SAYI : 4

GRUP PSİKOTERAPİLERİ SİMPOZYUMU 1979

A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

GRUP PSİKOTERAPİLERİ SİMPOZYUMU

1 9 7 9

YÜRÜTME KURULU

Prof. Dr. Çetin BÜYÜKBERKER

Dr. Abdülkadir ÇEVİK

Dr. Cumhur KERİMOĞLU

Dr. Halûk ÖZBAY

Dr. Yıldırım B. DOĞAN

Dr. Ahmet SALİHOĞLU

Dr. Engin TURAN

Çağ Matbaası : Tel : 24 28 49
ANKARA - 1979

ÖNSÖZ

Beşinci grup psikoterapileri simpozyumu hazırlıklarının yapıldığı bugünlerde, önceki dört simpozyumun bizlere kazandırdıkları ve öğrettiklerini kısaca belirtmeden geçemeyiz.

Simpozyuma katılan sizlerin desteğiyle gerek konferanslar ve gerek grup uygulamaları her yıl bir önceki yıla göre daha ileri bir düzeye gelmektedir. Grup uygulamalarındaki değişik görüş ve anlayışların sergilenmesi hepimizin ilgisini çekmiştir. Simpozyum süresince yapılan tartışmalar ilgimizi çekmekle kalmamış aynı zamanda bilimsel yanımızı ve hatta kişiliğimizi de olumlu yönlerde etkilemiştir. Prof. Leutz'un psikodrama uygulamalarının unutulmayacak duygusal yaşantıları canlılığını sürdürmektedir. Prof. Dr. Leyla Zileli'nin grup psikoterapisi yapanlara uyguladığı çalışma ise gözlemcilerle grup üyeleri bütünleşmesi yönünde güzel anılarla doludur.

Prof. Ç. Büyükberker'in ve Prof. E. Geçtan'ın gruplar içinde olanlar o günleri çok anlamlı olarak dile getirmektedirler. Doç. Dr. C. Odağ'ın, konferansı, tartışma ortamı içinde yürütmesi öğretici ve yüreklendirici öğeler içermekte ve grup içinde yaşayarak öğrenmenin bir örneğini vermekteydi.

Grup uygulamaları sonrası görülen yakınlaşmalar ve yeni arkadaşlıkların güzelliği ayrıca özlenen anılar olarak yaşamımızda önemli bir yer almaktadır.

Biz tüm bunları ancak sizlerin de katkısıyla hep beraber yaşadık ve yaşıyoruz. Bu mutluluğun, katkılarınızın devamı ve hatta sorumluluk almanızla süreceğine olan inancımızı belirtmek isteriz. Amacımız sizlerin de aktif olarak katılmasıyla çok yönlü bilgi alışverişini hızlandırmaktır.

Yakın bir gelecekte değişik biçimlerde çalışmaları da kapsamasını düşündüğümüz bu simpozyumun, yönetim biçimi ile ilgili önerilerinize de açık olduğunu belirtmek isteriz.

Yürütme Kurulu

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE TEDAVİ TAKIMI İLE HASTA İLİŞKİLERİNİN DİNAMİĞİ (*)

Prof. Dr. W. th. Winkler (Gütersloh - Almanya) (**)

1940'larda Büyük Biritanya'da kendisini gösteren "sosyal psikiyatri" harekâtı, geleneksel psikiyatri hastanesinin değişmesi ve bu alandaki reformların gerçekleşmesinde en önemli koşulları oluşturmuştur.

1940'ların ortalarında Maın, Bıon, Rıckman, Fouelkes ve özellikle Maxwell Jones'un geliştirdiği ve daha sonra Martin tarafından büyük bir psikiyatri hastanesinde uygulanan tedavi topluluğu (Therapeutic Community) anlayışı, psikiyatri hastanelerinin yapısını pek fazla değiştirmedi.

