

Psikiyatrik Rehabilitasyonda Gündüz Hastanesinin Yeri#

Melike GÜNEY*

ÖZET

Bu yazıda gündüz hastanelerinin kısa bir tarihçesi verildikten sonra, kliniğimiz gündüz hastanesinde uyguladığımız bütüncül tedavi yaklaşımları tanıtılmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Gündüz hastanesi, rehabilitasyon, bütüncül tedavi yaklaşımları.*

KLİNİK PSİKİYATRİ 2001;4:268-276

SUMMARY

The Place of Day Hospitals in Psychiatric Rehabilitation

After giving a brief history of day hospitals in general, this paper aims to describe the holistic therapeutic approach applied at the day hospital of the psychiatry department of Ankara University.

Key Words: *Day hospital, rehabilitation, holistic therapeutic approach.*

GİRİŞ

Nöroleptik ilaçların keşfedilmesi ve sosyal psikiyatrinin ortaya çıkması ile birlikte 1950'lerde psikiyatrik tedavilerde devrim sayılabilecek değişimler olmuştur. Bu değişimler kronik psikotik hastaların yıllarca yatıkları kurumların boşaltılması hareketi ile başlamıştır. Bu hareket 1955-77 yılları arasında Amerika Birleşik

Devletleri'nde (ABD) genel psikiyatrik hastane popü-lasyonunda 2/3'lük bir düşüşe neden olmuştur. 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'lara düşmüştür. Özel psikiyatrik hastanelerin sayısı da 312'den 185'e inmiştir. Bu değişim yani kurumların boşaltılması hareketi ruhsal sağlık hizmetlerinde başka birimlerin gelişmesine neden olmuş çeşitli bakım üniteleri ortaya çıkmış ve bunların sayıları artmıştır (Affleck 1983, Kats 1985, Kaplan ve Sadock 1985).

1950'lerde başlayan kurumların boşaltılması hareketi kronik psikotik hastaların tedavisini hastane dışına çekmiştir. Diğer taraftan dünyanın birçok ülkelerindeki ekonomik krizlerden ötürü uzun süreli hastane yatışları demode olmuş hatta yasaklanmıştır. Bu değişimi takiben, kronik hastaların tedavisi genel olarak kısa hastane yatışları, krize müdahaleler ve taburculuktan sonra polikliniklerde verilen ilaç tedavileri ve yetersiz psiko-sosyal hizmetlerden oluşmuştur (Rosie 1987, Pardes 1989, Burns ve Raftery 1991).

Uzun süreli yatışların devrini tamamlamasından sonra kısa süreli yatışların etkili olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak daha sonra sık sık nüks-ler 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 ve bu sendrom hem hastalar ve

* Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

aileleri hem de kli-nisyenler için gerçekten umut kırıcı olmuştu. Ayrıca bu kronik hastalar sosyal ilişkilerde çok yetersiz oldukları için ne uzun ne de kısa yatışlar onlar için tamamen uygun değildi (Langsley 1985, Borus 1989).

Hastanelerde akut belirtileri olanlar, toplumda yaşaması tehlikeli ve sakıncalı olanlar yatırılmaktaydı. Poliklinikler ise özellikle kronik psikotik hastalara sosyal ilişkiler ve rehabilitasyon açısından maksimum düzeyde yarar sağlamıyordu. O halde bu hastalar için bir geçiş dönemi gerekli idi. İşte Gündüz Hastaneleri uzun süre hastanede yatmasına gerek olmayan kronik hastaların hem hastane içi hem poliklinik tedavisine alternatif olan bir gereksinmeden doğmuştur (Goldstein ve ark. 1988, Creed ve ark. 1989, Hogg ve Brooks 1990, Munic ve Lang 1993).

İlk gündüz hastanesi 1933'de Moskova'da kurulmuştur. Ancak Rusya'da psikotik hastalar için yeterli alt-yapıların olmaması nedeniyle bu başlangıç programlı bir çalışmaya dönüşmemiştir. 1935'de Boston'da kurulan Adams House ve İngiltere'de Lady Chicester hastanesi günümüzdeki gündüz hastanelerine çok benziyordu. Fakat ilk 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 (Kats 1985, Kaplan ve Sadock 1988).

