

Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri

Melike GÜNEY

Prof.Dr., Ankara Üniversitesi, ANKARA

Nöroleptik ilaçların bulunması ve sosyal psikiyatrinin ortaya çıkmasıyla birlikte 1950'lerde psikiyatrik tedavilerde devrim sayılabilecek değişimler olmuştur. Bu değişimler kronik psikotik hastaların yıllarca yattıkları kurumların boşaltılması hareketi ile başlamıştır. Bu hareket 1955-1977 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) genel psikiyatri hastane nüfusunda 2/3'lük bir azalma sağlamış, batıda 560.000 olan hasta sayısı 184.000'e inmiştir. 1950'lerde tüm olguların %49'una bakan devlet hastanelerinde bu oran 1955-1977 yılları arasında %9'a düşmüştür. Özel psikiyatri hastanelerin sayısı da 312'den 185'e inmiştir. Kurumların boşaltılması hareketi ruh sağlığı hizmetlerinde başka birimlerin gelişmesine yol açmış, çeşitli bakım birimleri ortaya çıkmış ve sayıları artmıştır.¹⁻³

1950'lerde başlayan kurumların boşaltılması hareketi kronik psikotik hastaların tedavisini hastane dışına çekmiştir. Öte yandan dünyanın birçok ülkesindeki ekonomik krizlerden ötürü uzun süreli hastane yatışları demode olmuş, hatta yasaklanmıştır. Bunun ardından, kronik hastaların tedavisi genel olarak kısa hastane yatışları, krize müdahaleler ve taburculuktan sonra polikliniklerde verilen ilaç tedavileri ve yetersiz psikososyal hizmetlerden oluşmuştur.⁴⁻⁶

Uzun süreli yatışların devrini tamamlamasından sonra, kısa süreli yatışların etkili olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Ancak daha sonra sık depresyonların olduğu görülerek hastaların bir kapıdan çıkarken öteki kapıdan girdiği anlaşılmış, bu duruma 'revolving door syndrome' adı verilmiştir. Bu sendrom 'hastaneye yatış, taburculuk, yeniden yatış' anlamına geliyordu; hem hastalar ve aileleri, hem de klinisyenler için umut kırıcı olmuştur. Ayrıca bu kronik hastalar sosyal ilişkilerde çok yetersiz oldukları için uzun yatışlar da, kısa yatışlar da onlar için uygun değildi.^{7,8}

Hastanelerde, akut belirtileri olanlar, toplumda yaşaması tehlikeli ve sakıncalı olanlar yatırılmaktaydı. Poliklinikler ise, özellikle kronik psikotik hastalara sosyal ilişkiler ve rehabilitasyon açısından üst düzeyde yarar sağlamıyordu. O halde bu hastalar için bir geçiş dönemi gerekli idi. İşte gündüz hastaneleri (GH) uzun süre hastanede yatmasına gerek olmayan kronik hastaların hem hastane içi, hem poliklinik tedavisine alternatif olan bir gereksinmeden doğmuştur.⁹⁻¹²

İlk GH 1933'de Moskova'da kurulmuştur. Ancak Rusya'da psikotik hastalar için yeterli alt yapının olmaması nedeniyle, bu başlangıç programlı bir çalışmaya dönüşmemiştir. 1935'te Boston'da kurulan Adams House ve İngiltere'de Lady Chicester Hastanesi günümüzdeki gündüz hastanelerine çok benziyordu. İlk resmi program 1947'de Kanada Montreal'de Allen Memorial Enstitüsü'nde yapıldı. Program hastane içi 24 saatlik bakıma alternatif olarak hazırlanmıştı ve hastane bakımını azaltmayı amaçlıyordu. Bir yıl sonra 1948'de İngiltere Bierer'de gündüz hastanesi, yataklı servisler ve poliklinikler arasında bir geçiş modeli olarak gündeme geldi. Program grup ve bireysel psikoterapi, sanat terapisi ve psikodrama gibi kreatif tedavileri de kapsayan psikoanalitik bir yaklaşım içeriyordu.^{2,3}

ABD'de, ilk kısmi hastane programı 1948'de Yale Üniversitesi'nde kuruldu ve bunu 1949'da Meringer Kliniği ve 1952'de de Massachussettes'de bir ruh sağlığı merkezi izledi. Bu hastanelerin programları hastanede yatanlar arasından seçilen ve hastane dışında tedavi olabilmeyecekleri uygulanmak üzere özgün ve multidisipliner programlardı. 1963'ten başlayarak Amerika Ruh Sağlığı Merkezleri Birliği kısmi hospitalizasyon programlarının yerleşmesini ve 1980'de de bu programların 250.000'den fazla hastaya ulaşmasını sağlamıştır. Bu programlar gündüz ve daha seyrek olarak da gece ve hafta sonu prog-

2 Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri

ramlarını içerir; ancak gece ve hafta sonu programları önem kazanmamıştır. Birçok psikiyatri kliniğinde akut belirtileri olmayan ve yatmasına gerek olmayan kronik hastalar polikliniklerde 1-2 aylık aralarla en çok yarım saatlik görüşme süresinde, büyük olasılıkla rotasyon nedeniyle her seferinde değişen doktorlar tarafından izlenmektedir. Oysa kronik ruh hastalarının tedavisinde hastanın yatışından itibaren kendisini izleyen aynı ekiple güvene dayalı bir ilişkiye gereksinmesi açıktır. Bu grupta hasta-klinisyen ilişkisinin sürekliliği çok önemlidir. Ayrıca poliklinik tedavilerinde psikofarmakolojik tedaviler ön plandadır ve kronik hastaların biyopsikososyal boyutu ihmal edilmektedir. Oysa günümüzde geçerli olan biyopsikososyal modele göre özellikle kronik ruh hastalarının tedavisinde medikal biyolojik tedavilerin yanı sıra, ruhsal-toplumsal rehabilitasyonlar da çok önemlidir. Zira bu hastaların hemen hepsi toplumsal ilişkilerinde yetersizlikler gösteren, işlevselliklerini kaybetmiş ya da yetenekleri atrofiye uğramış kişilerdir. Taburculuktan sonra poliklinik tedavisine alternatif yoğun bir geçiş tedavisine gereksinimleri vardır.

