

CRISIS THERAPY IN GROUPS

Yılmaz A.T., M.D.

Psychiatric Outpatient Department and Crisis Intervention Center of the University of Basel, 4031 Switzerland

Summary

In recent years crisis intervention has increasingly been practised in groups. The crisis intervention with group therapy takes place within a limited time. The cohesiveness and universality of the problems are remarkable aspects in the group therapy with patients in crisis. Expressing the emotions, problem-focused analysis, definition of the problems and coping strategies, developing problem-solving strategies and ending the therapy are steps of the crisis therapy in groups.

A psychosocial crisis presents a challenge for mental health professionals. Unsuccessful crisis intervention can lead to deterioration and chronification of the existing psychopathology and to psychiatrisation of the affected person. For this reason many mental health institutions in the USA and Europe provide crisis intervention centres. In recent years crisis intervention has increasingly been practised in groups. In this study we shall report on the theoretical background of crisis and crisis intervention, and our experience of group therapy with patients hospitalised in the psychiatric crisis intervention unit of the University of Basel.

Definition of the Crisis

Crisis intervention has been growing especially since the 1960's, in response to both professional and public interest (Freeman and Dattilo

1994). Slaiku (1990) defined the crisis as " a temporary state of upset and disorganisation, characterised chiefly by an individual's inability to cope with a particular situation using customary methods of problem-solving, and by the potential for a radically positive or negative outcome". Crisis intervention is aimed at a psychological resolution of an immediate crisis in an individual's life and restoring him or her to at least the level of functioning that existed before the crisis period.

The Principles of Crisis Intervention

Therapy takes place within a limited time period. An active and direct therapeutic approach is required. (Hafner 1974, Sonneck and Ringel 1979) The crisis intervention focusses on the actual cause of the crisis (Caplan 1964, Baldwin 1979, Sonneck 1990). In order to develop a problem-solving strategy, the following criteria are required: comprehensibility, the ability to analyse a crisis, manageability, creative coping strategies which make use of internal and external resources, and meaningfulness, the ability to find a sense of meaning in the crisis (Antonovsky 1979, 1987).

Crisis and group psychotherapy

Confrontation with crises can occur in all kinds of ongoing group therapy and is usually a challenge for the therapists and other group member. Coping with the crisis can have several positive effects in therapy. Unresolved crises, on the other hand, will endanger the progress/ course of therapy and may result in one or more group members dropping out. Therapists are mainly confronted with different types of crises in group therapy sessions. In all kinds of group therapy individual members of the group can be overwhelmed by unexpected, events which weigh them down bring these to the group setting. Being overwhelmed can also be a result of the therapeutic process. During group therapy a participant may experience unpleasant memories (e.g. earlier trauma), which can lead to a crisis. At various stages of group therapy a crisis can occur between the therapist and the group or among group members. Dropping out or narcissistic injuries occurring as a result of comments made about individuals can lead to a crisis in the group (Christ 1997). Dropping out is the a frequent challenge in group therapy. This can take the form of staying away without explanation, a negative attitude towards the group as a protest against the group. In analytically-oriented groups in particular, transference onto other group members or the therapist are dealt with as a central theme of the group therapy. The expression of feelings or free association on the basis of transference and counter- transference can be experienced as narcissistically damaging by

other members and can cause crisis between members.

As can be seen from the above-mentioned example, crises can occur in all forms of group therapy. It is necessary to overcome crises in such situations. The tendency not to recognise and address such crises can frequently cause participants to break off their therapy. In fact group members can benefit greatly from addressing and overcoming the crisis together. In recent years many therapy centers have offered crisis intervention in a group therapy setting. Imber and Evanczuk (1989) has reported the advantages of a short-term group therapy format for crisis. The group members are patients in acute psychosocial crisis. Crisis group therapy can be carried out with inpatients or on an outpatient basis. The group is often an open group, which has some advantages. It allows the members to become involved in therapy quickly, and allows new members to see that older members have made progress towards crisis resolution. New membership in an open group offers much needed hope (Courchaine and Dowd 1994). The therapist has an active therapeutic role. The therapy focuses on the immediate cause of the crisis and is directed towards developing problem-solving strategies. The role of the therapist is active but not in the same way as in individual therapy because using the resources of other group members is important. In the psychiatric crisis intervention unit of the University of Basel we offer group psychotherapy with hospitalised patients. The next section will deal with the course of group therapy on the basis of our experience with patients in crisis.

The Course of Crisis Intervention in Group Psychotherapy

Expressing of Emotions

At the beginning of group therapy the patient in crisis tests the therapists and other members in order to find out whether they can trust them. The feeling of trust and acceptance is the basis of the therapeutic alliance. In group therapy the therapeutic alliance is not only necessary with the therapist but also with other group members, even if in a passive way. Patients in crisis show strong affects such as anger, aggression, disappointment, narcissistic injuries, helplessness, hopelessness etc. The expression of strong emotions helps relieve patients in acute crisis. Usually the other patients react by expressing similar affects. The amplifying effect of the group on the emotions (Battegay 1961) becomes apparent. The patients in crisis discover the similarity of feelings of other

members. As Imber and Evanczuk (1989) reported, we have also observed the reduction of feelings of isolation and victimisation. In course of therapy the group allows the patients to develop a sense of belonging. Patients in crisis often suffer from a sense of hopelessness. Especially in suicidal crisis the effect of hopelessness should not be underestimated. Beck et al. (1990) showed that hopelessness is more frequent than depressive mood in suicidal patients. Instillation of hope has a remarkable therapeutic effect

in group psychotherapy (Yalom 1985). The value of hope in a group context has a distinct quality because of the fact that the sources of hope include not only the therapists but also the other group members (Bloch and Crouch 1985).