Tedavi topluluğu anlayışı, hastaları tedavide bir nesne ve dili olmayan çocuk rolünden çıkardı. Onları karşılıklı iletişim kurulacak eşler (partner) düzeyine getirdi. Artık hastaların dışında haklarında otoriter kararlar vermek, program yapmaktan vazgeçilmiş, daha çok tedavi, rehabilitasyon, serbest zamanı değerlendirme, günlük program ve servis yaşamı sorunlarını onlarla beraber tam bir açıklıkla tartışmak, düzenlemek, uygulamak yoluna gidilmiştir. Hastalarla böyle bir ilişki içine girme onlar için sorumluluğa katılmaya çağırı anlamını taşır. Bu yaklaşımın içeriğinde bir bakıma Hermann Sımon'un 1920'lerde ileri sürdüğü ilkeler vardır: Yani hastaların "kişiliklerinin sağlam kalan tarafları ile» ilişki içine girmek. Ona göre bu yolla hastaların iyileşme ve rehabilitasyonlarına bizzat katılma çabaları sağlanmalıdır. Bunun yanında hemşire ve sağlık memurlarının da bağımlılık ve girişimsizlikten kurtulmaları ve hekimle eşit haklara sahip çalışma arkadaşları olmaları zorunludur. Bunlar yerine göre tedavi görevleri bile yüklenebilirler.

Tedavi topluluğunun en önemli aracı "ortak toplantılar"dır. Söz konusu toplantılara bir servisin tüm hastaları ve personeli katılır. Bu nedenle bizdeki adı "servis toplantısı"dır. Koşulların elverdiği oranda

---

(*) Ankara Psikiyatri Kliniği 4. Grup Psikoterapisi Simpozyumunda Verilen Konferans

(**) Gütersloh İhtisas Hastanesi Direktörü

haftada birkaç kez, hatta hergün yapılmalıdır. Toplantıda mevcut tüm sorunlar, sürtüşmeler açık olarak konuşulmalı ve imkânların elverdiği ölçüde de bir çözüme götürülmelidir. Her servis toplantısından sonra, tedavi takımı kendi arasında toplanır ve toplantıda olup bitenler, bazı hastaların davranış ve önemli açıklamaları, oturumun gidişi, grup dinamiği üzerinde görüş alışverişi yapılır.

M. Jones'a göre tedavi topluluğu anlayışı bir servisin, tüm bir hastanenin "kollektif yönetimini" öngörür. Kararlar artık eskiden olduğu gibi hastane baştabibi veya servis doktoru ve bunlar gibi birkaç kişi tarafından verilmez. Onun yerine tüm hastane çerçevesinde idare heyeti toplantıları, servis çerçevesinde ise tedavi takımı ve servis toplantıları düzeyinde kararlara varılır. Bu yaklaşımın kararları çeşitli deneyim alanlarına ait değişik açılardan ele almak ve varılan kararlarda birçok kimselerin sorumluluk payı olması gibi çeşitli üstünlükleri vardır. Serviste hemşireler ve sağlık memurları bu sistemle hastalarını tamamen değişik yönleri ile görüp tanırlar. Çünkü bunların tüm gün hastaların içinde olmalarına karşı, doktor ancak toplantılar ve muayeneler esnasında hastaları görür. Tedavi takımı görüşmelerinde hemşire ve sağlık memurlarının verdikleri bu bilgilerden tedavi yönünden de yararlanılır. En yeni hemşireler bile duruma göre önemli gözlemlerde bulunabilirler.

Geleneksel anlayış içinde yönetilen servislerden farklı olarak, tedavi topluluğu sisteminde 3 grup vardır:

1 — Tedavi Takımı

2 — Hasta Grubu

3 — Tüm Servis Grubu

Bu grupların herbiri içinde birbirini karşılıklı etkileyen, fakat ayrı ayrı incelenebilme olanağı veren grup dinamiği süreçleri devam eder. En ideal olanı; tedavi takımının bütününde ortak bir anlayışta birleşmesi ve bunun hastalar tarafından iyi kabul görmesi, servis toplantılarında da gerçekten uygulanmasıdır. Tedavi topluluğu sistemindeki ilk servis 1964 de Gütersloh eyalet hastanesinde açıldı. 1967 de sistem diğer servislere de yayıldı. Bugün 34 servisten 9 unda değişik derecelerde uygulanmaktadır. Bunlar ruh hastaları ve droglara bağımlı hastaların rehabilitasyon servisleridir.