Amerika'da, 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 takip etti. Bu hastanelerin programları hastanede yatanlar arasından seçilen ve hastane dışında tedavi olabilecek olanlara uygulanmak üzere spesifik ve multidisipliner programlardı. Daha sonra 1963'den başlayarak Amerika Ruh Sağlığı Merkezleri Birliği 1963'de 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 programlarını içerir; ancak gece ve hafta sonu programları önem kazanmamıştır.

Birçok psikiyatri kliniklerinde akut semptomları

olmayan ve yatmalarına gerek olmayan kronik hastalar polikliniklerde 1-2 aylık aralarla en fazla yarım saatlik görüşme sürelerinde büyük ihtimalle rotasyon sebebiyle her seferinde değişen doktorlar tarafından izlenmektedir. Halbuki kronik ruh hastalarının tedavisinde hastanın yatışından itibaren kendisini izleyen aynı ekiple güvene dayalı bir ilişkiye gereksinmesi olduğu ve hasta klinisyen ilişkisinin devamlılığı çok önemlidir. Ayrıca poliklinik tedavilerinde psikofarmakolojik tedaviler ön plandadır ve kronik hastaların bio-psiko-sosyal boyutu ihmal edilmektedir. Oysa günümüzde geçerli olan bio-psiko-sosyal modele göre özellikle kronik ruh hastalarının tedavisinde medikal-biyolojik tedavilerin yanısıra psikososyal rehabilitasyonlar da son derece önemlidir. Zira bu hastaların hemen hepsi sosyal 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

- Hastanede yatırılarak tedaviye alternatif olmak.
- Yatırılarak tedavi olan hastanın hastane dışı tedaviye geçerken ve ailesine dönerken geçiş döneminde gerekli olan bir tedavi biçimi oluşturmak.
- Taburculuktan sonra dış dünyada artacak olan sosyal ilişkiler ve psikososyal müdahalelerle büyük risk altına girecek olan hastanın ayaktan izleminde poli-klinik tedavisine alternatif oluşturmak.
- Seçilmiş uygun hasta gruplarına sosyal ve psikolojik destek sağlamak için devamlı bir program oluşturmak ve hastaların psiko-sosyal rehabilitasyonunu sağlamaktır.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE GÜNDÜZ HASTANESİ UYGULAMALARI

Kliniğimizde ilk kez 1988 yılında başlanan gündüz hastanesi uygulamaları, 1994'den itibaren farklı bir ekiple temelde aynı kavramlara dayalı olmak üzere sürdürülmektedir. Ekip 2 psikiyatrist (ekibin başı olan bir öğretim üyesi ve bir asistan Dr, bir klinik psikolog, 2 hemşire, 1 Sosyal hizmetler uzmanı (SHU), 1 uğraş tedavisi ve 2 intörn Dr.'den oluşmakta olup, maksimum hasta sayısı 14-16'dır. Tedavi ekibi ve hastalar terapötik bir topluluk oluştururlar.

Hastalar haftada 4 gün, kliniğe gelirler. 9.00-16.00 arasında klinikte bulunurlar. Kahvaltı ve öğle

yemek-lerini birlikte yerler. Haftada 20 saat olmak üzere çeşitli terapötik aktivitelere katılırlar. Programımızda bireysel terapiler ve etkileşimli grup psikoterapileri, etkileşimli sanat tedavi grupları beden hareketleri ve dans tedavileri, aile grupları, sosyal beceri eğitimi için yapılandırılmış grup egzersizleri, rol oynama, uğraş tedavileri, spor saatleri, müzikli çay saati toplantıları, şehir içi geziler ve piknik gibi sosyal aktiviteler bulunmaktadır.

Hastalar poliklinik, özel muayene, mediko-sosyal merkezi, sağlık kurulu gibi ayaktan servislerden ya da taburculuğa yakın kapalı psiko katlarından gönderilir. Bazen de kendiliğinden gelirler. Hastalar gündüz hastanesine kabul edilmeden önce katın tedavi ekibi tarafından değerlendirilir.

Hasta seçiminde göz önünde bulundur-du-ğumuz ölçütler şunlardır:

- Hastalığın alevli dönemde olmaması,
- Zeka geriliği ve ciddi bir bedensel sakatlığı olmaması,
- Programa katılma için gönüllü olması,
- Ankara'da ikamet ediyor olması ya da kalacak bir yerinin olması,
- Ödeme gücü olması (resmi/kişisel),
- Rehabilitasyona ihtiyacı olan kronik bir psikiyatrik hasta olması.