The following conversation illustrates affective aspects and group dynamics in a group session with patients hospitalised in the crisis intervention unit:

Pat. A: I want to die. Unfortunately the medicines which I took weren't strong enough.

Pat. B: Why don't you want to live?

Pat. A: I can't even manage to kill myself.

Pat. B: Thank God you didn't manage it. It would be a pity if a nice young man like you would die.

Pat A: I can't bear all the problems

Pat. C: I also tried to kill myself, it was very hard for me. I didn't see any way out other than suicide. Now I feel better, I don't have any more suicidal thoughts.

In this session the suicidal patient experienced immediate emotional support. Patient C described his own suicide attempt and suicidal thoughts. Patient C. told the suicidal patient that he felt better after his suicide attempt. This gave the suicidal patient hope.

Problem-Focused Analysis

Crisis therapy in groups is focused on the problem and the precipitating event. The expressing of the emotions with respect to the problem to understand the patient's perception of the problem (Battegay and Yilmaz 1997). The search for interpretations regarding precipitating events is an important part of the crisis intervention. Through the different interpretations of other group members patients question their own

interpretations. Through feedback of other group members the problem is not only analysed on an individual level but also on a familial and social level. The therapist, who has an active role, asks questions which should help understand the perception and interpretation of the precipitating factors of crisis. Patients who show learned helplessness or appropriating blame as coping strategies have difficulty with acceptance of personal responsibility for change (Safran and Segal 1990). The resulting fear and inhibitions need to be addressed in the group. The members are encouraged by other participants and the therapist to actively analyse the problem.

Definition of the Problem and Coping Strategies

The crisis or problem should be formulated clearly. A comprehensible definition of the problem makes it manageable. This step involves gathering information on how the individual has tried to deal with the problem. This can provide the therapist with relevant information regarding the patient's coping strategies. On the other hand other group members will share their experience and opinion of the coping strategies. Inappropriate coping strategies are not merely ineffective. Systemic-strategic oriented therapists have reported that the repetition of ineffective problem-solving attempts or "chosen solution" could make matters worse (Watzlawick 1983).

Definition of the problem enables the patient to explore whether alternative interpretations of the situation are possible. On the basis of this information, reframing of the presenting problem may follow. Even if only the meaning of the problem can be determined, this alone can have a remarkable effect on attitudes, reactions and relationships.

The following conversation should illustrate the reframing of the problem.

Pat A was admitted to the crisis intervention center. He was depressive and had suicidal thoughts because he was afraid that he would never be able to work. He about 60 years old was a very successful businessman. His most important problem was not being able to work. He couldn't leave the house. Pat B was a depressed woman, 44 years old, Pat C was a 21 year old woman.

Pat.B (to Pat A) : How long do you work per day ?

Pat A: You mean when I can work.

Pat B: Yes.

Pat A : About 15 hours daily.

Pat B: And now?

Pat A: I don't even manage to leave the house.

Pat C : Has your daughter already left home?

Pat A(sad): No, but she will be leaving in a few months

Pat C : When I was a child I was happy when my father was sick. That was the only time he stayed at home. He once told me he was also pleased to see me more often.

Pat A: I think I am also happy that I can see my daughter more .

After this session the patient recognised that the idea of his daughter leaving upset him. He was very sad about losing his daughter without having experienced the father-daughter relationship. This conversation with the young woman showed him that he was in a dilemma between work and family and that his work had always taken priority, and that he only allowed himself to take time for his family when he was ill. The problem was reframed and he was able to work on new problem solving strategies.

Developing Problem-Solving Strategies

After the definition and reframing of the problem, problem-solving strategies can be developed for more adaptive management (Parad, Selby and Quinlan 1976). In the group setting learning from others is a useful source which should not be neglected. Individuals who are perceived as similar to oneself often have more influence on those in crisis than do professionals.

In this phase personal resources are reactivated by individuals. The group as a social model allows cultural resources to be reactivated in crisis intervention. (Yilmaz und Battegay, in press). Through the informative character of the group different coping strategies are thematised. The group context allows searching for alternative ways of coping, with particular emphasis on suggestions from group members and for resources that may benefit the current situation.

In this phase patients are encouraged to practise their new attitude in everyday life and to talk about this in the group. An important part of this phase is review and support of group members' efforts to work in new ways. Any arising difficulties should be discussed and progress emphasised

Ending Therapy

In the concluding phase of therapy it is useful to have a review of the

origin of the crisis and initial perceptions and interpretations regarding the crisis and the course of crisis intervention. If extended therapy is indicated following on from crisis intervention, the purpose, aim and type of therapy should be discussed carefully with the patient and subsequently organised. Preventive steps in the case of a new crisis should be thematised. Our experience has shown that patients have fewer inhibitions seeking help if they are received by the team which carried out the crisis intervention.

Conclusions

Crisis intervention in group therapies is carried out as short-term group therapy. The therapist is active and the therapy is problem focused. The expression of emotions allows relief of acute stress. The cohesiveness and the universality of the problems are important aspects of group therapy in crisis. The sources of hope for patients in crisis include not only the therapist but also other group members. Through group cohesiveness, they can learn from others and share advice and coping strategies. They also understand the impact that supportive others can have in their life information that may prove useful in preventing and solving future crises.