GÜNDÜZ HASTANESİNİN AMAÇLARI

1. Yatırılarak tedaviye alternatif olmak,
2. Yatırılarak tedavi olan hastanın hastane dışı tedaviye geçerken ve ailesine dönerken geçiş döneminde gerekli olan bir tedavi biçimi oluşturmak,
3. Taburculuktan sonra dış dünyada artacak olan toplumsal ilişkiler ve ruhsal-toplumsal streslerle risk altına girecek olan hastanın ayaktan izleminde ve tedavisine alternatif oluşturmak,
4. Seçilmiş uygun hasta gruplarına ruhsal-toplumsal destek sağlamak için sürekli bir program oluşturmak ve hastaların ruhsal-toplumsal rehabilitasyonunu sağlamaktır.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE GÜNDÜZ HASTANESİ UYGULAMALARI

Kliniğimizde ilk kez 1988 yılında başlanan GH uygulamaları, 1994'ten itibaren temelde aynı kavramlara dayalı olmak üzere farklı bir ekiple sürdürülmektedir. Ekip iki psikiyatrist (ekibin başı olan bir öğretim üyesi ve bir asistan doktor), bir klinik psikolog, iki hemşire, bir SHU, bir uğraşı tedavisi ve iki intern doktordan oluşmakta olup, maksimum hasta sayısı 14-16'dır. Tedavi ekibi ve hastalar terapötik bir topluluk oluşturur.

Hastalar haftada 4 gün, saat 9.00-16.00 arasında klinikte bulunur. Kahvaltı ve öğle yemeklerini birlikte yer. Haftada 20 saat olmak üzere çeşitli

terapötik etkinliklere katılır. Programımızda bireysel terapi ve etkileşimli grup psikoterapisi, etkileşimli sanat tedavi grupları, beden hareketleri ve dans tedavisi, aile grupları, sosyal beceri eğitimi için yapılandırılmış grup egzersizleri, rol oynama, uğraş tedavisi, spor saatleri, müzikli çay saati toplantıları, şehir içi geziler ve piknik gibi sosyal etkinlikler bulunmaktadır.

Hastalar poliklinik, özel muayene, mediko-sosyal merkezi, sağlık kurulu gibi ayaktan servislerden ya da taburculuğa yakın kapalı psikoz katlarından gönderilir; bazen de kendiliğinden gelir. Hastalar GH'ne kabul edilmeden önce tedavi ekibi tarafından değerlendirilir. Hasta seçiminde göz önünde bulundurduğumuz ölçütler şunlardır:

- Hastalığın alevli dönemde olmaması,
- Zeka geriliği ve ciddi bir bedensel sakatlığın olmaması,
- Programa katılma için gönüllü olma,
- Ankara'da oturuyor olma, ya da kalacak bir yerinin olması,
- Ödeme gücünün olması (resmi/kişisel),
- Rehabilitasyon gerektiren kronik bir psikiyatrik hastalığın olması.

Hastalarımızın %60'ı kronik şizofreni hastasıdır, çoğu rezidüel olgulardır. Geri kalanlar paranoid psikoz, şizoaffektif bozukluk, affektif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğundan oluşmaktadır. GH'nde kronik psikotik hastaların ruhsal-toplumsal rehabilitasyonunda temel amaçlar şunlardır:

- Pozitif belirtilerin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması,
- Negatif belirtilerin azaltılmasına yardımcı olunması,
- Hastaların önceki tedavilerle elde ettiklerini sürdürülebilmeleri ve nükslerin engellenmesi,
- Hangi düzeyde olursa olsun, hastaların kaybettikleri ya da zarar görmüş olan beceri ve yeteneklerinin yeniden kazandırılması,
- Hastaya zarar veren, çevreye uyumunu bozan ve çevrenin tolere edemediği davranış bozukluklarının kontrolü ve düzeltilmesi,
- Hastanın çevresinde yeni düzenlemeler yapılmasına yardımcı olunması ve onların bu düzenlemelerden doyum sağlamalarının sağlanması,
- Hastanın durumu ile ilgili bilgilendirilmesi, aydınlatılması ve kendisine yardım edecek şekilde cesaretlendirilmesi,
- Aile üyeleri ile düzenli iletişim sağlanarak onlardan gerekli bilgilerin alınıp verilmesi,
- Profesyonel desteğin zaman içinde en aza indirilmesi.

