychotherapy with Chronic Psychoneurotic Patients in a Mental Hospital. Int. J. Gr. Psychother. 1955. 5: pp 346-360.

16 — Chance, E. Recurrent Problems in the Management of Treatment Groups. Int J. Soc. Psychiat. 1971. 17: pp 210-216.

17 — Chapell, C. L. Participation Training : An Instrument for Milieu Change. Hosp. Commun. Psychiat. 1969. 20: pp 353-357.

18 — Childers, B. A. Ward Program Based on Graduated Activities and Group Effort. Hosp. Commun. Psychiat. 1967. 18: pp 289-295.

19 — Clark, A. W., Yeomans, N.T. Theory, Practice and Evaluation of a Therapeutic Community. Spiringer N. Y. 1969.

20 — Cohn, R. C. From Couch to Circle to Community: Beginnings of the Theme-centered Interactional Method. in Group Therapy To-day ed. Ruitenbeek, H. M. Aldine-Atherton N.Y. 1969. pp 256-267.

21 — Cohn, R. C. Psychoanalytic or Experiential Group Psychotherapy: A False Dichotomy. The Psychoanalytic Review. 1969. 56:3 pp 333-345.

22 — Cohn, R. C. Style and Spirit of the Theme entered Interactional Method. in Progress in Group and Family Therapy. eds. Sager, C. I. Kaplan, H. S. Brunner///Mazel N.Y. 1972. pp 852-878.

23 — Durkin, H. Analysis of Character Traits in Group Therapy. Int. J Gr. Baychother, 1951. 1: pp 133-143.

24 — Durkin, H. Levels of Group Therapy in Large Hospitals. Amer. J Orthopsychiat. 1967. 37: pp 272-285.

25 — Eddstein, E. L.. Nay, P. Open Groups Within a Changing Psychiatric Ward in İsrael, Int J. Gr. Psychother, 1972. 22: pp 379-383.

26 — Elmore, J. L., Saunders, R. Group Encounter Techniques in the Short-Term Psychiatric Hospital. Amer. J. Psychother. 1972. 26: pp 490-500.

27 — Emde, R. N. Limiting Regression in the Therapeutic Community. Amer. J. Nurs. 1967. 67: pp 1010-15.

28 — Freyhan, F. A. Clinical Apsects of the Revolution in Mental Health Services. Comprehensive Psychiat. 1970. 11: pp 1-7.

29 — Ganz, R. W. Group Co-therapist and the Therapeutic Station: A Critical Evaluation. Int. J. Gr. Psychother. 1962. 12: pp 82-88.

30 — Gibb, C. A. The Principles and Traits of Leadership. in. Small Groups eds. Hare, P., Bogartha, F.F., Bales, R.F. Alfred, A Knopf N.Y. 1962. pp 87-95.

31 — Glatzer, H. T. Analysis of Masochism in Group Psychotherapy. Int. J. Gr. Psyhother. 1959. 9: pp 158-166.

32 — Glatzer, H. T. Treatment of Oral Character Neurosis in Group Peychotherapy, in. Progress in Group and Family Therapy eds, Sager, C. J. Kaplan, H. S. Brunner/Mazel N.Y. 1972. pp 54-65.

33 — Gralnich, A., D'Elia, F. A. Psychoanalytic Hospital Becomes a Therapeutic Community. Hosp. Commun. Psychiat. 1969. 20: pp 144-146.

34 — Grand, L. J. Continuous Process of Controlling Milieu. Hosp. Commun. Psychiat. 1967. 18: pp 182-183.

35 — Heigel-Evers, A., Heigel, F. Rolle und Interventionsstil des Gruppenpsychotherapeuten. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 1972. 5:2 pp 152-171.

36 — Herschelman, P., Freundlich, D. Group Therapy with Multiple Therapist in a Large Group. Amer. J. Psychiat. 1970. 127: pp 457-461.

37 — Janacek, J., Mandel, A. The Combined Use of Groupp and Pharmacotherapy by Collaborative Therapists. Comprehensive Psychiat. 1965 6: pp 35-42.

38 — Jones, M. The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry. Basic Books N.Y. 1953.

39 — Kraus, R.F. Informal Social Groupings on Psychiatric Wards. Hosp. Commun. Psychiat. 1970. 21: pp 27-30.