Hastalarımızın %60'ı kronik şizofrenlerden oluşmaktadır. Bunların çoğu rezidüel olgulardır. Geri kalan paranooid psiko, şizoaffektif bozukluk, affektif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğundan oluşmaktadır.

Gündüz hastanesinde kronik psikotik hastaların psi-ko-sosyal rehabilitasyonunda temel amaç şunlardır:

- Pozitif belirtilerin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması.
- Negatif belirtilerin azaltılmasında yardımcı olunması.
- Hastaların önceki tedavilerle elde ettiklerini sürdürülebilmeleri ve nökslerin 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 ve seçimler yapılmasına yardımcı olunması ve onların yapılan bu düzenlemelerden doyum sağlayabilmeleri.
- Hastanın durumu ile ilgili bilgilendirilmesi, aydınlatılması ve kendisine yardım edecek şekilde cesaretlendirilmesi.
- Aile üyeleri ile düzenli iletişim sağlanarak onlardan gerekli bilgiler alınır verilmesi.
- Süregiden profesyonel desteğin en aza indirgenmesi.

Psikiyatrik rehabilitasyonda fiziksel rehabilitasyonda olduğu gibi insanlara onların öğrenme kompanse etme ve uyum yeteneklerini dikkate alarak yaklaşmak gerekir. Amaç yaşam kalitesini yükseltmek, bağımsız bir yaşam geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu yüzden hastanın kişisel yetenek beceri ve motivasyonu ile ilgilenilmelidir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psiki-yat-ri Analim Dalı Gündüz Hastanesi Psiko-Sosyal Re-ha-bilitasyon amaçlarını mültidisipliner ve bütüncül tedavi stratejileri ile sağlamaya çalışmaktadır.

1. Psikofarmakolojik tedaviler: Kronik, psikotik hastaların tedavisinde vazgeçemediğimiz etkili tedavi-lerdir. Psikotik semptomların, anksiyetenin ve depresif semptomların giderilmesinde ve bu suretle kişi-lerarası ilişkilerin kurulmasında psikolojik dengenin sağlanmasında yararlı olduklarına dair elimizde yeterli kanıt vardır.

Farmakolojik tedavileri uygularken hastalara ilaç kullanma becerisini kazandırmaya çok önem veriyoruz.

Bilindiği gibi ilaçları bırakmak %50 oranında nökslere neden olmaktadır. Kapalı servislerde yatırılan hastalarda ilaçlar kısa sürede alevli semptomları giderirler, hastayı stabilize ederler ancak hasta taburcu olurken kendisine söylenmiş olsa da ilaçları ömür boyu kullanacağını algılayacak durumda değildir. Eğer hasta düzenli olarak ayaktan kontrollere gelmiyorsa, ilgisizlik, yan etki, unutkanlık sebebiyle ilaç düzenli olarak alınmaz. 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, diş 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 hatırlatma yapıyoruz. Örneğin ilgi çekici bir resmin altına "İlacınızı düzenli alıyor musunuz" diye yazılar yazı-yo-ruz. Evde de çok kullandıkları eşyaların üzerine ilaçla ilgili çeşitli yazılar yazabileceklerini söylüyoruz. Örneğin sigara paketleri üzerine buzdo-labı kapısının üzerine ilacın faydaları ve unutulmaması gerektiği yazılabilir.

Ancak bütün alınan önlemlere rağmen ilaçlar tek başına nöksleri önleyemiyorlar. Düzenli ilaç kullananlarda da nöksler olmaktadır. İlaçlar hastaları stabilize ederler, ama sosyal yaşamsal becerileri ve problemlerle başa çıkabilmeyi tek başına ilaçlarla öğretemeyiz. İlaçların düzenli bir şekilde kullanılması, psiko-sosyal terapötik yaklaşımlarla birlikte daha etkili olmaktadır. Bunun için biz, bütüncül bir model uyguluyoruz.

Diğer tedavi stratejilerimiz şunlardır:

2. Grup Tedavileri: Gündüz hastaneleri için medikal tedavinin yanında en başarılı psikoterapi yönteminin grup tedavileri olduğu araştırmalarla saptanmış durumdadır. Destekleyici nitelikte etkileşim grupları esasen 1970'lerden beri kliniğimizde uygulanmaktadır (Ünlüoğlu ve Sayıl 1975). 1 psikiyatrist, 1 klinik psikolog ve 1 hemşirenin katıldığı ve haftada 2 kez yapılan 50 dakikalık oturumlarla sürdürülür.