Psikiyatrik rehabilitasyonda fiziksel rehabilitasyonda olduğu gibi, insanlara onların öğrenme, kompanse etme ve uyum yeteneklerini dikkate

olarak yaklaşmak gerekir. Amaç, yaşam kalitesini yükseltmek ve bağımsız bir yaşam geliştirmeye yönelmektir. Bu yüzden hastanın kişisel yetenek, beceri ve motivasyonu ile ilgilenilmesidir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı Gündüz Hastanesi Psiko-Sosyal Rehabilitasyon amaçlarını multidisipliner ve bütüncül tedavi stratejileri ile sağlamaya çalışmaktadır.

1. Psikofarmakolojik Tedaviler

Kronik psikotik hastaların tedavisinde vazgeçemediğimiz etkili tedavilerdir. Psikotik belirtilerin, anksiyetenin ve depresif belirtilerin giderilmesinde ve böylece kişilerarası ilişkilerin kurulmasında psikolojik dengenin sağlanmasında yararlı olduklarına ilişkin elimizde yeterli kanıt vardır. Farmakolojik tedavileri uygularken hastalara ilaç kullanma becerisini kazandırmaya çok önem veriyoruz. İlaçları bırakmak %50 oranında depreşmeye neden olmaktadır. Kapalı servislerde yatırılan hastalarda ilaçlar kısa sürede alevli belirtileri giderir, hastayı dengeler; ancak hasta taburcu olurken kendisine söylenmiş olsa da, ilaçları yaşam boyu kullanacağını algılayacak durumda değildir. Hasta düzenli olarak ayaktan kontrole gelmiyorsa, ilgisizlik, yan etki, unutkanlık nedeniyle ilacı düzenli olarak almaz. Biz ilaçların düzenli kullanılmasını sağlamak için haftada bir kez ilaç bilgilendirme saati yapıyoruz. Hastalara yan etkiler konusunda açıklama yapıyor, düzenli ilaç alanları övüyor, ilaçların unutulmaması için çeşitli önerilerde bulunuyoruz. Örneğin, ilacı yemek yerken, dış fırçalarken almaları, günlük dozu sabah bir ilaç fincanına veya ayrı bir kutuya koymaları, ilacı almayı unuttu ise, günlük ilaç sayısını kontrol etmeleri söyleniyor. Hastanede çeşitli afişlerle de anımsatma yapıyoruz. Örneğin, ilgi çekici bir resmin altına 'İlacınızı düzenli alıyor musunuz?' yazıyoruz. Evde de çok kullandıkları eşyaların üzerine ilaçla ilgili çeşitli yazılar yazabileceklerini söylüyoruz. Örneğin, sigara paketinin, buzdolabı kapısının üzerine ilacın faydaları ve unutulmaması gerektiği yazılabilir. Ancak alınan tüm önlemlere karşın, ilaçlar tek başına depreşmeyi önleyemiyor; düzenli ilaç kullananlarda da depreşme olmaktadır. İlaçlar hastaları dengeli duruma getirir, ama sosyal yaşamsal becerileri ve sorunlarla başa çıkabilmeyi tek başına ilaçlarla öğretemeyiz. İlaçların düzenli kullanılması, ruhsal-toplumsal terapötik yaklaşımlarla birlikte daha etkili olmaktadır. Bunun için bütüncül bir model uyguluyoruz. Diğer tedavi stratejilerimiz şunlardır:

2. Grup Tedavileri

GH' için tıbbi tedavinin yanında en başarılı psikoterapi yönteminin grup tedavileri olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Destekleyici nitelikte etkileşim grupları kliniğimizde 1970'lerden beri uygulanmaktadır.¹³ Bir psikiyatrist, bir klinik psikolog ve bir hemşirenin katıldığı ve haftada 2 kez yapılan 50 dakikalık oturumlarla sürdürülür. Bu grubun işlevleri şöyle özetlenebilir:

- Grup aile biriminin bir temsilcisidir,
- Grup dış dünyanın da bir temsilcisidir,
- Grup hastanın kişisel tedavi planını koruyan bir sistemdir,
- Grup dinamiklerini kullanarak bireyin toplumsal sistem içinde ne yapıp yapmaması gerektiğini saptar,
- Grup, hastaya toplumsallaşma fırsatı verir. Kendilik değerinin artmasına ve hastalığı hakkında anlayış kazanmasına yardım eder.

3. Aile Grupları

Hastanın aile üyeleri ile hem hasta hakkında bilgi almak, hem de bilgi vermek üzere düzenli olarak yapılan gruplardır.¹⁴ Bu gruplarda hastanın tedavi şekli ve alınan sonuçlar hakkında aile aydınlatılır. Aileye rehberlik edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonda önemli olduğu kadar 'yüksek expressed emotion' olan ailelerde aşırı duygu dışı vurumunu azaltarak nüksleri önlemeye yardım eder. Aile ile ilgili stratejilerimiz şunlardır:

a. Hastalığın aile tarafından daha iyi anlaşılması: Bunun için en önemli basamak, hastanın davranışlarının onların kişilik özelliği olarak değil, hastalığın özellikleri olarak yorumlanmasını sağlamaktır. Burada kullandığımız araç bilgilendirmedir. Gerek hasta ve yakınları için hazırlanmış özel el kitapçığı dağıtarak, gerekse aile gruplarında sözel olarak bilgilendirme yapıyoruz. Bu şekilde aşırı duygu dışı vurumunun özellikleri olan eleştirelilik, düşmancılığın azaltılması ve aile üyelerinin hasta ile empati yapması olası olabilmektedir.

b. Aile içi stresin azaltılması: Aile üyelerine hastanın davranışları ile başa çıkabilmesi için somut önerilerde bulunmaktayız. Bu şekilde karşılıklı iletişimin kolaylaşması sağlanabilmektedir.