40 — La Fave, H.G., Burke, J.L. Two Intensive Treatment Programmes: Nursing Attitudes and Evaluations. Brit. J. Psychiat. 1965. 3: pp 351

41 — Lubin, B., Eddy, W.B. The Laboratory Traming Model: Rational Method and Some Thoughis for the Future in. Progress in Group and Family Therapy. ed. Sager, C.J., Kaplan, H.S. Brunner/Mazel N.Y. 1972. pp 819-851.

42 — Lundin, W.H., Aronod, B.M. The Use of Co-therapist in Group Psychotherapy. J. Consult. Psychol. 1952. 16: pp 76-81.

43 — Main, T. F. The Hospital as a Therapeutic Institution. Bull Menninger. Cil. 1946. 10: pp 66-70.

44 — Mann, J. Some Theoretic Concepts of the Group Process. Int. J. Gr. Psychother. 1955. 1: pp 236.

45 — Marohn, R.C. The Therapeutic Milieu as an Open System. Arch. Gen. Psychiat. 1970. 22: pp 360-364.

46 — Marohn, R.C. The Meeting Its Implications for a Therapeutic Correctional Community. Int. J. Gr. Psychother. 1967. 17: pp 159-167.

47 — Maslow, A.H. Synanon and Eupsyhia. in. Group Therapy To-day ed. Ruitenbeek, H.M. Aldine-Atherton N.Y. 1969. pp 326-335.

48 — Mathon, A.J. Community Meetings on the Admission Ward. Hosp.

49 — McGee, T.F. Comprehensive Preparation for Group Psychotherapy. Int. J. Gr. Psychother. 1969. 19: pp 303-312.

50 — MacLennan, B.W., Levy, N. The Group Psychotherapy Literature 1970. Int. J. Gr. Psychother. 1971. 21: pp 345-380.

51 — Odağ, C., Büyükberker, Ç. Grup Tedavileri. Tıp Dünyası. 1975. 48:8 pp 310-318.

52 — O'Hearne, J.J., Glad, D.D. The Case for Interaction. Int. J. Gr. Psychother. 1969. 19: pp 268-278.

53 — Özbek, A., Büyükberker, E. Topluluk Tedavisi. A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği Seminerleri. 1975. Basılmamış.

54 — Parloif, M.B. Group Therapy and Small Group Field: An Encounter. in. Progress in Group and Family Therapy. eds. Sager, C.J., Kaplan, H.S. Brunner/Mazel N.Y. 1972. pp 174-207.

55 — Pattison, E. M., et al. Assesing Spesific Effects of Inpatient Group Psychotherapy. Int. J. Gr. Psychother. 1967. 17: pp 283-97.

56 — Pattison, E.M. Group Psychotherapy and Group Methods in Community Mental Health Programs. Int. J. Gr. Psychother. 1970. 20: pp 516-539.

57 — Peck, H.B. A Small Group Approach to Individual and Institutional Change. Int. J. Gr. Psychother. 1970. 20: pp 435-449.

58 — Pierce, W.D. Changing Ward Atmosphere Through Staff Discussions of the Perceived Ward Environment. Arch. Gen. Psyhiat. 1972 26: pp 35-41.

59 — Pullinger, W.F. Twelve Week Discharge Program. Hosp. Commun. Psychiat. 1968. 19: pp 21-23.

61 — Rabin, H.M. Preparing Patients for Group Psychetherapy. Int. J. Gr. Psycother. 1970. 20: pp 135-145.

62 — Reid, K.E. Social Group Work Enhances Milieu Treatment. Hosp. Commun. Psychiat. 1968. 19: pp 26-29.

63 — Rogers, C.R. On Becoming a Person. Houghton-Miflin. Boston 1961.

64 — Sager, C.S., Kaplan, H.S. New Approaches. in Progress in Group and Family Therapy. Brunner/Mazel N.Y. 1972. pp 75-82.

65 — Schlesinger, H.J., Holzman, P.S. The Therapeutic Aspects of the Hospital Milieu. Bull. Menninger. Cli. 1970. 34: pp 1-11.

66 — Slavson, R.S. The Anatomy and Clinical Applications of Group Interaction. Int. J. Gr. Psychother. 1969. 19: pp 3-15.

67 — Stein, A. The Nature and Significance of Interaction in Group Psychotherapy. Int J. Gr. Paychother, 1970, 20: pp 153-162.

68 — Stoller, F.H. Accelerated Interaction: A Time Limited Approach Based on Brief Intensive Group. Int. J. Gr. Psychother. 1968. 18: pp 208-222.