Bu grubun fonksiyonları şöyle özetlenebilir:

- Grup aile ünitesinin bir temsilcisidir,
- Grup dış dünyanın da bir temsilcisidir,
- Grup hastanın kişisel tedavi planını koruyan bir sistemdir,
- Grup dinamiklerini kullanarak bireyin sosyal sistem içinde ne yapıp yapmaması gerektiğini saptar,
- Grup hastaya sosyalleşme fırsatı verir. Kendilik değerinin artmasına ve hastalıkları hakkında anlayış kazanmalarına yardım eder.

3. Aile Grupları: Hastanın aile üyeleri ile hem hasta hakkında bilgi almak, hem de bilgi vermek üzere düzenli olarak yapılan gruplardır (Fiedler ve ark. 1986). Bu gruplarda hastanın tedavi şekli ve alınan sonuçlar hakkında aile aydınlatılır. Aileye rehberlik edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonda önemli olduğu kadar yüksek expressed emotion (EE) olan ailelerde dışa vuran duygulanımı azaltarak nöksleri önlemeye yardım eden önemli bir faktördür.

Aile ile ilgili stratejilerimiz şunlardır:

a. Hastalığın aile tarafından daha iyi anlaşılması

Bunun için en önemli basamak, hastanın davranışlarının onların kişilik özelliği olarak değil de hastalığın özellikleri olarak yorumlanmasını sağlamak. Burada kullandığımız araç bilgilendirme. Gerek hasta ve yakınları için hazırlanmış özel el kitapçığı dağıtarak, gerek aile gruplarında sözel olarak bilgilendirme yapıyoruz. Bu şekilde önemli bir dışa vuran duygulanım (EE) faktörleri olan eleştirel, düşmancılığın azaltılması ve aile fertlerinin hasta ile empati yapması mümkün olabilmektedir.

b. Aile içi stresin azaltılması

Aile üyelerine hastanın davranışları ile başa çıkabilme için somut önerilerde bulunmaktayız. Bu şekilde karşılıklı iletişimin kolaylaşması sağlanabilmektedir.

- Aile üyelerinin önce birbirlerini ilgi ile dinlemeleri ve bu şekilde empati yapabileceğini bulmaları.

- Birbirlerine pozitif öneri ve isteklerde bulunmayı öğrenmeleri.

- Olumsuz duygu ve düşüncelerini, karşısındakini suçlamadan yapıcı şekilde bildirmelerini öğrenmelerine yardım etmekteyiz.

c. Aile ile plan yapılması

Aile üyeleri ile tek tek konuşarak aile içi problem belirlenmekte ve muhtemel çözümün fayda ve zararları tartışılmaktadır. Aile bireylerinden çözüm önerileri istenerek gerçekçi bir şekilde plan yapılmasına yardım etmekteyiz. Bu plan yapılırken amaçlar küçük aşamalara ayrılarak kademe kademe daha büyük amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir. Bu amaçlar çeşitli sosyal becerilerdir. Örneğin kişisel bakımını yapma, ev işi yapma, diğerleri ile iletişim kurma, alışveriş etme gibi.

En son amacımız, hastalarımızın topluma uyum sağlayarak ve semptomlarından kurtularak bağımsız olarak yaşamlarını sürdürmeleridir.

d. Hasta ve ailesinin çevresindeki sosyal ağın geliştirilmesi

Bu amaçla ailelerin ve hasta bireyin dinlenme ve eğlenmeye yönelik aktivitelerinin artırılması önerilmektedir.

Aile grupları ile yaptığımız çalışmalar klinik gözlemlerimize göre EE yüksek olan ailelerde EE'yi düşürmek-te,

nüksleri azaltmaktadır.

4. Davranışçı Yaklaşımlar

Son yıllarda kronik psikiyatrik hastaların özellikle şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda davranışçı yaklaşımlar sıklıkla gündeme gelmekte ve yararları gözlenmektedir (Lieberman 1985, Lieberman ve Evans 1985, Lieberman ve ark. 1994, Brenner ve ark. 1992).

Puanlama Sistemi: Hastaların görünüşlerine ve günlük aktivitelere katılmalarına göre puanlama sistemimiz bulunmaktadır. Her hasta katın tedavi ekibinden en az iki üye tarafından günlük olarak değerlendirilir. Puanlar -3, +3 arasında 6 basamak oluşturur (Tam katılma +3, Hiç katılmama -3, Yönlendirme ile katılma +2 vb).