Bir servisin geleneksel sistemden tedavi topluluğu sistemine geçişi kolay olmamaktadır. Çünkü bu değişme personelde korkulara yol açar. Bu korku, geleneksel olarak alışılmış olan ve ileri derecede güven duygusu veren rollerden, vazgeçme korkusudur. "Aynı düzeyde insanlar ola-

rak iletişim" içine girmek ve belli bir otorite kişisinin, örneğin başhemşirenin arkasına gizlenmeden tek bir kişi olarak ortaya çıkmak onlara ileri derecede güvensizlik verir. Otorite kaybından ve yetkiyi elinde bulunduran üstün yerine, doğrudan kişi olarak eleştiriye uğramaktan doğan bir korkudur bu.

Anksiyete aynı zamanda hastaların doğrudan kararlara katılmasından da kaynaklanır: Bunlar dizginlerin gevşemesi ile bir kaosun ortaya çıkması ve hasta grubunun katılması sonucu team'ın büyümesinden doğan korkulardır. Gerçekten gelenekselden böyle bir sisteme geçişte bazı çarpık gelişmeler de ortaya çıkabilir. Bu konuyu biraz daha açıklamak istiyorum :

Her nekadar tedavi topluluğu sisteminde kararlar grup içinde geçerli ise de, hukuk anlamında sorumluluk yine de hekimin üzerindedir. Alman hukukunda tüm grupdan değil, duruma göre ancak münferit olarak sorumluluğun hesabı sorulur. Bunun anlamı bir olayda önce ya servis hekimi, yahut hastane direktörü sorumluluk altına girer. Onun için tedavi takımında hekime belli özel bir rol hakkının saklı kalması zorunluğu vardır. Bu, sonuç olarak hepsi için yükü taşıma durumunda olmanın rolüdür. Bu nedenle varılan kararlarda ona bir veto hakkı tanınması gereklidir.

Tedavi takımı başta hekim, hemşire ve sağlık memurlarından oluşur. Ancak giderek psikiyatri hastaneleri çeşitli meslek gruplarının çalışma alanı olmuştur. Bunlar arasında psikolog, sosyal yardımcı, uğraşı tedavicisi, sosyal pedagog ve daha az sayıda sosyologları saymak gerekir. Böylece çok mesleklerden oluşan bir team oluşmaktadır.

Başlangıçta psikologlar, sosyal yardımcılar ve sosyal eğitimciler önce kendi görev ve uzmanlık alanlarını saptamak, hekimler de eskiden kendilerinin sorumlu olduğu bazı görev alanlarını onlara terketmek zorundaydılar. Psikolog, sosyal yardımcı ve sosyal eğitimciler, eğitimlerinin özelliği nedeni ile bir çok görevlere daha iyi hazırdırlar ve bu görevler onların yetki alanlarına giriyordu. Hekimler bunu da kabul etmek zorundaydılar. Sosyal yardımcılar ve sosyal eğitimciler yetki alanlarını, hastaların sosyal yaşam alanlarında buluyor ve onların rehabilitasyonlarına önemli katkıda bulunuyorlardı. Buna karşın psikologlar Almanyada (Amerika Birleşik Devletlerinden örnek olarak) giderek psikoterapötik görevleri almaktadırlar. Bununla ilgili olarak son yıllarda yeni tedavi yöntemleri getirmişlerdir: Örneğin direktif olmayan, klıente yönelik konuşma psikoterapisi, davranış tedavisi, işbirliğine dayalı - yenilgisiz çatışma - sorun çözme yöntemi (Gordon), Geştaltterapi (Pearls), transaksiyonanalizi (Berne) yöntemleri gibi; psikologlar bu yöntemlerden

bir kısmını (konuşma psikoterapisi, davranış tedavisi gibi) daha fakülte dönemlerinde öğrenmektedirler. Her nekadar henüz Federal Almanya Cumhuriyetinde yasal olarak psikologların tedavi sorumluluğunu taşıyacakları bir düzenleme yoktur, ancak psikiyatri hastanelerinde bağımsız bir psikoterapi (bireysel ve grup tedavisi olarak) yapmaları fiilen gerçekleşmiş durumdadır. Halen psikologların müstakil psikoterapi yapmaları için de bir yasa hazırlanmaktadır.