69 — Tollington, H.J. The Organization of a Psychotherapeutic Community. Brit. J. Med. Psychol. 1969. 42: pp 271-275.

70 — Wofl, A. et al. Psychoanalysis in Groups: Contrast with Other Group Theraples in, Progress in Group and Family Therapy: eds. Sager C.S. Kaplan, H.S. Brunner/Mazel N.Y. 1972. pp 47-53.

ETKİLEŞİM GRUPLARI
(Bir Symposiumum Düşündürdükleri)

Doç. Dr. Celâl ODAĞ (*)

Kliniğimizde 6—8 Mayıs 1976 tarihleri arasında grup dinamiği ve tedavilerini kapsayan bir hafta sonu symposiumu düzenlendi. Symposiumun plânlanışı, gidişi, başarısı veya başarısızlığı üzerinde değişik görüşler ortaya atılmıştır. Ama bazı gerekçelerin ortaya çıkmasında da bu toplantının yararı üzerinde birleşilmiştir. Kanımızca symposiumun gözler önüne serdiği önemli sorunlardan bir tanesi grup tedavilerinin yeterince tanıtılmayışıdır. Grup dinamiği ve grup tedavileri üzerinde Türkçe yayınlar hemen hiç yok gibidir. Genellikle sosyodinamik ilkelere, ya yabancı kalınmakta veya bu süreçler uygulamalar dışında yabancı kitaplardan öğrenilmeğe çalışılmaktadır. Ülkemizin bu alandaki acı veren gerçeği dünyada politika ve endüstriyi (1, 3, 18, 19, 23, 24, 27, 28) bile etkileyecek kadar yaygınlaşmış grup uygulamalarının çok az sayıda kliniklere bağlı kalışlarıdır. Uygulamaları gözleme ve tartışma olanaklarının sınırlı oluşu grup tedavilerinin öğrenimini önemli bir oranda engellemektedir. Sosyodinamik süreçler üzerinde eğitilmiş uzmanların, ne yazık ki birbirleri ile yeterli bir yakınlık kuramayışları da bu engellemeyi pekiştirir niteliktedir.

Symposiumun gözler önüne serdiği sorunlardan bir tanesi de, grup tedavileri dendiği zaman çoğunlukla analitik grup tedavilerinin akla gelişleri olmuştur. Grup uygulamalarını izleyen konuşmalarda, gözlemcilerin hasta davranışlarının, hemen nedenleri üzerinde durmaları özellikle dikkatleri çekmiştir. Tartışmalarda hastaların grup içindeki tutumlarının yorumlarla, kökenlerine inerek açıklama eğilimi önde gelmekte idi. Böyle bir eğilimin analitik gruplarında ağırlık kazandığını hepimiz bilmekteyiz. Analitik gruplarında yaşantı, savunma ve davranışların derinindeki (bilinç

(*) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği.

altı) nedenlerine inildiğini, bireylerin kendi yapıları hakkındaki anlayışlarının geliştirildiğini, bu anlayışlar ve düzeltici duygusal yaşantılar (correctiv emotional experience) aracılığı ile nörotik belirtilerin düzeltilmeğe çalışıldığını da bilmekteyiz (2, 4, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 28, 33). Analitik gruplar belirtilen ilkelerde bir görüş birliğine varmış, yeterince uzmanları olan, gerekli ekonomik gücü kazanmış kliniklerde başarı ile de kullanılmaktadırlar (2, 7, 11, 16, 17, 18, 20, 25, 27, 38). Öte yanda analitik gruplarına katılaştırılmış temel analitik ilkelerinden (abstinens kuralı, nötr olma, aynı tutumu, passif kalış vb.) dolayı terapöd ve hastayı çok fazla sınırladığı (12, 22) çok fazla **«dün ve orada»** olan olgular üzerinde durduğu, regressionu arttırarak daha uzun tedavi sürelerini gerektirdiği (2, 20, 22) şeklinde eleştiriler de yapılmaktadır. Bu alandaki eğitilmiş uzmanların azlığı, uzun süresi bir tedaviyi göze almayacak kliniklerin çokluğu ve analitik grupların öğrenilmesindeki güçlükler, bu tedaviler dışında daha kısa süreli, amaçları daha sınırlı, daha kolay öğrenilebilir ve uygulanabilir yöntemlerin geliştirilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Intreracionel (etkileşim), encounter, maraton, sensitivity training, synanon ve aile grupları bir yönleri ile bu zorunluğun ürünleridir (1, 3, 9, 12, 14, 15, 24, 29, 30, 31, 33). Tüm bu gruplar aslında temel analitik ilkelerini bilmede, onlardan yararlanmada, ama uygulamada ve amaçların da analitik gruplarından farklılıklar göstermektedirler (1, 3, 11, 13, 14, 15, 23, 27, 31, 32, 33). Belirtilen gruplarda **«dün ve orada»** olan olgulardan çok **«şimdi ve burada»** olanlar üzerinde durulması, terapödün ölçülü bir özgürlükten yararlanarak etkin bir katılıcı rolünü alabilmesi ve regressionun engellenmesi analitik gruplarında yadırganan tutumlardandır. Özellikle tedavi amaçlarının sınırlı oluşu, bu gruplara daha geniş uygulama alanları sağlamaktadır.

Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde üç yıldanberi analitik grupları, psikodrama ve etkileşim grupları uygulanmaktadır. Uygulamaların yaygınlığı bizim grup dinamiği üzerindeki bilgilerimizi de oldukça genişletmiştir. Öyle ki, sosyodinamik süreçler üzerinde öğrendiklerimiz ders anlatma biçimleri, denetleme saatleri, seminerler üzerinde de etkilerini göstermeğe başlamışlardır. Otorite figürlerinin egemen olduğu, ancak tek yanlı bilgi alışverişine (hocadan - öğrenciye) izin veren, otokratik stilde yürütülen ders-

ler azalmaktadır. Öğrenim tümü ile grup ilkelerine bağlı kalınarak yapılmağa çalışılmakta ister stajyer, ister psikolog, ister asistan olsun, öğrenme amacı ile biraraya gelmiş toplantılarda tüm bireylere etkin bir katılıcı rolü verilmeğe çalışılmaktadır. Klinik içinde grup uygulamalarının çeşitliliği değişik gruplar arasındaki farklılıkları daha somut olarak görebilme ve öğrenebilme olanaklarını da kazandırmaktadır. Klinikte analitik grupları ile etkileşim grupları arasındaki farklılıkların bilinmesi ağırlık verdiğimiz öğelerden bir tanesidir. Analitik grupları psikodrama ve öğrenim grupları üzerindeki düşüncelerimizi başka bir yere bırakıp, bu yazımızda etkileşim grupları ve özellikle bu grupların, analitik gruplardan farklılıkları üzerinde duracağız.

Psikiyatri Kliniği altı katlı, yeni ve öğrenime uygun bir binada kurulmuştur. Hastalarımız altı kata yayılmış olup, her katta ekip tedavileri uygulanmaktadır (6. 16, 19, 21, 25, 27). Ekipler birbirleri ile tedavinin gerektirdiği bir yakınlık içinde bulunmakta ve bunu direktör ile demokratik bir ilişki tamamlamaktadır. Tedavinin sorumluluğunu ekip görevlileri hastalar ile birlikte yürütmeğe çalışmaktadırlar (6, 19). Hastalara iyi olmaları için kendi görevleri öğretilmekte ve bu görevleri önemsenip değerlendirilmektedir. Biz katları birden fazla, ama belli sayıda bireylerin bulunduğu, sorumlulukların paylaşıldığı, hastalarımıza görüş kazandırıp, yararsız davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan tedavi birimleri olarak kabullenmekteyiz. Bu birimlerdeki hasta ve görevlilerin kişisel eğilimleri katın havasını önemli bir oranda etkilemektedir. Birden fazla, amma belli sayıda bireylerin oluşturduğu bu çoğulluk içinde çok sayıda ve değişik iletişim biçimleri gelişmektedirler: Hastalarla - hastalar, görevlilerle - görevliler, hastalarla - görevliler, hasta grupları ile - görevliler grubu, kat grupları ile hastanenin diğer grupları arasında olduğu gibi. Öte yandan hastalarımızın hastalıkları dışında kişisel nitelikleri de, katın terapötik havası ile iletişim biçimleri üzerinde etkili olmaktadır. Onların genellike kendileri ve çevrelerini yeterince sevebilir olamayışları, haz alabilme ve çalışabilme yeteneklerinin düşüklüğü, katlanma güçlerindeki azalma, katlarda kurulması gerekli güven ve yakınlığı önemli bir oranda etkilemektedir. Bunların yanı sıra kendileri-kendi bedenleri-ve çevrelerine yabancı, doyurucu ilişkiler kuramamış, toplum içinde davranışlarının bilincine yeterince varamamış kişilerin oluşturduğu ortam-