References

1. Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass
2. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Baldwin, B.A. (1979): Crisis Intervention. An Overview of Theory and Practice. The Counseling Psychologist 8, 43-52
4. Battegay, R., & Yilmaz, A.T. (1997): Group Psychotherapy with Immigrants from Turkey living in Switzerland. Group Analysis Vol. 30, 217-228
5. Bloch, S., & Crouch, E. (1985). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. New York: Oxford Medical Publications.
6. Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York
7. Christ, J., & Hoffmann-Richter, U. (1997). Therapie in der Gemeinschaft. Bonn: Psychiatrie Verlag
8. Courchaine K. E., Dowd E. T. (1994). Group approaches. In Freeman & Dittlio (Eds.), Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention. New York: The Guilford Press.
9. Freeman A., & Dattilio M. F. (1994). Introduction. In Freeman & Dattilio (Eds.), Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention. New York: The Guilford Press.
10. Höfner, H. (1974): Krisenintervention. Psychiatr. Prax. 1, 139-150
11. Imber, S. D., & Evanczuk, K. J. (1989). Brief crisis therapy groups. In R. A.

- Wells, & V. J. Giannetti (Eds.), Handbook of the brief psychotherapies. New York: Plenum Press.
12. Parod, D., Howard, J., Selby, L., and Quinlan, J. (1976). Crisis Intervention with Families and Groups. In R. W. Roberts, & H. Northen (Eds.), Theories of Social Work with Groups, pp. 304-13. New York: Columbia University Press.
13. Safran J. D., & Segal, Z. V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books.
15. Slaiku, K. A. (1990). Crisis intervention (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
16. Sonneck, G. (1990): Krisenintervention. Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 79, 38-42
17. Sonneck, G., Ringel, E. (1977): Technik der Krisenintervention. Psychiatria Clinica 10, 85-95
18. Watzlawick, P. (1983). The situation is hopeless, but not serious. New York: Norton.
19. Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy (3rd ed.) New York: Basic Books.
20. Yilmaz AT, Battegay R (in press). Transkulturelle und migrationsspezifische Aspekte der Krisenintervention bei Immigranten aus der Türkei. In Koch E, Özek M, Pfeiffer WM, Schepker R (Hrsg). Chancen und Risiken von Migration, Lambertus, Freiburg.

GRUPLARDA KRİZE MÜDAHALE

Çeviri: Doç. Dr. İnci Doğaner

Özet

Son yıllarda gruplarda kriz müdahalesi uygulaması artmaktadır. Krize müdahale grup terapisinde sınırları belirlenmiş bir zamanda gerçekleştirilir. Grup bağlılığı ve sorunların evrenselliği kriz hastalarını içeren grup terapisinde önemli noktalar. Duygu dışavurumu, soruna odaklanmış çözümlenme, sorun tanımlama ve başa çıkma yolları, sorun çözme yolları ve terapiyi sonlandırma aşamaları grupta kriz terapisinin aşamalarıdır. Psikososyal kriz, ruh sağlığı alanında çalışanlar için önemli bir sorundur. Krize müdahale başarısız olursa, etkilenen kişinin varolan psikopatolojisi süregelenleşir ve ağırlaşır; kişi kurumlaşır. Bu nedenle ABD ve Avrupadaki ruh sağlığı kurumlarında krize müdahale merkezleri yaygınlaşmıştır. Son yıllarda krize müdahale grupları artmaktadır. Bu çalışmada, kriz ve krize müdahale konusunun kuramsal yanları ele alınacak ve Basel Üniversitesi Krize Müdahale Biriminde yatırılarak sağaltıma alınan hastalarda uygulanan grup terapisi deneyimi

aktarılabilmektedir.

Krizin Tanımı

Kriz müdahalesi uygulaması, 1960'lardan başlayarak, profesyonellerin ve toplumun ilgisine koşut biçimde giderek yaygınlaşmıştır (Freeman ve Dattilo 1994). Slaike (1990), krizi, "bireyin, alışılmış sorun çözme yöntemleriyle başa çıkamadığı ve tamamen olumlu ya da olumsuz biçimde sonuçlanma olasılığı taşıyan geçici bir altüst olma ve dağılma dönemi" olarak tanımlamıştır. Kriz müdahalesi, bireyin yaşamındaki o krizin psikolojik olarak çözümlenmesini ve o kişiyi en azından kriz öncesi dönemdeki işlevsellik düzeyine ulaştırılacak biçimde toparlanmasını sağlamayı amaçlar.

Kriz Müdahalenin İlkeleri

Terapi zamanla sınırlandırılır. Etkin ve dolaysız bir terapötik yaklaşım uygulanır (Hafner 1974, Sonneck ve Ringel 1979). Krize müdahale, krize neden olan güncel soruna odaklanır (Caplan 1964, Baldwin 1979, Sonneck 1990). Sorun çözme stratejisi geliştirmek için şu ölçütler gereklidir. kapsamlılık, krizi çözme yetisi, idare etme becerisi, içsel ve dışsal kaynakları kullanarak yaratıcı başa çıkma stratejileri, anlam yaratabilme yani krizde bir anlamlılık sezebilme yetisi (Antonovsky, 1979, 1987).

Kriz ve Grup Psikoterapisi

Krizlerle karşılaşma, süregiden tüm gruplarda ortaya çıkabilir ve terapist ve diğer grup üyeleri için zorluk oluşturabilir. Krizle başa çıkma terapistinde birçok olumlu etki yapar. Çözümlememiş krizlerse grup seyri ve sürecini olumsuz etkileyebilir ve gruptan ayrılmalara yol açabilir. Grupta terapistlerin karşısına değişik krizler çıkabilir. Her çeşit grup terapistinde, gruptaki bireyler beklenmedik şekilde ortaya çıkan ve onları altüst eden olaylarla karşı karşıya kalıp bunalabilirler. Bu bunalma terapötik sürecin bir parçası olarak da ortaya çıkabilir. Grup terapisti sırasında üyeler anılardan kaynaklanan (daha önceki travmalar) durumlar nedeniyle de krize girebilir.