- Aile üyelerinin önce birbirini ilgi ile dinlemesi ve bu şekilde empati yapabilme olanağı bulmasına,
- Birbirine pozitif öneri ve isteklerde bulunmayı öğrenmelerine,
- Olumsuz duygu ve düşüncelerini, karşısındakini suçlamadan, yapıcı şekilde bildirmelerini öğrenmelerine yardım etmekteyiz.

c. Aile ile plan yapılması: Aile üyeleri ile tek tek

4 Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri

konusarak aile içi sorun belirlenmekte ve olası çözümün fayda ve zararları tartışılmaktadır. Aile bireylerinden çözüm önerileri istenerek gerçekçi bir plan yapılmasına yardım etmekteyiz. Bu plan yapılırken, amaçlar küçük aşamalara ayrılarak yavaş yavaş daha büyük amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir. Bu amaçlar çeşitli sosyal becerilerdir. Örneğin, kişisel bakımını yapma, ev işi yapma, başkaları ile iletişim kurma, alış veriş yapma gibi. En son amacımız, hastalarımızın topluma uyum sağlayıp belirtilerinden kurtularak bağımsız olarak yaşamlarını sürdürmeleridir. *d. Hasta ve ailesinin çevresindeki sosyal ağın geliştirilmesi:* Ailelerin ve hasta bireyin dinlenme ve eğlenmeye yönelik etkinliklerinin artırılması önerilmektedir. Aile grupları, yaptığımız çalışmalar ve klinik gözlemlerimize göre EE yüksek ailelerde EE'yi düşürmekte, nüksleri azaltmaktadır.

4. Davranışçı Yaklaşımlar

Son yıllarda kronik psikiyatri hastalarının, özellikle şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda davranışçı yaklaşımlar sıklıkla gündeme gelmekte ve yararları gözlenmektedir.¹⁵⁻¹⁸

Puanlama sistemi: Hastaların görünüşlerine ve günlük etkinliklere katılmalarına göre puanlama sistemimiz var. Her hasta tedavi ekibinden en az iki üye tarafından günlük olarak değerlendirilir. Puanlar -3 ve +3 arasında 6 basamak oluşturur (Tam katılma +3, Hiç katılmama -3, Yönlendirme ile katılma +2 gibi). Günlük etkinlikler arasında, programlarına katılma gönüllülük ve oylama esasına göre seçilen kol görevlerini yürütme, panoya resim, şiir, fıkra, makale gibi materyal getirme, sergi, tiyatro, sinemaya gitme, parkta gezme gibi etkinlikler de vardır. Hepsi puanlanır.

Günlük kişisel bakımın değerlendirilmesi: Saç, sakal traşı, diş fırçalama, el ve tırnak temizliği, kıyafet temizliği, elbiselerin düzgün ve ütülü olması, ayakkabıların temiz boyalı olması, ter kokusunun olmaması +3/-3 üzerinden puanlanır. Bu değerlendirmelere göre, 15 günde bir toplanılarak 1. 2. 3. gelen üyeler tedavi ekibince sertifika verilerek ödüllendirilir. Ödüllendirme pozitif pekiştirici rolü oynamaktadır.

Sosyal beceri eğitimi: Gündüz hastanesinin oturma ve yemek salonu, TV seyretme, müzik dinleme, kitap okuma ve uğraşı odaları, beden hareketleri ve dans salonu, mutfak, banyo, grup salonu gibi çeşitli bölümleri vardır. GH tedavi ekibi ve hastalar terapötik topluluk oluşturur. Hastalarımız burada çeşitli sosyal etkinlikler ve kendiliğinden etkileşimler sırasında da çeşitli becerileri öğrenme ve geliştirme şansına sahiptir. Bunun yanı sıra, hastalarımıza sosyal beceri eğitimi

verilmektedir. Şizofreni hastası olmayanların da (şizoaffektif bozukluk, paranoid bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, sık nükseden affektif bozukluklar gibi) istekle katıldıkları bu programlar yapılandırılmış çeşitli grup etkinlikleri, rol oynama ve ev ödevlerinden oluşmaktadır. Başlıca iletişim kurmalarına, sosyal işlerinde yeti kazanmalarına ve problem çözmelerine yönelik alıştırmalardır.

Hastalarımızın çoğu kronik psikotik ve iletişim becerisi olmayan hastalardır. Çoğunlukla:

- Birbirini dinleyemez,
- Birbirine ilettikleri pozitif mesajları algılayamaz,
- İsteklerini pozitif şekilde iletemezler.

Bunun için hastalarda öncelikle iletişim kurma becerisine önem vermekteyiz.

- Karşısındakinin yüzüne bakmaları,
- Hoş bir yüz ifadesi ve ses tonu kullanmaları,
- Ne istediklerini tam olarak söylemeleri,
- 'Ben' diye konuşmaları,
- Karşısındakini ilgi ile dinlemesini öğrenme ve kendisini onun yerine koymaya çalışması,
- Pozitif isteklerde bulunabilme,
- Başkalarının pozitif bildirimlerinin farkına varabilmesi,
- Olumsuz duygularını eleştiriye kaçmadan ifade edebilmesi öğretilmektedir.