larda, kolaylıkla yanlış iletişim biçimleri gelişebilmektedir. Bunun bireyleri birbirlerinden uzaklaştırması da kaçınılmaz olmaktadır. Bu uzaklaşısın doyumsuzluğu ve hastalığı birlikte getirmesi, en azından hastalık belirtilerini şiddetlendirmesi doğaldır. Onun içindir ki, katlarda bireyler arasındaki var olan etkileşim sistemlerini ve iletişim biçimlerini anlamaya yönelik gözlemler önemli olmaktadır. Deneylerimiz bu gözlemlerin katlardaki etkileşim gruplarında daha kolaylıkla yürütülebileceğini göstermiştir.

Bu yönleri ile etkileşim grupları ekiplerde önemli rol oynamaktadır. Yatırılmış hastaların tümünün etkileşim gruplarına katılması, ekiplerde önde gelen ilkelerdendir. Gruplara katılmak veya kat içindeki işbölümünde belli bir sorumloluk almak, tedavinin gereği olarak kabul edilmektedir (6, 9, 21, 24, 25). Gruba hastalar dışında tedavi ekibinden bir kısmı da katılmaktadır. Böylece gruba katılanların sayısı 15 - 18 arasında değişmektedir. Oturumların süresi elli dakikadır. Bu süreyi tedavi ekibinin tümünün, diğer kliniklerden gelen gözlemcilerin ve eğitilmiş bir uzmanın katıldığı 40 dakikalık bir tartışma izler. Burada belirtilmesi gerekli önemli bir nokta grup sürelerinin kesinlikle belirlenmiş olmasıdır. Oturumların başlayış ve bitiş sürelerini kesin olarak saptanması, özellikle grupların ne zaman biteceğinin bilinmesi ve gereksiz uzatmaların olmayışı gruba katılmayı ve öğrenimi kolaylaştırmaktadır. Ayrıca grupların aralıksız olarak sürdürülmeleri, onları daha kolay benimsenebilir hale getirmektedir. Hasta gruplarını izleyen tartışmalarda, grup süreçleri ile grupta etkili olan etkenler bulunmağa çalışılmaktadır. Burada gözlemcilerin düşünceleri ve yorumlarından çok onların duygusal izlenimlerini öğrenmeği amaçlamaktayız. Böylelikle hastaların grup içindeki etkileşim biçimleri, aldıkları roller ve onların başkaları üzerindeki etkileri daha kolaylıkla ortaya çıkabilmektedir. Gözlemcilerin kolaylıkla izleyebildiği olgulardan bir tanesi de, hasta gruplarının ekipteki görevliler grubuna bağımlılığı ve ondan etkilenmesidir. Ekip görevlileri arasında olabilen bir anlaşmazlık hasta gruplarına yansıyabilir' Bu bize hasta grupları aracılığı ile görevlilerin kat içindeki tutumlarından haberdar olma ve bazı anlaşmazlıkları işleyebilme olanaklarını kazandırmaktadır. Tartışmalarda asıl üstünde durulan elbetteki hastalar, onların tutum ve davranışları,

bu tutum ve davranışlarının başkalarına etkileri ile genel tedavi plânıdır. Genel tedavi plânında kendi olanaklarımız ile hastalarda gerçekleştirilebilecek sınırlı amaçların konmasına önem vermekteyiz. Ayrıca gözlemciler ile yapılan konuşmalar da etkileşim grubu ilkelerine göre yürütülmeğe çalışılmaktadır. Bu tartışmaya katılanların psikodinamik süreçleri öğrenmeleri yanısıra kendi tutum ve davranışları üzerinde durmalarını da sağlar. Tartışmalar özetle iyi bir gözlem ve öğrenim alanıdır. Biz gerek hastaların gerekse görevlilerin gruplarında şu etkileşim grubu genel ilkelerini benimsetmeğe ve uygulamağa çalışmaktayız (9, 14, 30, 31, 32, 33).

a) Herkes kendi kendisinin yöneticisidir. Ne zaman konuşup ne zaman susacağını kendisi saptar.