Grup terapistinin değişik aşamalarında terapist ile grup arasında ya da grup üyeleri arasında da kriz ortaya çıkabilir. Gruptan ayrılmalar ya da grupta yapılan yorumların yol açabileceği narsistik incinmeler grupta krize yol açabilir (Christ, 1997). Grup terapistinde en sık ortaya çıkan zorluk gruptan kopma ve ayrılmalardır. Bu, açıklama yapmadan uzaklaşma ya da gruba karşı olumsuz tavır takınma, protesto etme biçiminde olabilir. Özellikle analitik yönelimli gruplarda, diğer üyeler ve terapistle yönelik

aktarımlar grup terapistinin ana temasını oluşturur. Duyguların dışavurumu ya da aktarım ya da karşı aktarım temelindeki serbest çağrışımlar diğer üyeler tarafından incitici olarak algılanabilir ve üyeler arasında krize yol açabilir. Bu örnekten de görüldüğü gibi her tür grup terapistinde kriz ortaya çıkabilir. Bu durumlarda krizle başa çıkmak gereklidir.

Bu tür kritik durumların farkedilmemesi ve ele alınmaması sıklıkla katılanların terapisti bırakmasına yol açar. Aslında grup üyeleri hep beraber yaşadıkları durumda krizden çok büyük yarar görürler. Son yıllarda pek çok terapi merkezinde grup terapisti ile krize müdahale uygulamaları başlamıştır. Imber ve Evanczuk (1989) kriz için küçük grupla yapılan kısa kriz müdahalesi uygulamasının yararlarını ve üstünlüklerini bildirmişlerdir. Grup üyeleri akut psikososyal krizde hastalardır. Kriz grubu terapisti yatan ya da ayaktan hastalarla yürütülebilir.

Grup çoğunlukla açık grup şeklindedir ve bunun bazı üstünlükleri vardır. Üyelerin çabucak terapiye katılmalarını sağlar ve yeni üyelerin eski üyelerin kriz çözümlemesinde yaptığı ilerlemeyi görmelerini sağlar. Açık grupta yeni katılımlar çok gerekli olan umudu geliştiricidir (Couchaine ve Dowd 1994). Terapist aktif bir role sahiptir. Terapist krize neden olan akut soruna odaklanır ve sorun çözme stratejileri geliştirmeye yönelir. Terapistin rolü aktiftir ancak bireysel terapistinden de farklıdır ve diğer grup üyelerinin kaynaklarını kullanmak çok önemlidir. Basel Üniversitesindeki krize giriş ünitesinde yatan hastalarla krize müdahale grubu terapisti uygulamaktayız.

Grup Psikoterapistinde Krize Müdahale, Seyirle İlgili Özellikler

Duygu Dışavurumu

Grup terapistinin başlangıcında, krizdeki hasta terapisti ve diğer üyeleri onlara güvenip güvenemeyeceğini anlamak için sınar. Güven ve kabul duygusu terapötik işbirliğinin temelidir. Grup terapistinde terapötik işbirliği sadece terapistle değil diğer grup üyeleriyle de sessiz bir şekilde de olsa, kurulmalıdır. Krizdeki hastalarda kızgınlık, öfke, hayal kırıklığı, narsistik incinme, çaresizlik, umutsuzluk gibi güçlü duygular vardır. Akut krizde bu duyguların dışavurumu hastanın rahatlamasını sağlar. Genellikle diğer üyeler de benzer etkileri dile getirerek yanıt verirler. Grubun duyguları amplifiye edici belirgindir (Battegay 1961). Krizdeki hasta diğer üyelerde de benzer duygular olduğunu keşfeder. Imber ve Evanczuk (1989)'un belirttiği gibi, biz de yalnızlık ve kurbanlaşma etkisinin azaldığını gözledik. Terapistin seyri boyunca gruptaki hastalarda ait olma duygusu oluşur. Krizdeki hastada çoğunlukla çaresizlik duygusu

sözkonusudur. Özellikle özkıymısal krizlerde çaresizliğin etkisi hafife alınmamalıdır. Beck ve ark (1990) özkıymıda, depresif mizaçtan daha çok, çaresizliğin önem taşıdığını göstermişlerdir. Grup terapisinde umut yeşermesi en belirgin terapötik etkilerden birisidir (Yalom 1985). Umudun grup bağlamındaki değeri ayrı bir değere sahiptir. Umut kaynakları sadece terapist değil, diğer grup üyeleridir de (Bloch ve Crouch 1985).

Aşağıdaki konuşma, krize müdahale ünitesinde yatan hastalardaki bir seansta grup dinamikleri ve duygusa yanları göstermektedir:

Hasta A: Ölmek istiyorum. Ama aldığım ilaçlar yeterince güçlü değildi.

Hasta B.: Neden yaşamak istemiyorsun?

Hasta A: Kendimi öldürmeyi bile beceremiyorum işte.

Hasta B: İyi ki beceremedin. Senin gibi iyi bir gencin ölmesi çok yazık olurdu.

Hasta A: Sorunlar bana ağır geliyor.

Hasta C: Bende kendimi öldürmeyi denemiştım, bana her şey çok zor geliyordu ama şimdi çok daha iyi hissediyorum. Artık ölümü düşünmüyorum.

.....
Bu seansta özkıymı düşünün hasta aldığı duygusal desteği hemen dile getirdi. Hasta C kendi özkıymı girişimini anlattı. Şimdi iyi olduğunu anlattı. Bu diğerine umut vermişti.