Başlangıçta hemşire ve sağlık memurları, servislerde sosyal yardımcı, sosyal eğitimci ve psikologlarla büyük güçlük içinde çalışıyorlardı. Çünkü bunların getirdikleri tedavi yöntemleri, geleneksel psikiyatriye bazı yönlerden ters düşüyordu. Özellikle sosyogenetik hastalık anlayışı önemli bir güçlük etkeni oluyordu. Bu yeni gelen akademik team üyeleri, kısmen kurumlara karşı da kuvvetli eleştiride bulunuyorlardı. Bu akım bazen "Antipsikiyatri" biçiminde bir düzeye çıkıyordu. Bunların konuştukları meslek dili de bakıcı personel tarafından anlaşılamıyor ve onların gruplarda, toplantılarda şiddetli eleştirilerine neden oluyordu. Yeni akademik sınıfın, yeni teorik bilgilerine karşılık, psikiyatrik hastalarla ilgili pratik bilgileri yoktu. Buna karşılık hemşire ve sağlık memurlarının büyük bir kısmı yıllardır hastanede çalışıyordu. Bunlar hastaları, tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin etkilerini tanıyor ve iyi biliyorlardı. Psikolog, sosyal yardımcılar ve sosyal eğitimciler önce teorilerinin uygulanabilirlik derecesini öğrenmek zorundaydılar. Bakıcı personelle, psikologlar arasında somut çatışmalar, bazı rehabilitasyon servislerinin yönetimi psikologların eline verildiği zaman da ortaya çıkıyordu. Çünkü bakıcı personel onları otorite olarak tanımak istemiyordu.

Doğal olarak yeni meslek grupları temsilcileriyle tedavi takımının büyümesi sonucu ortaya çıkan sürtüşmeler geçiş döneminde hasta grubunu da olumsuz etkiliyordu. Bu özellikle serviste huzursuzluk tarzında kendisini gösteriyordu. Ancak yeni çalışma üyelerinin entegrasyonu genellikle zamanla giderek daha iyiye gidiyordu. Önemli olan güçlükler, özellikle hastaların gereksinmelerini karşılama ve agresyonlarına takınılan tavırlarda görünüyordu. Bakıcı personelin böyle durumlarda, psikiyatrik hastanelerin geleneksel tutumlarına uyarak tercihen kısıtlama eğiliminde olmalarına karşılık, psikolog, sosyal yardımcı, sosyal pedagog ve sosyologlar hoşgörülü tutum takınma görüşünde idiler. Bu tür karşıt eyilimler bazı servislerde öyle bir düzeye varıyordu ki, nihayet bakıcı personel kendiliklerinden otoriter kısıtlamalar yapıyor, yeni meslek üyeleri ise kararlı olarak en geniş serbestliği vermede ısrar ediyorlardı. Team içinde gelişen böylesine bir kutuplaşmanın hasta grubunda ne sonuçlar verdiğini bir örnekle göstermek istiyorum :