Ayrıca, hastalara sosyal beceri kazanmalarını sağlama amacı ile çeşitli alıştırmalar yaptırmaktayız. Konuşma becerileri için bireysel konuşma saatlerinde hastalara kendiliğinden veya metin verilerek belirli konularda konuşmaları istenmektedir. Gazete ve fıkra okuma ve anlatma saatlerinde de hastalar konuşma ve anlama becerilerini geliştirir.

Rol oynama: Gerçek yaşam koşullarının tedavi ortamında canlandırıldığı sosyal beceri eğitiminin önemli bir bileşenidir. yapılır.¹⁵ Örneğin, alış-veriş, bir istekte bulunabilme, iş görüşmesinde bulunabilme, harçlık isteme, bankaya gitme, fatura ödeme, yeni bir kişiyle tanışma, konuşmayı başlatabilme ve sürdürebilme, uzun süredir karşılaşmadığı bir arkadaşına kendinden bahsedebilme gibi çeşitli sahneler yaratılarak oynanır. Oynanan oyunlar ev ödevi olarak da verilerek davranışın pekişmesi sağlanır. Rol oynamada alkış ve pozitif geri bildirimler önem taşır. Hastalardan hiçbir zaman bir kezde çok iş becermesini beklemeyiz.

Hastalarımızın sorun çözme becerisi kazanmaları için günlük yaşamda her zaman karşılaştıkları, onlara engel olan sorunları nasıl çözecekleri, seçeneklerin fayda ve zararlarını düşünebilmelerini çeşitli alıştırmalarla sağlamaktayız.

Hastalarımızın sosyal olarak kazandıkları beceriler şunlardır:

- Kendi kendine ilaç kullanabilme,
- İlaç yan etkilerini tanıma ve bunları doktorla konuşabilme,
- Kişisel bakım, hijyen, giyim kuşam,
- Ev işlerini yapabilme (yemek hazırlama, bulaşık yıkama),
- Para idaresi (alış verişi),
- Toplu taşıt araçlarını kullanabilme,
- Arkadaşlarına telefon edebilme,
- Boş zamanlarını değerlendirebilme (yürüyüş, parka gitme),
- Arkadaşlık ilişkilerini sürdürebilme,
- Kamu kuruluşlarından yararlanabilme.

Hastalarımızın taburcu olduktan sonra çözmeleri gereken en önemli sorunlardan biri işsizlik olarak görülmektedir. Kronik şizofreni hastalarının çoğu, anne-babalarının sağlık haklarından yararlanabilmek ve ilaç alabilmek için çalışamaz raporu almış durumdadır. Bir kısmı ise, resmi veya özel sektörde çalışırken hastalanmış ve şimdi çalışamaz olmuştur. Rehabilitasyondaki en son amacımız profesyonel desteğin en aza indirgenmesi olduğundan, çalışamaz raporu olan kronik şizofreni hastalarının bile basit ve özel bir işte çalışmalarını destekliyoruz. Şizofreni tanısı konmayanlar ise, çoğu kez işlerine dönebilmektedir. Kliniğimiz gündüz hastanesinde yapılan iki tez çalışması kronik psikoz hastalarının işlevselliklerinde önemli artış olduğunu göstermiştir.^{19,20}

5. Kreatif Tedaviler

Yaratıcı sanat tedavileridir. Yaratıcı sanat tedavilerinde benimsediğimiz amaçlar şunlardır:

- Egonun güçlendirilmesi,
- Katartik deneyim,
- Duyguların dışa vurulması,
- Dürtü denetimi sağlamak,
- İlişki kurma yeteneğinin geliştirilmesi,
- Sanatın bir çıkış yolu olarak kullanılması.

Art terapi: Bireysel ve grup halinde yapılabilir. Çocuk, ergen, nevrozlu ve psikosomatik hastalarda olduğu gibi, psikozlarda da etkili ve yardımcı bir tedavi yöntemidir. Özellikle yalıtık ve gerilemiş hastalar kendilerini ifade etme gereksinmesi ve zorluğu içindedir. Yıllarca hastanede kalan birçok hasta sanat tedavileri sırasında bir şeyler yapmanın kendilerine çok iyi geldiğini söylemiştir.^{21,22} Hem yaratıcı etkinlikleri sayesinde doyum sağlamışlar, hem de yeniden toplumsallaşmışlardır.²³⁻²⁶

Kliniğimizde spontan olarak ve konu vererek

resimli etkileşim grupları yaptığımız gibi, beden hareketleri ve dans terapisi, müzik terapi ve art terapiyi kombine ederek de uygulamaktayız. Resimli etkileşim gruplarında belirli bir gevşeme ve imgeleme sürecinden sonra hastalar tarafından spontan olarak yapılan resimlerden biri açık oylama ile seçilerek üzerinde konuşulur.²⁷⁻²⁹ Resimli etkileşim gruplarında, destekleyici etkileşim gruplarına göre anksiyete ve blokajın daha az olduğunu ve yaratıcı aktivitenin etkileşime yardım ettiğini gözlemlemekteyiz.^{24,27,30}