Soruna Odaklanmış Çözümleme

Grupta kriz terapisti soruna ve tetik çeken olaya odaklanır. Soruna ilişkin duyguların dile getirilmesi, hastanın bekiş açısıyla sorunun anlaşılması önemlidir (Battegay ve Yılmaz 1997). Krize müdahalenin önemli bir parçası da tetik çeken olayla ilişkili yorumların araştırılmasıdır. Diğer grup üyelerinin değişik bakış açılarıyla yorumlamaları sonucunda hasta kendi bakış açısını sorgulamaya başlar. Diğer grup üyelerinin geribildirimleri yoluyla sorun sadece bireysel değil, ailesel ve toplumsal düzeyde de incelenir.

Etkin roldeki terapist krize yolaçan duruma ilişkin algı ve yorumlamaları anlamaya yardımcı olan sorular sorar. Başa çıkma yolları olarak öğrenilmiş çaresizlik ya da suçu üstüne alma düzenekleri kullanan hastalar değişim için kişisel sorumluluk almayı kabullenmede güçlük çekerler (Safran ve Segal). Ortaya çıkan korku ve engellenmelerin grupte ele alınması gereklidir. Hastalar, terapist ve diğer grup üyeleri tarafından

sorunu etkin biçimde incelemeye ve çözümlenmeye cesaretlendirilmelidirler.

Sorunun ve Başa Çıkma Düzeneklerinin Tanımlanması

Kriz ve sorun net olarak formüle edilmelidir. Sorunun kapsamlı şekilde tanımlanabilmesi onu üzerinde uğraşılabilir hale getirir. Bu aşamada, bireyin sorunla ilgili olarak neler denediğine ilişkin bilgi toplanır. Bu terapist hastanın başa çıkma yolları ile ilgili de bilgi verir. Bir yandan da diğer grup üyeleri bu başa çıkma yolları ile ilgili deneyim ve fikirlerini aktarırlar. Yetersiz başa çıkma yolları sadece etkisiz olmakla kalmaz. Sistemik-stratejik yönelimli terapistler etkisiz sorun çözme yollarının ya da "seçilmiş çözümlerin", yeniden yeniden kullanılmasının sorunu daha kötü biçime soktuğunu bildirmişlerdir (Watzlawick 1983). Sorunun tanımlanması hastanın duruma ilişkin farklı yorumlamalar anlamlandırmalar olup olmadığını araştırmasını sağlar. Bu bilgiye dayanarak şimdiki sorunun yeniden çerçevelendirilmesi yapılabilir. Sadece anlamlandırma bile kişinin tutum, tepki ve ilişkileri üzerinde belirgin etki yapar.

Aşağıdaki konuşmalar sorunun yeniden çerçevelendirilmesine ilişkin örnektir. Hasta A krize müdahale merkezine yatırılmıştı. Çökkündü ve özkıymı düşünceleri vardı, bir daha asla çalışamayacağından korkuyordu. Altmış yıl boyunca çok başarılı bir işadamıydı. Ön önemli sorunu çalışmamaktı. Evden çıkamıyordu. Hasta B 44 yaşında çöküntüde bir kadındı, Hasta C ise 21 yaşındaydı.

Hasta B (Hasta A'ya): Günde kaç saat çalışıyorsun?

Hasta A: Çalışabildiğim zamanı mı kastediyorsun?

Hasta B: Peki şimdi?

Hasta A: Günde 15 saat.

Hasta B: Peki şimdi?

Hasta A: Şimdi evden bile çıkamıyorum

.....
Hasta C: Kızın evden ayrıldı mı?

Hasta A (üzgün): Yo ama birkaç ay sonra gidecek.

Hasta C: Ben küçükken babam hasta olunca sevinirdim. Wewde kaldığı tek zaman oydu. O da beni daha çok gördüğünde mutlu olduğunu söylerdi.

Hasta A: Ben de kızımı daha çok gördüğüm için mutlu oluyorum gerçekten.

.....

Bu seanstan sonra hasta kızının evden ayrılması fikrinin onu üzdüğünü farketti. Doyurucu bir baba kız ilişkisi yaşayamadan kızını yitireceği için çok üzgündü. Genç kadınla bu konuşmasından sonra işinin her zaman ailesinden öncelik aldığı ikilemi gördü, ve kendisinin ailesine zaman ayırdığı tek zamanın hasta olduğu zamanlar olduğunu gördü. Sorun yeniden çerçevelenmişti ve yeni başa çıkma yolları arayabilirdi.

Sorun Çözme Becerileri Geliştirme

Sorun tanımlanıp yeniden çerçevelendikten sonra, daha uyumlayıcı sorun çözme yolları geliştirilebilir

(Parad, Selby ve Quinlan 1976). Grup ortamında başkalarından öğrenmek ihmal edilmemesi gereken yararlı bir kaynaktır. Kendisine benzediği algılanan bir kişi krizde profesyonellerden daha etkili olur.

Bu aşamada bireylerin kaynakları yeniden etkin hale geçirilir. Toplumsal bir örnek olarak grup, kriz müdahalesinde kültürel kaynakları yeniden etkin hale geçirmeye olanak tanır (Yılmaz ve Battegay, baskıda). Grubun bilgilendirici özelliği sürecinde değişik başa çıkma yolları konuşulur. Grup bağlamı, başa çıkma seçeneklerinin araştırılmasını sağlar. Özellikle de grup üyeleri şimdiki durum için uygun olacak kaynaklara ilişkin görüşlerini sunarak yarar sağlarlar.

Bu aşamada hastalar yeni tutumları günlük yaşamda denemeye ve grupta konuşmaya cesaretlendirilirler. Bu aşamanın önemli bir parçası da üyelerin yeni yolları kullanmaya ilişkin çabalarını gözden geçirmek ve desteklemektir. Ortaya çıkan güçlükler tartışılır ve gelişmeler vurgulanır.