Tedavi takımı içinde böylesine bir kutuplaşmayı, çok yoğun olarak akut kadın hastaların bulunduğu kapalı servis ile ona bağlı kronik kadın hastaların bulunduğu serviste yaşadık. Her iki servisten bir şef hekim, iki genç hekim hanım ve bir yeni sosyal yardımcı sorumluydular. Heriki genç hekim ve sosyal yardımcının henüz deneyimleri yoktu. Hoşgörülü tedavi anlayışını kararlı olarak savunuyor ve hastaların kişisel arzu ve gereksinimlerine geniş, fazla serbestlik veriyor, agresyonlarına da anlayış gösteriyorlardı. Psikofarmaka vermede de çok isteksizdiler. Buna karşı hastaların kişisel sorunlarına çok zaman veriyor bu yetmediğinde saatlerce mesai dışı vakit ayırıyorlardı. Bu nedenlerle heriki serviste çalışan hemşireler, huzursuzluk ve düzensizlikten çok rahatsızdılar. Ayrıca hastalar tarafından mobilyalar parçalanıyor, bazen hemşireler de saldırıya uğruyorlardı. Personel kendilerini heriki doktor ve sosyal yardımcı tarafından terkedilmiş hissediyordu. Örneğin uğraşı tedavisine gitmesi gereken hastalar için gerekli hazırlığı ve çabayı gösterdikleri halde, hastalar yatmayı istediklerinde doktor hanımın kendilerini desteklemediğinden yakınıyorlardı. Sonunda bu gerginlik çok ciddi bir düzeye geldi ve hemşirelerin birçoğu, bu arada çok tecrübeli ve güvenilir servis başhemşiresi de ya bu durumun düzeltilmesi veya istifa edip ayrılacaklarını kesin olarak bildirdiler. Gerçekten artık dayanma güçlerinin son sınırına gelmişlerdi.

Bu safhada hastahanenin yönetici hekimi olarak heriki servisin tedavi takımı toplantısına davet edildim. Toplantı sonunda şu özellik bana çok açık göründü: ortada anne ve babanın karşıt terbiye anlayışında olduğu ailelere benzer bir durum vardı. Böyle ailelerde baba, çocuklara karşı katı ve sert davranılmasına inanır, buna karşın anne tam tersine çocukların her türlü isteklerini yerine getirir. Bilindiği gibi, çocuklar böyle durumların çok çabuk farkına varır ve anne babayı karşı karşıya getirmek için oynatırlar. Bu ise ailenin ortak yaşamını giderek güçleştirir. Tedavi takımının durumunu böylece belirttim ve durumu kavramalarına çalıştım. Sonra özellikle güçlük çıkaran birkaç hasta ile kişisel olarak uğraştım, sorunların çıkışında önemli rolleri alan hastalar bozuk aile çevresinden gelen ve çoğu yuvalarda büyüyen bilhassa oligofren hastalardı. Böylece çocukluk yaşantılarını tekrarlama zorunluğu ile (S. Freud) yeni ortamda da aynı davranışı tekrarlıyorlardı. Bundan sonra servislerdeki durum biraz iyileşmekle beraber sürekli düzelme ancak, heriki genç doktorun ardarda ayrılmasından ve sosyal yardımcının ise hastanenin daha uygun bir servisine verilmesinden sonra gerçekleşti. Bu servislere psikodinamik alanda deneyimleri olan bir hekimin görev almasının düzelmede önemli etkisi oldu. Bu hekim kısa zamanda servis hemşirelerinin yaklaşımında önemli gelişme sağladı ve böylece serviste daha

önce tedavi takımının iki kutbunun görüşleri arasında ılımlı ortak bir yaklaşım sağlandı. Hemen benzer deneyimleri akut erkek hasta servislerinde yaşadık. Burada da akademik tedavi takımı üyeleri ile bakıcı personel arasında zıt görüş ve tutumdan doğan kutuplaşma öyle bir doruğa yükseldi ki, kişisel olarak duruma müdahale etmek zorunda kaldım. Sorunun köklü çözümü orada da ancak hekimin başka servise verilmesinden sonra mümkün oldu. Kısaca özetlediğim her iki olay da bana tedavi topluluğunun sapık bir gelişme göstermesinin örnekleri gibi görünmektedirler. Çarpık (olumsuz) gelişme, tedavi takımında bölünme ile başlamıştı, yani tam karşıt görüşlü iki alt grubun oluşması, bunların karşılıklı hasımlaşması, biribirini suçlaması sonucuna varmıştı. İki grup giderek daha çok beraber çalışma yerine karşıt çalışma içine girmişlerdi. Bu durum hasta grubunu ve tüm servis ortamını olumsuz etkiliyordu. Büyük bir kesinlikle başka hastanelerde de gözlenen bu deneyimlerden de, tedavi topluluğunda tedavi takımının ortak bir anlayışta olmasının nekadar önemli olduğu görülmektedir. Bu nedenle Gütersloh Eyalet hastanesinde özel olarak akut karantina servislerinde uygulanacak bir yaklaşımı saptamak için bir süre önce çeşitli meslek gruplarından oluşan bir danışma grubu kurulmuştur. Bu grubun geliştirdiği bir yaklaşım ilkeleri planı henüz tam kabul edilmemekle beraber halen erkek akut hastalar servisince önemli oranda olumlu bulunmuştur. Kısa süre sonra burada denenecektir. Danışma grubu tarafından hazırlanan bu programı, biraz değiştirerek konferansımın son kısmına ekledim. Kanaatimce bu program hem hastalar, hem de tedavi takımının gereksinimlerini önemli oranda karşılar ve ortamın çok gerekli olan düzenini bozucu gelişmeleri engeller niteliktedir.