Müzik terapi: Diğer insanlarla sözel ilişkilerinde büyük zorlukları olan hastalarda, müzik dilinin duygularını tanıma ve ifade etmede yetersizliği olanlar için faydalı bir yöntem olduğu uzun süreden beri bilinmekte, özellikle fazla gerilemiş hastalarda kullanılmaktadır. Müzik terapisi aktif ve pasif olarak yapılır. Aktif müzik terapi açısından bizim aletli olarak müzik icra eden grubumuz bulunmamakta; hastalar sadece birlikte şarkı söylemek, ses taklidi yapmak, müzik eşliğinde dans etmek şeklinde etkinlik göstermektedir. Özellikle sözel iletişimi yetersiz olan hastaların birlikte şarkı söyleyerek yeterli katılımının olduğunu ve birbiriyle iletişim kurduğunu, bu şekilde müziğin evrensel gücünü ve duyguların ifadesine katkısını gözlemlemekteyiz. Ayrıca evden kaset getirerek ya da bizim özel kasetlerimizle hastaların serbestçe müzik dinledikleri müzik dinleme odamız var. Bu şekilde uyguladığımız pasif müzik terapi, duyguları stimüle etmekte, çağrışımlar yolu ile anıları canlandırmakta, problemleri ve duyguları ile belli bir dereceye kadar yüzleşebilen ve onları tanıyabilen hastalar için özellikle yararlı olmaktadır.^{29,31}

Beden hareketleri ve dans terapisi: Bu tür bir rehabilitasyon çalışmasının amacı, duygusal algılama yolu ile dışardan alınan ve hastanın bedeninde kilitlenip kalan enerjinin çıkış yolu olarak ifadesini sağlamaktır.³² Beden yolu ile etkileşim saatlerinde hastanın yaşamında anladığı ve kullanmayı öğrendiği bedensel etkinlikleri göstermesine olanak sağlamaktayız. Bedensel hareketleri bir iletişim yolu olarak kabul eden yaklaşımla hastaya bedeninin ona verdiği sinyalleri dinlemesini, anlamasını ve tanımlamasını öğretmeyi amaçlıyoruz. Beden ve dans hareketleri terapisi sözel olmayan ve simgesel anlatım yolu ile davranışların gösterilmesidir. Sözlü iletişimi beceremeyen hasta bedenini kendini tanıma, bilgi ve ilişki kurma amacı ile kullanmayı öğrenir; bu egzersizler sonuçta hastanın kendi beden imgesini yeniden yapılandırmasına ve kendi imgesini tanımlamasına olanak sağlar. Beden hareketleri ve dans terapisi kliniğimizde 6 yıldır düzenli olarak haftada bir yapılmaktadır.

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(ek sayı.1):1-8

Kreatif tedavilerin rehabilitasyon ile ilişkisi: Kreatif tedavilerin rehabilitasyonla ilişkisine baktığımız zaman, önce psikotik süreç içindeki yaratıcılığın da, sağlıklı insanlarda görülen yaratıcılıkla benzer bir ruhsal süreç olduğunu kavramamız gerekecektir. Modern beyin araştırmaları ile yaratıcılığın çoğunlukla non-dominant sağ hemisfer ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. İki beyin yarım küresinden sol hemisfer sağ elini kullananlarda dominanttır. Başlıca doğrusal enformasyon süreçleri ile karakterizedir. Non-dominant sağ hemisfer ise, simültane süreçlerle ilgilidir. Bir başka deyişle sol hemisfer bir komputer gibidir. Oysa sağ hemisfer figüratif içerikle doludur. Sol hemisferin çalışma şekli sözel, analitik, indirgeyici, gerçekçi (rasyonel), zamana bağlantılı ve kesintilidir. Non-dominant sağ hemisferin çalışma şekli ise, sözel olmayan, holistik, sentetik, mekansal (spatial) görsel, sezgisel, zamanla bağlantısız ve yaygındır. Bu demektir ki, non-dominant sağ hemisfer sentetik ve figüratif elementlerle çalışır.^{33,34}

Modern beyin araştırma sonuçları, kreatif tedavilerin özellikle non-dominant hemisferi aktive ettiğini göstermiştir; bu, figüratif ve sentetik düşüncedir. Bu tarz düşünce yaşamın çeşitli alanlarında yeni düzenlemeler yapılacağı zaman önem kazanır. Ayrıca problemin çözümü için çok önemli olan duygusal öğelerin aktivasyonunu sağlar. Yaratıcılığın cesaretlendirilmesi dünyaya tamamen yeni bir bakış kazandırır.

Özetlersek, her kreatif terapi, non-dominant hemisfer için bir çalışmadır. Bir yandan duyguların stimülasyonu, bir yandan sentetik süreç söz konusudur. Böylece, bu terapiler tedavi planının gerçekleşmesinde, özellikle yaşamları dominant hemisferin rasyonel kısımları ile süregelen hastalar için değerli tamamlayıcılardır. Kreatif tedaviler bireyin kullanılmayan işlevlerini canlandırır; daha az entelektüel, daha çok emosyonel temel değişiklikler sağlar. Gittikçe artan sayıda hastanın dominant hemisferinin aşırı çalıştığını ve hipertrofi olurken non-dominant hemisferin kendiliğinden hipotrofiye uğradığını düşünecek olursak, kreatif terapilerin artan gerekliliği ortaya çıkacaktır. Ayrıca, duygularımızın daha çok farkında olmak sadece hastalar için değil, hepimiz için gereklidir.

Yaptığımız ruhsal toplumsal rehabilitasyon çalışmaları sonucundaki gözlemlerimize göre, aşağıdaki işlevleri önemli görmekteyiz:

1. *Ventilasyon:* Grup içinde başkaları ile iletişim kurma sadece konuşma ile bile olsa, hastanın kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Duyguların ifadesi anksiyete ve gerginliği azaltmaktadır.