Terapiyi Sonlandırma

Sonlandırma aşamasında krizin kökenini, başlangıçtaki algı ve yorumlamalarla krizi çözümü aşamalarını gözden geçirmek yararlıdır. Kriz girişiminden sonra terapinin uzama endikasyonu varsa terapinin tipi, amacı ve hedefi hastayla özenle tartışılmalı ve ardından düzenlenmelidir. Yeni bir kriz durumu için önleyici adımlar konuşulmalıdır. Bizim deneyimimiz, kriz krizi yürüten ekip tarafından kabullenildiğini hissedemeyen hastaların yeniden yardım almak için başvurmada güçlük çekmediğini göstermiştir.

Sonuç

Grup terapilerinde krize müdahale kısa süreli olarak yürütülür. Terapist etkindir ve terapi soruna yöneliktir. Duyguların dışarı vurulması akut strese rahatlatıcıdır. Sorunların benzerliği ve evrenselliği kriz müdahalesi grup terapisinin önemli özelliğidir. Krizdeki hasta için umut kaynakları

sadece terapist değil aynı zamanda diğer grup üyeleridir. Grup bitinliği içinde, başkalarından öğrenir, öğüt ve başa çıkma stratejilerini paylaşırlar. Ayrıca, desteğin gelecekteki krizleri önleme ve çözüme yararlı olduğunu kavrarlar.

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ/ABSTRACTS OF POSTER PRESENTATIONS

İŞİTME ENGELLİ ERGEN GRUBUNDA PSİKODRAMA

Dönmez E*, Sipahioğlu Ş**, Özmenler KN* , Söylemezoğlu Ü*

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı, **Jandarma Okullar Komutanlığı

İşitme engellilerde psikoterapi uygulamalarının başarısızlığından söz edilmektedir (Levine 1952). Ağırlıklı olarak sözel iletişimin kullanılması, tercüman zorunluluğu olumsuz faktörler olarak ileri sürülmektedir (Brauer 1980, Hoyt 1981). İşitme engelliler iletişimlerinde bedensel bazı hareketlere dayanan özel bir işaret dili kullanılmaktadır. Türkçe'nin takılara dayalı, bir kelimenin birçok farklı anlamda kullanıldığı esnek bir dil olması ve kavramların her birinin işaret dilinde bir karşılığının bulunmaması, işaret dilinin standart olmaması yani bölgesel farklılıklar göstermesi, özellikle soyut kavramların ifadesinde yetersizliklere neden olmaktadır.

Bu çalışma, sağır ve dilsizler okulunda 13-17 yaş grubunda 13 öğrenci ile yapılmıştır. Gruba, ruhsal bozukluk tanısı almamış 9 erkek, 4 kız öğrenci katılmıştır. Grubu işaret dilini bilen bir terapist ile işaret dilini bilmeyen bir koterapist, terapistin tercümanlığı vasıtası ile yürütmüştür. Alaaddin'in Sihirli Lambası psikodrama teknikleri kullanılarak tek oturum halinde gerçekleştirilmiştir. Diğer terapötik süreçlerde, işitme engellilerde ciddi dirençle karşılaşılmasına rağmen beden dilinin ve canlandırmanın ön plana çıktığı psikodrama teknikleri ile yürütülen bir grupta spontanlığın ve paylaşımcılığın belirgin düzeyde arttığı ve işitme engellilerde

psikodramanın üstünlüğü dikkati çekmiştir

KAYNAKLAR

- 1.Brauer BA., Perspectives on psychotherapy with deaf persons, Mental Health in Deafness 4:4-8, 1980
- 2.Hoyt MF., Siegehan EY., Schleinger HS., Special issues reporting psychotherapy with the deaf, American Journal of Psychiatry, 138:807-811, 1981.
- 3.Levine ES, The deaf in psychological aspects of physical disability, (ed.) Garrett JF., Rehabilitation Services Series No:210, Office of Vocational Rehabilitation, Washington, 1952.

Psychodrama with Deaf Students

In this paper we describe a psychodrama session with 13 deaf students, without any mental disorder, aged between 13-17 years of age. One of the therapy team was able to use their special language. While verbal therapies cannot be easily used with these children because of their condition, psychodrama having the advantage of action and of the body language, psychodramatic method seem to have an advantage in this kind of groups of children with that special kind of condition.

BİR GRUP MEME KANSERLİ KADINDA GRUP PSİKOTERAPİSİ

Taneli S* Sarandöl A* Orbay S* Engin K** Özkan L** Şentürk N**
* Uludağ ÜTF Psikiyatri AD, ** Uludağ ÜTF Radyasyon Onkolojisi AD

Psikososyal stres, sosyal destek meme kanserli hastaların uyumunu medikal tedaviye devamlılığını, hastalığın prognozunu etkilemektedir. Kanserli hastalarda grup psikoterapisi tedavide sık kullanılan yöntemler arasındadır.

Biz çalışmamızda grup psikoterapisini kanserli hastalarda psikiyatrik tanı ve tedavi amaçlı uyguladık. Çalışma UÜTF Radyasyon Onkolojisi AD'da tedavi programında olan 160 meme kanserli hastadan rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 15 hasta ile yapıldı. Grup çalışmaları 21.3.97-23.7.97 tarihleri arasında onbeş günde bir "Nondirektif Konuya Konsantre Etkileşim Grubu" şeklinde açık homojen grup olarak sekiz seans uygulandı.. Çalışmaya alınan hastalarla grup öncesi bireysel görüşme, psikometri testleri (MMPI, çizim testleri, cümle tamamlama), sürekli ve durumluk kaygı ölçekleri, sosyal destek formu, Zung depresyon skalası ve yeni yaşam değişiklikleri formu uygulandı. Gruba her yeni katılan üye için grup çalışması öncesi bilgilendirme yapıldı.