Günlük aktiviteler arasında, kat programlarına katılma gönüllülük ve oylama esasına göre seçilen kol görevlerini yürütme, panoya resim, şiir, fıkra, makale, vs. 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, ütülü olması, ayakkabıların te-miz boyalı olması ve ter kokularının olmaması +3, -3 üzerinden puanlanır. Bu değerlendirmeler 15 günde bir toplanarak 1. 2. 3. gelen üyeler tedavi ekibince sertifika verilerek ödüllendirilirler. Ödüllendirme pozitif pekiştirici rolü oynamaktadır.

Sosyal Beceri Eğitimi

AÜTF Psikiyatri Kliniği gündüz hastanesinin mekan olarak 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. Gündüz hastanesi tedavi ekibi ve hastalar terapötik topluluk oluştururlar. Hastalarımız bu mekan içinde çeşitli sosyal aktiviteler ve spontan etkileşimler sırasında da çeşitli becerileri öğrenme ve geliştirme şansına sahiptirler.

Bunun yanısıra hastalarımıza sosyal beceri eğitimi verilmektedir. Şizofren olmayan hastalarımızın da (şizoaffektif bozukluk, paranoid bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, sık nükseden affektif bozukluklar vb) istekle katıldıkları bu programlar yapılandırılmış çeşitli grup aktiviteleri rol oynama ve ev ödevlerinden oluşmaktadır. Başlıca iletişim kurma sosyal işlerinde yeti kazanma ve problem çözebilmelerine yönelik alıştırmalardır.

Hastalarımızın çoğu kronik psikotik ve iletişim becerisi olmayan hastalardır.

- Birbirini dinleyemez,
- Birbirlerine 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 kendisini onun yerine koymaya çalışması, (empati yapabilme),
- 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 yaptırılmaktadır. Konuşma becerileri için bireysel konuşma saatlerinde hastalara spontan olarak veya metin verilerek belirli konularda konuşmaları istenmektedir. Keza, gazete ve fıkra okuma ve anlatma saatlerinde de hastalar konuşma ve anlama becerilerini geliştirirler.

Rol oynama: Gerçek yaşam koşullarının tedavi ortamında canlandırılmasıdır (Lieberman 1985). Örneğin, alışveriş, bir istekte bulunabilme, iş görüşmesinde bulunabilme, harçlık isteme, bankaya gitme, fatura ödeme, yeni bir kişiyle tanışma, konuşmayı başlata-bilme ve sürdürülebilme, uzun süredir karşılaşmadığı bir arkadaşına kendinden bahsedebilme gibi çeşitli sahneler yaratılarak oynanır. Oynanan oyunlar ev ödevi olarak da verilerek davranış pekişmesi sağlanır. Rol oynamada alkış ve pozitif geri bildirimler önem taşır. Hastalardan hiçbir zaman bir seferde çok iş becermesini beklememekteyiz.

Hastalarımızın sorun çözme becerileri 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 veriş),
- 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 birisi işsizlik olarak belirlenmektedir. Kronik şizofrenlerin çoğu ebeveyninin sağlık haklarından yararlanabilmek ve ilaç alabilmek için çalışamaz raporu almış durumdadır. Bir kısmı ise resmi veya özel sektörde çalışırken hastalanmış ve şimdi çalışamaz olmuşlardır. Rehabilitasyondaki en son amacımız, profesyonel desteğin en aza indirgenmesi olduğundan çalışamaz raporu olan kronik şizofren hastaların bile basit ve özel bir işte çalışmalarını teşvik ediyoruz. Şizofren tanısı olmayanlar ise zaten çoğu kez işlerine dönebilmektedirler. Kliniğimiz gündüz hastanesinde yapılan 2 tez çalışması kronik psikoz hastalarının işlevselliklerinde önemli artma olduğunu ortaya çıkarmış bulunmaktadır (Ergun 1996, Kendi 2001).

5. Kreatif Tedaviler

Yaratıcı sanat tedavileridir.