b) Gruba katılmayı engelleyecek rahatsızlıklara öncelik tanınmalıdır. Herkes kanuşmalara katılıp katılamadığını izlemek katılamıyorsa kendisini engelleyen duygu ve düşüncelerini açıklamak zorundadır.

c) Grup süresince bireyler bedensel değişmelerini de (kalp çarpıntıları, sıcaklık, soğukluk duyguları, kas gerilmeleri vb.) izlemelidir.

d) Gruplarda «ben» ile konuşulmalıdır. Biz - bizler, yaparlar - ederler, yapılır - edilir, gibi konuşma biçimleri sorumluluktan kaçma veya kişiliğinden uzaklaşma belirtileri olarak ele alınmalıdır.

e) Gruptaki fısıldaşmalara, iki birey arasındaki ayrı konuşmalara işaret edilmelidir.

Belirtilen ilkeler ekip tedavilerinin genel kuralları arasında yer almaktadır. Kliniğe yatan her hasta bu kuralları okumak zorundadır. Böylece hastalar hem ekip tedavileri hem de gruplar hakkında okuyarak ilk bilgilerini kazanmaktadırlar. Etkileşim grupları ekiplerin kurulmaya başlandığı dönemlerde kat başkanı tarafından yürütülmekte idiler. Öğrenimimizin belli bir aşamasından sonra bu gruplar eğitiminin üçüncü yılındaki istekli asistanlar tarafından yönetilmeğe başlamışlardır. Bu güne kadarki uygulamalarımız grupları kısa sürede bağımsızca yönetebilecek uzmanların yetişebileceği inancımızı azaltmamıştır.

Terapödün hem yukarıdaki ilkeleri içtenlikle benimseyip uygulaması, hem de belirli noktalara dikkat etmesi yöntemin gereğidir. Herşeyden önce terapöd gruplarda yorumlardan çok feed back vermeğe çalışmaktadır. Gözlemlerini davranışların **«neden» leri** yerine **«nasıl»** lığına yöneltmiş, yani hasta grup içinde NASIL davranmıştır? Konuya NASIL yaklaşmıştır? akranları ve otoriteye gösterdiği tutum NASIL'dır? (9, 14, 25, 31, 32, 33). Bunu bir örnekle açıklamağa çalışalım:

Grup oturumlarından biri **«— Burada fazla izin veriliyor, hastalar çok fazla izne gitmektedirler»** denerek açılır. Konuşmayı başlatan hastanın bir süre sonra sustuğu, ortaya attığı bu konuya sahip çıkmadığı, sözü başkalarına kaptırdığı görülür. Başka bir hasta konuyu akılcı bir düzeyde sürdürür. Ona göre herkesin eşit hakları olmalıdır, birinin fazla izne çıkması başkasına yapılmış bir haksızlıktır. Böyle bir açılışa analitik gruplarında «— Bunun herhalde bir nedeni olmalı, hastalar hangi nedenlerden dilayı böyle konuşmaktadırlar? veya bu söylenenlerin altında yatan şey nedir?» soruları ile yaklaşılmakta ve yorumlarla bunların nedenleri açıklanmağa çalışılmaktadır. Böyle bir yaklaşım biçimi ile de, ilk söze başlayan hastanın kıskançlıkları veya ekibe izin verdiği için kızgınlığı ortaya çıkarılabilir, diğer hastaya da tartışma ve çatışmadan korkuları, ülküleri, onların savunmaları (eşitliğin olduğu yerde çatışma da olmaz) gösterilebilirdi. Oysa etkileşim gruplarında davranışların bilinç altı nedenlerine inme veya onların köken lerini değiştirme amaçlanmamaktadır (9, 14, 22, 25, 31, 32, 33) Burada yukarıda işaret edildiği gibi davranışların **«neden»** leri değil **«nasıl»** lığı üzerinde durulmaktadır. Hastalar konuşmayı nasıl açmaktadırlar, konuşmaya katılabilmede midirler, seslerinin tonu nasıldır? konularının sahibi olabilmede midirler? bizim hastamızdaki gibi uysal bir uyumla sözü başkalarına mı bırakmaktadırlar? grup içindeki konuşma ve davranışlarında kendi öz duygularına, gereksinmelerine hak tanıyabilmekte ve onları ciddiye alıp içtenlikle yaşayabilmede midirler? Tüm bu tutumlarının başkaları üzerine olan etkileri nasıldır? Terapöd, analitik gruplarındaki gibi ne aşırı bir nötralite (yüksüz, yansız, yargısız tutum) içine girmekte, ne anonim kalıp bireyselliğinden hiç bir şey göstermemekte, ne de aşırı edilgin bir tutumla hiç bir şeye karışmamaktadır (4, 7, 9, 11, 12, 22, 25, 28, 31, 32, 33). Kendisi ve hastalarına ölçülü bir etkinlik (aktivite) özgürlüğü tanıyabilmesi yal-