Gruba katılan 15 hastanın 7'si Evre IIB, 4'ü Evre IIIA, 4'ü ise Evre IIA(invazif ductal tümör) idi. Yaş ortalamaları 45,73±9,92 ,bir üye dışındakiler evli olup ,5' i meslek sahibi, 3'ü emekli, 6'sı evhanımı 4'ü üniversite mezunu, 5'i lise, 1'i ortaokul, 5'i ilkokul mezunu idi.

Yapılan MMPI testlerinde tüm üyeler için ortak özellikler; sosyal, dışa dönük, sosyal ilişkilerde derinlikten uzak, yüzeysel ilişkiler kuran, geleneksel , otoriteyi kabullenen, "inkar" savunma mekanizmasını kullanan kişiler oldukları dikkati çekmiştir. Uygulanan sürekli kaygı ölçeğinde 10 hasta durumluk kaygı ölçeğinde ise 5 hasta normalden yüksek puan aldı, Zung depresyon skalasına göre 5 hasta "En hafif derecede depresyon", 2 hasta "Orta derecede depresyon"olarak değerlendirildi.

Grup çalışmaları sırasında grup üyelerinden istenen konular; hastalık hakkında bilgilendirilme, umutsuzluk, davranış değişiklikleri isteği ve

tedavi ekibinde gruptan beklentilerdi. Seanslarda konu seçiminde üyeler her yeni gelen üyeye öncelik tanıldılar. Grup öncesi skalalarla tespit edemediğimiz stresör olaylar, depresif yakınmalar, kişilikleri ile ilgili değişim istekleri grup süreci içerisinde dikkati çekti. Grup üyelerinde 2. seansta grup bitişinde yeme içme isteği ortaya çıktı ve gruplar yemekle kapatıldı. Bu molalarda protezlerini birbirlerine göstermek gibi yakın paylaşımlar gözlemlendi.

Grup çalışmalarımızın kanserli hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların anlaşılması, etyolojik stresör faktörlerin ortaya çıkması ve hastaların hastalıkları konusunda endişe ve kaygılarının azalmasında, tedaviye uyumlarında yardımcı olduğu gözlemlendi. Halen gruplar aynı aralıklarla devam etmektedir.

Group Psychotherapy In a Group Of Women With Breast Cancer

In this study, 15 randomly chosen women out of 160 women having breast cancer diagnosis are taken in a group therapy program every 15 days for eight sessions. It was a nondirective, topic focused homogenous encounter group program. Individual interviews, MMPI, Sentence Completion Tests, State and Trait Anxiety Scales; Social Support Form, Zung DS and New Life Events Chart were used prior to sessions. During the sessions stressors, hopelessness and expectations of personal change were main topics. The need to eat altogether after the sessions was an unexpected wish of the patients after the 2. session and after that that was started for the end of the sessions.

ÖĞRENCİLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ KONUSUNDA KENDİLERİNİ ALGILAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Ardahanlı Bolat Ç*

* Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Bu araştırmanın amacı C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin depresyon düzeylerini, problem çözme becerileri konusunda kendilerini algılama durumlarını ve bu algılama durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere planlanmıştır. Ayrıca, öğrencilerin, depresyon düzeyleri ile problem çözme becerileri konusunda kendilerini algılama durumları üzerinde cinsiyet, okul ve demografik özelliklerin etkisi incelenmiştir. Öğrencilere (Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü öğrencisi N=36; Tıp Fakültesi öğrencisi N=19) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ 1961 formu), Problem Çözme Envanteri (PÇE) ve demografik özelliklerin yer aldığı kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Cinsiyete göre dağılımda araştırma evrenini oluşturan öğrencilerin (N=55) dörtte bir kadarı erkek (%23.2), dörtte üç kadarı kadındır (%76.8). Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin PÇE puanları ile, BDÖ puanları arasındaki pozitif korelasyon anlamlı bulunmuştur ($r = 0.4886$; $p = 0.003$). Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin PÇE; PÇE Alt Ölçeği 1 (Acelecı Yaklaşım) puanları dışında, diğer tüm alt ölçekler ve PÇE puanlarının, BDÖ puanları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin PÇE Alt Ölçek 4 (Değerlendirici Yaklaşım) puanlarının, Hemşirelik Bölümü öğrencilerine göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.0431$). Daha sonra cinsiyete göre yapılan

Depression Levels and Perception of Problem Solving In a Group of Students

The purpose of this study is to examine and compare the depression levels and the perceptual approaches of students of Medical Faculty and School of Nursing of Celal Bayar University, about their own problem solving abilities.. The effect of sex, school type and demographic variables on depression levels and perceptual approaches are analysed.. Beck Depression Scale (BDS, 1961 style), Problem Solving Inventory (PSI) and personal information form including demographic characteristics were administered to 36 School of Nursing Students and 19 Medical Students. Of the students % 23.2 are male and % 76.8 are female. The positive correlation between PSI and BDS scores of nursing school students was meaninful ($r = 0.4886$, $p = 0.003$). Meanwhile, no relation was found between the BDS scores and the PSI and PSI Sub Scale scores of medical students. There was correlation between the BDS and PSI scores with the PSI subscale scores of Nursing students, except the PSI Sub Scale 1. The PSI Sub Scale 4 scores of medical students were higher ($p = 0.0431$) than the scores of nursing students. This result is highly associated with sex.

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE UĞRAŞI TERAPİSİNİN ROLÜ

Coşkun S*, Özaltın**, BozkurtA***

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi , **Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği AD *** Çanakkale Deniz Hastanesi

Uğraşı terapisi, bireyin el becerisinin geliştirilmesi, boş zamanlarının değerlendirilmesi, günlük yaşam işlevlerinin optimal düzeyde karşılanması, aktivite kapasitesinin artırılması gibi kişinin fiziksel ve psikososyal işgücü yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik olarak, oyun ve işin birarada kullanıldığı terapötik aktiviteleri kapsamaktadır.