Yaratıcı sanat tedavilerinde benimsediğimiz amaçlar şunlardır:

- Egonun güçlendirilmesi,
- Katartik deneyim,
- Duyguların dışa vurulması,
- Dürtü kontrolü yaratmak,
- İlişki kurma yeteneğinin geliştirilmesi,
- Sanatın bir çıkış yeri 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 izole ve regresyondaki hastalar kendilerini ifade etme zorluğu ve gereksinmesi içindedirler. Yıllarca hastanede kalan birçok hasta sanat tedavileri sırasında birşeyler yapmanın kendilerine çok iyi geldiğini söylemişlerdir (Güney 1998, 2001). Hem yaratıcı aktiviteleri sayesinde doyum sağlamışlar hem de yeniden sosyalleşmişlerdir (Killick ve Schwarien 1997, Waller 1996, Liebman 1990, Casac ve Dalley 1997).

Biz 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 relaksasyon ve imajinasyon süresinden sonra hastalar tarafından spontan olarak yapılan resimlerden biri açık oylama ile seçilerek üzerinde konuşulur (Güney 1990, 1997, 1999).

Resimli etkileşim gruplarında, destekleyici etkileşim gruplarına göre anksiyete ve blokajın daha az olduğunu yaratıcı aktivitenin etkileşime yardım ettiğini gözlemlemekteyiz (Green ve ark. 1987, Güney 1990, 1999, Waller 1996).

Müzik Terapi

Diğer insanlarla verbal ilişkilerinde büyük zorlukları olan hastalarda müzik dilinin emosyonlarını tanıma ve ifade etmede yetersizliği olanlar için faydalı bir yöntem olduğu uzun bir süreden beri bilinmekte, özellikle ağır regresif hastalarda kullanılmaktadır. Müzik terapi aktif ve pasif olarak yapılır. Aktif müzik terapi olarak bizim aletli olarak müzik icra eden grubumuz bulunmamakta, ancak hastalar sadece birlikte şarkı söylemek, ses taklidi yapmak, müzik eşliğinde dans etmek şeklinde aktivite göstermektedirler. Özellikle verbal iletişimi yetersiz olan hastaların birlikte şarkı söyleyerek yeterli katılımları olduğunu ve müziksel ürün aracı ile birbirleriyle iletişim kurduklarını 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 vardır. Bu şekilde uyguladığımız pasif müzik terapi duyguları stimüle etmekte çağrışımlar yolu ile anıları canlandırmakta ve problemleri ve duyguları ile belli bir dereceye kadar yüzleşebilen onları tanıyabilen hastalar için özellikle

yararlı olmaktadır (Güney 1999, Ba 1988).

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 bularak ifadesini sağlamaktır (Chodorow 1997).

Beden yolu ile etkileşim saatlerinde hastanın yaşamında anladığı ve kullanmayı öğrendiği bedensel aktiviteleri göstermesine olanak sağlamaktayız.

Bedensel hareketleri bir iletişim yolu olarak kabul eden bir yaklaşımla hastaya bedeninin ona verdiği sinyalleri dinlemesini, anlamasını ve tanımlamasını öğretmeyi amaçlıyoruz. Beden ve dans hareketleri terapisi non-verbal ve sembolik 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 bedensel imajını yeniden yapılandırmasına ve kendi imajını tanımlamasına olanak sağlar. Beden hareketleri ve dans terapisi kliniğimizde 6 yıldır düzenli olarak haftada bir yapılmaktadır.

Kreatif tedavilerin rehabilitasyon ile ilişkisi

Kreatif tedavilerin rehabilitasyon ile 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 kompüter gibidir. Halbuki sağ hemisfer figüratif içerikle doludur. Sol hemisferin çalışma şekli verbal, analitik, indirgeyici (reductive) gerçekçi (rasyonel), zamana bağlantılı ve kesintilidir. Non-dominant sağ hemisferin çalışma şekli ise, non-verbal, holistik, sentetik, mekansal (spatial) visual, sezgisel, zamanla bağlantısız ve diffüzdür. Bu demektir ki, nondominant sağ hemisfer sentetik ve figüratif elementlerle çalışır (Poldinger ve Krambeck 1987, Güney 2000).

Modern beyin araştırma sonuçları, kreatif tedavilerin, özellikle non-dominant hemisferi aktive ettiğini göstermiştir. Şüphesiz bu figüratif ve sentetik

düşüncedir. Bu tarz düşünce yaşamın çeşitli alanlarında yeni düzenlemeler yapılacağı zaman çok büyük önem kazanır. Ayrıca problemin çözümü için çok önemli olan emosyonel komponentlerin aktivasyonunu sağlar. Yaratıcılığın cesaretlendirilmesi dünyaya tamamen yeni bir bakış kazandırır.