2. *Gerçeği test etme:* Başkaları ile etkileşim hastanın gerçek ile psikotik düşünceler arasındaki sınırı ayırt etmesine yardım eder. Hasta açıkça veya potansiyel olarak kendinde bulunan algı ya da düşünce bozukluklarını başkalarından aldığı geribildirimler aracılığı ile değerlendirir.

3. *Sosyal kabul görme ve bütünleşme:* Hastalar sosyal yaşama kabul edildiklerinde diğer insanların onların psikiyatrik öyküleri ile ne kadar ilgili olduğunu merak eder. Onlar tarafından dışlanmadıkları takdirde yeniden güven duyar. Güven duygusu ise anksiyeteyi azaltır, sosyal bir düzene ait olma duygusunu pekiştirir ve ümidi artırır (Örneğin, arkadaşları tarafından arandığında kendini daha iyi hissetmesi gibi).

4. *Süreklilik:* Başkaları ile ilişki kurmaları onlara aklı başında biri olduğunu anımsatır, varlığı sürmektedir. Görürler ki, hastalık onların yaşamını tüketmemiştir.

5. *Motivasyon:* Hastalar bulundukları düzeyden daha yüksek düzeyde bir uğraş ve sosyal işlev için cesaretlendirmenin önemini belirtmektedir. Bu gerçekten önemlidir. Başkalarının ondan bir beklentisi varsa, bu onları motive etmektedir. Eğer insanlar ondan hiçbir şey beklemiyorsa, bu onları tembelleştirir ve enerjisini tüketir.

6. *Model alma:* Hastalar başkalarını gözleyerek model almakta, böylece sosyal işlevlerini düzeltmektedir (Örneğin, 'Önceleri hiçbir şey başaramazdım, ya da başaramayacağım endişesi duyardım. Benim gibi hastalanıp şimdi başarabilenleri görünce neden başarılı olmayayım diye düşünüyorum').

7. *Belirti denetimi:* Diğer insanlar onun belirtilerine karşı uyanık ise ve dış dünya ile ilişkisi varsa, belirtileri olduğunun farkına varıp onları denetleyebilir, hatta durdurabilir.

8. *Problem çözme:* Problemleri tartışmak ve somut geribildirimler almak hastaların geleceğini planlamak için çok önemlidir. Örneğin, iş bulma, konut sorunları, kişilerarası ilişkilerdeki sorunların tartışılması hastanın düşünce üretmesini sağlayarak büyük yarar sağlar.

9. *Empatik anlayış:* Hastalar her zaman anlaşılabilir olmanın önemini belirtmektedir. Eğer başkaları onu anlıyorsa, bu ona kabul edilme duygusu verir. Bu duygu sosyal iyileşmeyi hızlandırır.

10. *Karşılıklı iletişim:* Başkaları ile ilişki paylaşma ve yardımlaşma, diğerleri için değerli olduğunu anlama, hastanın kendisine olan saygısını artırır. İyileşmede çok önemli bir etkidir.

11. *Hastalıklarına ait anlayış geliştirme ve hastalıklarının tedavisinde kendi paylarını görebilme:* Grup içindeki çeşitli iletişimler sayesinde kendini daha net ve doğru bir anlayışla değerlendirir.

SONUÇ

GH programlarının bütün dünyada 30-40 yıllık bir geçmişi vardır. Asıl yaygınlaşmaları son 20 yılda olmuştur. Bizim ülkemizde de AÜTF Psikiyatri Kliniği'nde ilk kez 1988'de uygulanmaya başlanmış ve halen başarı ile yürütülmektedir. Elimizde GH sonuçları ile ilgili iki tez çalışması vardır. Literatür bulguları, çalışma sonuçlarımız ve klinik gözlemlerimiz kronik psikotik hastaların psikososyal rehabilitasyonunda GH'nin gerek poliklinik, gerekse yataklı tedaviye önemli bir alternatif olduğunu göstermektedir.^{6,9,35-37}

İster basit, ister karmaşık olsun, tüm rehabilitasyon araçlarının değeri vardır. Başka bir deyişle değişik işlevsel basamaklar her bir aracın ve her bir etkinliğin içinde yer alır ve gelişir. Her bir program bütün araçları farklı zamanlarda içinde taşır. Çeşitlilik, rehabilitasyon çalışmalarının dayandığı önemli bir özelliktir. GH'sindeki tedaviler yatırılarak tedaviye göre hem daha etkili,