Majör depresif hastaların tedavisinde uğraşı terapisinin etkilerini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde majör depresif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi gören 30 hastadan, 15'er kişilik deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Hastaların depresyon düzeyi, hastaneye yatıştan sonraki 1. hafta ve 3. hafta içinde Beck Depresyon Ölçeği ile ölçülmüş, bu süre içinde deney grubunu oluşturan hastalar, buldukları kliniğin diğer hastaları ile birlikte uğraşı terapisi programına katılmışlardır. Hastaların bireysel özellikleri ve klinik ortamı dikkate alınarak planlanan programda resim, el sanatları, seramik, dikiş, vitray, çiçek yapımı, gezi, tiyatro, spor, eğlence vb. aktiviteler uygulanmış, sabah toplantıları düzenlenmiş, ayrıca hastalar ile bireysel görüşmeler yapılarak hastaların sorun çözme, stresle başa çıkma, boş zamanı değerlendirme, çalışma, özgüven, kişilerarası iletişim gibi konulardaki sorunları ve bunların çözümü üzerinde yoğunlaşmıştır. Çalışmanın sonuçları SPSS paket programında bağımsız t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Üçüncü haftanın sonunda deney grubunda toplam ölçek puanları daha düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Ölçekteki sorular tek tek incelendiğinde deney grubunda 4. ($p < 0.05$), 8. ve 14. ($p < 0.01$) ve 16. ($p < 0.001$) sorulardaki değerlerin düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu sonuçlar, majör depresif hastalıklarda ilaç tedavisiyle birlikte uğraşı terapisi programı uygulanan hastaların depresif semptomlarının daha fazla düzeldiği şeklinde yorumlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Devereaux E, Carlson M: The role of occupational therapy in the management of depression. Am J Occup Ther, 42(2): 175-180, 1992.
2. Karasu TB: Creative Therapies: The Psychiatric Therapies'de. USA 1984, s: 749-813.
3. Kielhofne G, Henry AD: Development and investigation of the occupational performance history interview. Am J Occup Ther 42(8): 489-497, 1988.
4. Özaltın YG: Hastaları işe yöneltme toplantıları. Türk Hemşireler Dergisi 3: 18-22, 1983.

Occupational Therapy In Major Depression

Occupational therapy improves the physical and psychosocial functioning of the patient through improving his work skills and daily life activity planning capacities by using work and recreation together. In this study 30 patients diagnosed as major depressive disorder are included. Two groups, one of which is the experimental the other is control group are combined of 15 patients each. The experimental group is taken into an occupational program. Handcrafts, recreation, theater, sports and individual sessions focused on the patients problem solving abilities, as well as developing skills for planning leisure time activities and developing interpersonal relationships were used in this group. In the end of third week Beck Depression Inventory scores were lower in the occupational therapy group than only medicine treatment group ($p < 0.01$). In conclusion we can say that, combining occupational therapy to biological treatment of major depression is better than only drug treatment of the disorder.

ATTITUDES TOWARD THE HYPOMANIC PERSONALITY AND OTHERS

Kahans D, Krupinski J, Wilson C

Wingrovw Cottage Community Clinic, Australia

To evaluate specific community attitudes toward psychiatric conditions and the ability to identify particular psychiatric syndromes, selected respondents associated and/or involved with Wingrove Cottage Community Clinic (N=49) were asked to complete questionnaires in relation to five hypothetical characters. Each with recognized psychological conditions of: Hypomanic Personality, Manic Episode, Depressive Episode, Obsessive Compulsive Personality Disorder and Schizoid Personality. Respondents clearly recognized traits of psychiatric illness and were able to understand/evaluate the need for psychological/psychiatric interventions. Further, the hypomanic person was perceived to be least liked when compared with other syndromes including manic episode. Contrastingly, the schizoid personality was perceived to be most liked and socially acceptable.

REFERENCES

1. Crocetti GM, Lemkau PV: Public opinion of psychiatric home care in an urban area. *Am J Pub Health* 53: 409, 1963.
2. Graves GD, Krupinski J, Stoller A and Harcourt A: A survey of community attitudes toward mental illness. Part 1: The Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry* 5: 18-29, 1971.
3. Graves GD, Krupinski J, Stoller A: A survey of community attitudes toward mental illness. Part 2: The semantic differential. *Aust N Z J Psychiatry* 5: 29-36, 1971.
4. Krupinski J, Stoller A, Baikie AG, O'day DM and Polke P: A community health survey of Hefield, Victoria. *Med J Aust* 1: 1204-1211, 1967.
5. Nunnaly JC: *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc, 1961.

Hipomanik Kişilik ve Diğer Bozukluklara Yönelik Tutumlar

Psikiyatrik durumlara ilişkin toplum algı ve tutumlarını değerlendirmek üzere, Wingrove Cottage Community Clinic'le bağlantısı olan deneklerden (N=49) varsayımsal 5 tip kişiliğe ilişkin soruları yanıtlamaları istenmiştir. Hipomanik kişilik, manik dönem, depresif

dönem, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu ile ilişkili bu kişilik özellikleri, yanıtlayıcılar tarafından psikolojik, psikiyatrik girişimlere gereksinim duyan durumlar olarak tanımlanmıştır. Bunlar arasında hipomanik kişi, manik kişi dahil en az sevilen/beğenilen olmuştur. Bunun aksine şizoid kişilik toplumsal olarak en çok kabul edilir kişilik olmuştur.