Tedavi topluluğunda olumsuz gelişme ayrıca tüm tedavi takımında hastaların arzu ve ihtiyaçlarının herşeyin üstünde tutularak doyuma götürülmesi tutumu ile de ortaya çıkabilir, bu konuda genel başıboş bırakma ("Laissez faire") dan sözedilir. Şizofrenlerin çok erken çocukluk dönemindeki çok ağır engellenmeden doğan eksikliğinin ne dereceye kadar sonradan giderilmeye (telafiye) ihtiyacı olduğu sorusu E. Fromm - Reichmann ve Madame Sechehaye zamanından beri çok tartışıldı. Şizofrenlerin analitik tedavileri esnasında ön planda anlayışlı bir tedavicinin varlığının önemi ortaya çıktı. Böyle bir tedavide hasta ile tedavicisi arasında sembiyotik bir ilişki gelişebilir. Bunun çözüme gitmesi ise tepki, anne ile sembiyotik ilişkideki küçük çocuk gibi ancak tedavicinin, kendi gereksinimleri ile hastanınkiler karşıt olduğu zaman kendisi ile hastası arasına biraz sınır koyması, kaçınması, ile mümkün olur. Ancak böylece regresyona uğramış hastada analitik tedavide haz ilkesi yerine gerçeklik ilkesi (S. Freud) yerleşip, birincil süreç yerine, ikincil süreç (S. Freud)

yaygınlaşabilir. Bir psikiyatri servisinde eğer belli sınırlar konmadan genel bir hoşgörü uygulanırsa, dayanılamaz durumlar ortaya çıkabilir. Bu tür bir örnek Davıd Cooper'in "Psikiyatri ve Antipsikiyatri" eserinin 5. bölümünde vardır. Londranın 2000 yataklı bir hastanesinde Cooper 15-20 yaş arasında üçte ikisi belirgin şizofren 19 erkek hastası bulunan bir servis kurdu. Daha önce en iyi sayılan personel arasından bir personel grubu seçildi. Dört yıl bu servis en ileri hoşgörü anlayışı ile çalıştı. Sonunda servis tüm hastaneden izole oldu ve bir tür yabancı cisim haline geldi. Tedavi takımında "Rol sınırları" kayboldu, rol difüzyonu arasındaki sınırlar da kaybolmaya gidiyordu. Tedavi takımı kollama ve yöneltme rolünü terketti. Servis giderek bir başıbozukluk içine giriyordu: çöpler koridorlarda yığılıyor, yemek salonundaki tabaklar birgün önceki bulaşıklar masalarda duruyordu. Hastalar izin zamanları, yataktan kalkma, toplantılara katılma v.b. tüm faaliyetlere kendileri karar veriyorlardı. Sonunda bu deneme servisinin (Birim'in) durumunu Cooper şöyle tanımlıyordu: hastane personeli öyle var olma mücadelesi içine girdi ki, bazı üyelerin yoğun korkuları ve hastane idaresinin baskısı sonucu, belli bir oranda kontrol görevlerini üzerlerine almak zorunda kaldılar.