nız regressionu engellemekle kalmaz, bu etkinlik kolaylıkla gruba yansır. Terapödün bu etkinliği gruptaki yersiz ve dayanılmaz susuşları da azaltmaktadır. Bu etkinliğin, grubu kamçıladığı da gözlemcilerin her zaman için izlediği olgulardandır. Terapödün grup içindeki karışmalarını (intervention) onun analitik yönelimli gözlemleri ile oturumdaki duygusal izlenimleri yönler. Burada karşıt transferansın özel bir kullanılışı daha doğrusu seçici (selektif) kullanılışı söz konusudur. Grinberg'e göre (8) terapödün hastalara karşı bilinçli veya bilinçsiz davranış ve duygularının toplamına karşıt transferans denir. Etkileşim gruplarında terapödün bir görevi de grup içindeki süreçlerin bilincine varmak ve gözlemlerini **«selektif autentizite»** ilkesi (31, 32, 33) aracılığı ile gruba iletmektir. Bu ilkeye göre terapist grup içinde karşıt transferansın bilincine varmalı ve bunu geçici olarak gruba iletmelidir (31, 32, 33). Gene bu ilkeye göre terapistin özduygularını içtenlikle açıklayabilmesinin grubu kuvvetle etkilediği inancı yaygındır (9, 10, 14, 29, 30, 32, 33). Söylendiği gibi terapodün gözlemleri daha çok bilinç alanına yönelik olup, hastaların da dikkatleri oraya çekilmeğe çalışılmaktadır. Böylece hastalar da kendi davranışlarının **«nasıl»** lığında haberdar olmaktadırlar. Terapöd'ün **«şimdi ve burada»** ilkesine (5, 10, 12, 25, 31, 32, 33) uyarak verdiği feed back'ler aracılığı ile de bu davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerini duymada ve öğretmektedirler. Örneğimizde biz birinci hastamızın uysal uyumunun (26) ve kendi konusuna sahip çıkamamasının bizde bıraktığı izlenimi şöyle bir feed back ile bildirmeğe çalıştık «- sizinle konuşmayı sürdürmek oldukça güç oluyor, çünkü siz sözü hemen başkalarına bırakıyorsunuz». Burada böyle bir feed back'in hastalarda ne gibi değişiklikler yapabileceği kuşkusu ve düşüncesi doğabilir. Ama biz yalnız feed bak'ler aracılığı ile hastalarımızın, davranışlarının ve davranışlarının başkaları üzerinde ki etkilerinin daha kolay bilincine varabildiğine inanmaktayz. Yalnızca feed baek'ler aracılığı ile hastalarda, hastalık bilinci geliştirilmekte, hastalıkları ile patalojik tutumları arasındaki ilişkiler görüdüp kabullenebilmektedir. Biz yalnızca fee dback'ler aracılığı ile hastalarda belki sınırlı, ama önemli değişikliklerin yaratılabileceği inancını paylaşmaktayız (14, 15, 29, 31, 32, 33).

ÖZET

Sunduğumuz çalışmada Kliniğimizde 6—8 Mayıs 1976'da düzenlediğimiz hafta sonu symposiumunun bizdeki izlenimleri üzerinde durulmuştur. Ayrıca bu izlenimlere dayanılarak Klinikte oldukça yaygınlaşmış etkileşim grupları, analitik gruplarından farklılıkları vurgulanarak, anlatılmıştır.

ZUSAMMANFASSUNG

In diesem Beitrag sind wir auf unsere Eindrücke eingegangen die wir wäahrend unsur Wochheenendeseminaryom 6-8 Mai 1976 gewonnen haben. Ausserdem haben wir auf Grund unserer Eindrücke über interactionellen Gruppen berichtet, die in unserer Klinik einen breiten Anwendungsgebiet gefunden haben. Die Unterschiede zwischen analytischen und interactionellen Gruppen wurden besonders erwähnt.