Özetlersek, her kreatif terapi, non-dominant hemisfer için bir çalışmadır. Bir taraftan emosyonların stimülasyonu, bir taraftan sentetik süreç söz konusudur. Böylece, bu terapiler tedavi planının gerçekleşmesinde, özellikle yaşamları dominant hemisferin rasyonel kısımları ile süre gelmiş hastalar için değerli tamamlayıcıdır.

Kreatif tedaviler bireyin kullanılmayan fonksiyonlarını reaktif eder, daha az entellektüel daha çok emosyonel temel değişiklikler sağlar.

Gittikçe artan sayıda hastanın dominant hemisferle-rinin aşırı çalıştığını ve hipertrofi olurken non-dominant hemisferin kendiliğinden hipotrofiye uğradığını düşünecek olursak kreatif terapilerin artan gerekliliği ortaya çıkacaktır. Ayrıca şunu da ilave etmekte yarar vardır. Duygularımızın daha çok farkında olmak sadece hastalar için değil hepimiz için gereklidir.

Yaptığımız psiko-sosyal rehabilitasyon çalışmaları sonucundaki gözlemlerimize göre, aşağıdaki fonksiyonları önemli görmekteyiz:

1. Ventilasyon: Grup içinde başkaları ile iletişim kurma sadece konuşma ile bile olsa hastanın kendini iyi hissetmesine neden olmaktadır.

Emosyonların ifadesi anksiyete ve gerginliği azaltmaktadır.

2. Gerçeği test etme: Diğerleri ile etkileşim hastanın realite ile psikotik düşünceler arasındaki sınırları ayırmasına yardım etmektedir. Hasta açıkça ya da potansiyel olarak kendinde bulunan algı ya da düşünce bozukluklarını başkalarından aldığı geri bildirimler aracılığı ile değerlendirir (Örn; hezeyanlı hasta).

3. Sosyal kabul görme ve bütünleşme: Hastalar sosyal hayata kabul edildiklerinde diğer insanların onların psikiyatrik öyküleri ile ne derecede ilgili olduğunu merak ederler. Onlar tarafından dışlanmadıkları takdirde yeniden güven sağlarlar. Güven duygusu ise anksiyeteyi azaltır. Sosyal bir düzene ait olma duygusunu pekiştirir ve ümidi artırır (Örn; arkadaşları tarafından arandığında kendini daha iyi hissetmesi).

4. Devamlılık: Diğerleri ile ilişki kurmaları onlara akli başında biri olduğunu hatırlatır. Varlığı devam etmektedir. Görürler ki hastalık onların hayatını tüketmemiştir.

5. Motivasyon: Hastalar buldukları seviyeden daha yüksek düzeyde bir uğraş ve sosyal fonksiyonlar için cesaretlendirmenin önemini söylemektedirler. Bu gerçekten önemlidir. Eğer 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 diğerlerini gözleyerek model almakta böylece sosyal fonksiyonlarını düzeltmektedirler (Örn; önceleri hiçbir şey başaramazdım, ya da başaramayacağım endişesi duyardım. Benim gibi hastalanıp şimdi başarabilenleri görünce neden başarılı olmayayım diye düşünüyorum).

7. Semptom kontrolü: Diğer insanlar onun belirtilerine karşı uyanık iseler ve dış dünya ile ilişkisi varsa semptomları olduğunun farkına varıp onları kontrol edebilir hatta durdurabilirler.

8. Problem çözme: Problemleri tartışmak ve somut geri bildirimler almak hastaların geleceğini planlamak için çok önemlidir. Örneğin; iş bulma, konut sorunları kişi-lerarası ilişkilerdeki sorunların tartışılması hastanın düşünce üretmesine neden olarak büyük yarar sağlar.

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

10. Karşılıklı iletişim: Diğerleri ile ilişki paylaşma yardımlaşma diğerleri için değerli olduklarını realize etmek hastanın kendisine olan saygısını artırır. İyileşmede çok önemli bir faktördür.

11. Hastalıklarına ait anlayış ve hastalıklarının tedavisinde kendi paylarını görebilme: Grup içindeki çeşitli iletişim sayesinde kendilerini daha net ve doğru bir anlayışla değerlendirirler.