Bu deneme sonunda Davıd Cooper şu görüşe vardı: Bu tür bir tedavi örneği ancak psikiyatri hastanelerinin dışında uygulanabilir. Çünkü onun kanaatine göre, psikiyatri hastaneleri böyle bir model geliştirmek için çok "katı" ortamlardır. Bildiğiniz gibi ondan sonradır ki kendisi antipsikiyatri akımının öncülerinden oldu.

Böylece tedavi topluluğu anlayışının bir başka tür çarpık gelişmesine de deyinmiş oluyoruz. Bu hatalı gelişme: Geleneksel psikiyatrinin tüm pozisyonlarının gereksizliğini ileri süren psikotik davranışı salt sosyolojik bir açıdan yorumlayan ve tüm psikiyatri kurumlarını inkâr eden antipsikiyatri akımına dönüşme biçimindedir. Böylece büyük Britanyada bağımsız karşı kurumlar (1965 de Laing tarafından "Kingsley Hall"), "alternatif merkezler" ve "Mesleklere bağlı olmayan dernekler" kuruldu (Bu konuda Giovani Jervis'e bak).

İtalyada Basaglia 1961 da Gorizia hastanesini tedavi topluluğu anlayışına göre değiştirdi. Fakat sonraları çalışma arkadaşları ile beraber, psikiyatrik kurumların tümden inkârına kadar işi ileri götürdüler. Nihayet politik alanda, Antipsikiyatri yönelimli "psikiyatria Demokratika" hareketi, geleneksel psikiyatrinin alternatifi olarak ortaya çıktı. Bu siyasal nitelik olma 1978 de psikiyatri yasasının çıkmasına neden oldu. Sözkonusu yasa ile hiçbir hasta psikiyatri hastanelerine yatırılmamakta, ancak kısa süreli genel hastanelere yatırılabilmektedirler. Akıl hastaları bu yasa ile konutlama bölgelerinin içinde, yurtlarda bakılmak zorundadırlar.

Bana öyle geliyor ki antipsikiyatri akımının psikiyatri kurumlarına karşı eleştirisi birçok yönlerden haklıdır. Ancak bu kurumlarının tümden inkâra varması tamamen yanlış bir gelişmedir. Bununla beraber biz psikiyatrik hastanelerdeki durumu ve özellikle hastalara yaklaşımımızı sürekli olarak düzeltmek zorundayız.

Konferansımın son kısmında biraz transaksiyon-analizden (E. Berne) sözetmek istiyorum. Çünkü şuna inanıyorum ki, transaksiyon-analizi sayesinde tedavi takımı ile hastalar arasındaki ilişki çok iyi ve özellikle bakıcı personel tarafından anlaşılabilir biçimde değerlendirilebilir. Aynı zamanda transaksiyonanalizi, hastalarla olumlu terapötik bir yaklaşım için de somut yardım sağlar.

Transaksiyonanaliz psikoanalizden kaynaklanan bir kişilik modeli üzerinde çalışır. Üç değişik ego durumu kabul eder: Erişkin-Ego, Çocuk - ego ve Anne-Baba-Ego, durumu. Bu üç ego durumu her insanda değişik oranda etkilidirler. Erişkin ego gerçekle ilişki kurar; akıl-sağduyu, temkinle ve somut koşulların gereklerini hesaplayarak hareket eder. Çocuk Ego erişkinin içinde kalan çocuksu tarafları ve duygu-heyecan'ı temsil eder. Çocuk ego'nun üç yönü vardır: 1- Doğal çocuk; spontan ve saflık içinde, davranışlarının getireceği sonuçları düşünmeden, nesnelerin üzerine gider. 2- Uyumlu çocuk; uslu ve itaatkârdır. 3- İsyancı çocuk; mevcut normlara, kalıplara karşı koyar, protesto eder, uymaya hazır değildir.

Anne-baba ego'su: Birincil olarak anne-baba'dan içe alınan (internalize edilen) değerleri, normları, emirleri ve yasakları temsil eder. İki yönü vardır: Eleştiren-yargılayan A-B. Ego'su, Destekleyen-Koruyan A-B. Ego'su.