hem de daha ekonomiktir. Ayrıca kapalı servislere yatırılarak tedaviye göre daha az damgalayıcıdır. Hastaların tedavisi sırasında toplumla ilişkilerinin sürmesi bakımından yataklı kurum tedavisine üstünlüğü vardır. Ancak GH'ndeki psikotik hastaların akut belirtilerinin geçmiş olması ve toplumda yaşamalarının bir tehlike oluşturmaması gerekmektedir; kısmen seçilmiş, kontrollü ve aile desteği olan hastalardır. Gençler ve yaşlılar, kadın ve erkekler karışık olarak gruplandırılabilir. Antisozyal kişilik bozuklukları, alkol ve uyuşturucu bağımlıları, intihar riski olanlar GH için kontrendikasyon oluşturur. Nevrotik ve depresif hastalar GH'inden çok, ayaktan izleme grupları için uygundur. Kronik psikoz hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunda çeşitliliği sağlayan bütüncül modeli uygulayan GH'nin en uygun olduğu düşüncesini taşımaktayız. Ayrıca gündüz hastanelerinin daha çok tanıtılması ve yaygınlaşması kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Affleck JW. *Rehabilitation and supportive techniques*. In: Kendell RE, Zeally AK, editors. *Companion to psychiatric studies*. 3rd ed. New York: Livingstone; 1983.
2. Kats SE. *Partial hospitalization and comprehensive community services*. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*. Vol. 2, 4th ed. USA: Williams and Wilkins; 1985:1582-8.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. *Psychosocial treatment and rehabilitation*, Synopsis of Psychiatry. Giza: Mass Publishing; 1998:924-31.
4. Rosie JS. *Partial hospitalization: A review of recent literature*. Hosp Community Psychiatry 1987; 38:1291-9.
5. Pardes H. *Federal and state roles in mental health*. In: Re. Michels R, editor. *Psychiatry*. New York: Basic Books; 1989:1-18.
6. Burns T, Raftery J. *Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment*. Schizophr Bull 1991; 17(3):407-10.
7. Langsley DG. *Prevention in psychiatry: Tertiary prevention*. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*. Vol. 2, 4th ed. USA: Williams and Wilkins; 1985:1887-8.
8. Borus JF. *Chronic mental patients*. In: Re. Michels R, editor. *Psychiatry*. New York: Basic Books; 1989:1-15.
9. Creed F, Black D, Anthony P. *Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness*. Br J Psychiatry 1989; 154:300-10.
10. Goldstein JM, Cohen P, Lewis SA, Struening EL. *Community treatment environments. Patient vs. staff evaluations*. J Nerv Ment Dis 1988; 176(4):227-33.
11. Hogg LI, Brooks N. *New chronic schizophrenic patients: A comparison of day patients and inpatients*. Acta Psychiatr Scand 1990; 81:271-6.
12. Munich RL, Lang E. *The boundaries of psychiatric rehabilitation*. Hosp Community Psychiatry 1993; 44(7):661-5.
13. Ünlüoğlu G, Sayıl I. A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği, Psikotik hastalarla destekleyici nitelikte bir grup tedavi uygulaması. A.Ü.T.F. Mec 1975; XXVIII(3-4):677-88.
14. Fiedler P, Nieder T, Mundt C. *Gruppenarbeit mit angehörigen schizophrenia patienten*. Munchen Weinheim: Psychologic Verlage, Union, 1986.
15. Liberman RP. *Schizophrenia psychosocial treatment*. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*. Vol. 1, 4th. USA: Williams and Wilkins; 1985:724-34.
16. Liberman RP, Evans CC. *Behavioral rehabilitation for chronic mental patients*. J Clin Psychopharmacol 1985; 5(3):85-145.
17. Liberman RP, Kopelowicz A, Young AS. *Biobehavioral treatment of schizophrenia*. Behav Ther 1994; 25:89-107.
18. Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P. *Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia*. Schizophr Bull 1992; 18(1):21-6.

8 Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri

19. Ergun U. Gündüz hastanesinde karşılaştırmalı bir izlem çalışması. Uzmanlık tezi. AÜTF Psikiyatri AD, Ankara; 1997.
20. Kendi M. Gündüz Hastanesi İzlem Çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. AÜTF Psikiyatri AD, Ankara; 2001.
21. Güney M. Kreatif tedaviler. Psikiyatri temel kitabı'nda. Güleç C, Köroğlu E, editörler. 2. Cilt, 1. baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998:913-7.
22. Güney M. Şizofreni ve sanat. Klinik Psikiyatri Dergisi 2001; 4:129-33.
23. Killick K, Schavarien J. Art psychotherapy and psychosis. 1. baskı, London: Routledge; 1997.
24. Waller D. Group interactive art therapy. 2nd ed. London: Routledge; 1996.
25. Case, Dalley T. The handbook of art therapy. 4th ed. London: Routledge; 1997.
26. Liebmann M. Art therapy in practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 1990.
27. Güney M. Bir gündüz hastanesinde etkileşimli grup art psikoterapi uygulaması. Psikiyatri Bülteni 1990; 4:75-82.
28. Güney M. Şizofrenide art terapinin yeri. Şizofrenide yeni ufuklar'da. Dilbaz N, Bayam G, editörler. Ankara: Som Ofset; 1997:143-8.
29. Güney M. Gündüz hastanesinde etkileşimli art terapi gruplarından örnekler. 3P Dergisi 1999; 7(1):58-65.
30. Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hosp Community Psychiatry 1987; 38(9):988-91.
31. Ba G. Strategies of rehabilitation in the day hospital. Psychoter Psychosom 1988; 50:151-6.
32. Chodorow J. Dance therapy, depth psychology. 5. baskı, London: Routledge; 1997.
33. Güney M. Nöropsikolojik açıdan sanatsal yaratıcılık, Bahar Sempozyumları 4, Sempozyum Kitabı. 2000:11-13.
34. Poldinger W, Krambeck K. The relevance of creativity for psychiatric therapy and rehabilitation. Compr Psychiatry 1987; 28(5):384-8.
35. Mc Creadie RG, Robinson AD, Wilson AO. The Scottish survey of chronic day patients. Br J Psychiatry 1984; 45:626-30.
36. Ogilvie RJ. The state of supported housing for mental health consumers: A literature review. Psychiatric Rehabil J 1997; 21(2):122-31.
37. Priebe S, Gruyters T. Patients' and caregivers initial assessment of day-hospital treatment and course of symptoms. Compr Psychiatry 1994; 35(3):234-8.