Ego durumları heran değişebilirler. Her ego durumu konuşulan sözler ve daha çok da sesin tonu ve ona katılan jestler yahut davranış biçiminden anlaşılır.

Kısaca özetlenen kişilik yapısı diyagramı aracılığı ile insanların birbiriyle ilişkin, değişik ego durumlarının sürekli etkileşimi olarak tanımlanabilir. Transaksiyonlar Horizontal-paralel (örneğin erişkin Ego - erişkin Ego'ya) yahut diyagonal-paralel (örneğin çocuk Ego'dan Anne - Baba Ego'ya, yahut karşıtı), yahut çapraz (örneğin bir taraftan çocuk Ego'dan Anne-Baba Ego'ya, diğer taraftan erişkin Ego'dan erişkin Ego'ya) gidebilir.

Psikiyatri servislerinde bazı team üyeleri ile hastalar arasında, erken farkına varılıp düzeltilmedikleri zaman, hastaların belli davranışlara saplanmasına yolaçan tipik transaksiyonlar az değildir. Buna ait iki örnek vermek istiyorum :

Servise, karşı koyan, agressif bir şizofren yatıp, eşyayı parçalamaya yönelince, hemen kesinlikle denilebilir ki, tedavi takımının üyelerinin eleştiren Anne-Baba Ego'su harekete geçer ve hemen kısıtlayıcı olmasına yol açar. Bu durum, sonunda hastanın teslim olmak zorunda kalacağı bir kuvvet çekişmesine dönüşür. Böylece isyancı çocuk ego'sunun yerine uslu çocuk Ego'su geçer. Bu durumda hastanın çocuk Ego'su ile bakıcının anne-baba Ego'su arasında diyagonal bir transaksiyon yerleşip kalır, hiçbir zaman tedavi takımı üyesinin erişkin Ego'su ile hastanın erişkin Ego'su arasında ilişki olmaz.

Başka bir örnek: Anksiyeteli, şaşkın ve çaresiz, iyi beslenememiş bir hasta düşünelim. Böyle bir hasta hemen bakıcı personelde ilgili destekleyen anne-baba Ego'sunu harekete geçirir. Burada da büyük ihtimalle çaresiz çocuk Ego'su ile destekleyen anne baba Ego'su arasında diyagonal paralel transaksiyon yerleşir. Her iki halde de tanımlanan transaksiyon modelleri devam eder ve eğer hasta ile bazı tedavi takımı üyeleri arasındaki diyagonal paralel transaksiyon sembiyotik bir karakter alırsa hastanın aynı zamanda erişkin olması beklenemez. Bu durumda hasta regresyonda kalır, ancak sembiyotik ilişki tedavi takımı tarafından farkedilir ve erişkin Ego'nun hareketlenmesine yol açar. Bir strateji geliştirilirse, durum düzelebilir. Bu tür ilişki yalnız bazı hastalarla, tedavi takımının bazı üyeleri arasında gelişmez, özellikle kronik hastaların bulunduğu servislerde, tüm bir hasta grubu ile tedavi takımı arasında da gelişebilir. Bu durumda tedavi takımı açısından babanın yahut annenin hakim olduğu, hastalar açısından ise çocukların oluşturduğu bir ortam oluşur. Dıştan böyle bir servise bakıldığı zaman bir ahenk görünür. Fakat burada hastaların bağımsız-girişimci olması beklenemez. Bunlar kendi başlarına yaşam sürdüremezler. Transaksiyonanalizinin tedavi takımı üyeleri ile hastalar arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilemek için önemli yardım sağlayacağı kanaatı, Gütersloh da, bu sonbaharda hastabakıcılar için bir transaksiyonanalizi eğitim programı uygulamaya bizi yöneltti. Hasta grubu ile tedavi takımı arasındaki transaksiyonu psikoanalitik deyimle transfer ve karşıtransfer olarak da adlandırmak mümkündür. Fakat transaksiyon analizi bize hastabakıcılar için daha anlaşılır ve uygulanabilir görünmektedir. Çünkü ancak onların ilişkilerini kavrayabilmesi ile onları düzeltebilmeleri mümkün olur.