SONUÇ

Gündüz hastanesi programlarının bütün dünyada 30-40 yıllık bir geçmişi vardır. Asıl yaygınlaşmaları son 20 yıl içinde olmuştur. Bizim ülkemizde de AÜTF Psikiyatri Kliniğinde ilk kez 1988'de uygulanmaya başlamış ve halen başarı ile yürütülmektedir. Elimizde gündüz hastanesi sonuçları ile ilgili 2 tez çalışması vardır. Literatür bulguları, çalışma sonuçlarımız ve klinik gözlemlerimiz özellikle kronik psikotik hastaların psiko-sosyal rehabilitasyonunda gündüz hastanesinin gerek poliklinik gerekse yataklı tedaviye önemli bir alternatif olduğunu göstermektedir (Mc Credie ve ark. 1984, Creed ve ark. 1989, Burns ve Raftery 1991, Priebe ve Gruyters 1994, Ogilvie 1997).

Bütün rehabilitasyon araçlarının ister elementer ister daha kompleks olsun hepsinin değeri vardır. Başka bir deyişle değişik fonksiyonel basamaklar her bir aracın ve her bir aktivitenin içinde yer alır ve gelişir. Her bir program bütün araçları farklı zamanlarda içinde taşır. Çeşitlilik rehabilitasyon çalışmasının dayandığı önemli bir özelliktir. Gündüz hastanesindeki tedaviler yatırılarak tedaviye göre hem daha etkili hem ekonomiktir. Ayrıca kapalı servislerde yatırılarak tedaviye göre daha az damgalayıcıdır. Hastaların tedavileri sırasında toplumla ilişkilerinin sürmesi bakımından yataklı kurum tedavisine üstünlüğü vardır. Ancak, gündüz hastanesindeki psikotik hastaların akut semptomlarının geçmiş olması ve toplumda yaşamlarının bir tehlike teşkil etmemesi gerekmektedir; yani seçilmiş hastalardır. Kontrollü ve aile desteği olan hastalardır. Gençler yaşlılar, kadın ve erkekler karışık olarak gruplandırılabilir. Ancak antisosyal kişilik bozuklukları, alkol ve uyuşturucu bağımlıları, intihar riski olanlar gündüz hastanesi için kontrendikasyon oluştururlar. Nevrotik ve depresif hastalar gündüz hastanesinden çok ayaktan izleme grupları için uygundur.

Kronik psikoz hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunda çeşitliliği sağlayan bütüncül modelin ve gündüz hastanelerin en uygun olduğu düşüncesini taşımaktayız. Ayrıca gündüz hastanelerinin daha çok tanıtılması ve yaygınlaşması kanaatinde olduğumuzu belirtmek isteriz.

KAYNAKLAR

Affleck JW (1983) Rehabilitation and supportive techniques, Companion to Psychiatric Studies. RE Kendell, AK Zeally (Ed), 3. Baskı, New York, Churchill, Livingstone.

Ba G (1988) Strategies of rehabilitation in the day hospital. Psychoter Psychosom, 50:151-156.

Brenner HD, Hodel B, Roder V ve ark. (1992) Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. Schizoph Bull, 18:1;21-26.

Borus JF (1989) Chronic Mental Patients 3:4, 1-15, Psychiatry. Re. R Michels (Ed), Basic Books, New York, Inc. Publishers.

- Burns T, Raftery J (1991) Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophr Bull*, 17:3;407-410.
- Casac, Dalley T (1997) *The Handbook of Art Therapy*, 4. Baskı, London, Routledge.
- Chodorow J (1997) *Dance therapy, Depth Psychology*. 5. Baskı, London, Routledge.
- Creed F, Black D, Anthony P (1989) Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 154:300-310.
- Ergun U (1997) Gündüz hastanesinde karşılaştırmalı bir izlem çalışması.
- Fiedler P, Nieder T, Mundt C (1986) Grup (1986) Gruppenarbeit mit Angehörigen Schizophrenia Patienten, Psychologic Verlage, Union, Munchen Weinheim.
- Goldstein JM, Cohen P, Lewis SA ve ark. (1988) Community Treatment Environments. *J Nerv Ment Dis*, 176:4;227-233.
- Green BL, Wehling C, Talsky GJ ve ark. (1987) Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hosp Community Psychiatry*, 38:9;988-991.
- Güney M (1990) Bir gündüz hastanesinde etkileşimli grup art psikoterapi uygulaması. *Psikiyatri Bülteni*, 4:75-82.
- Güney M (1997) Şizofrenide art terapinin yeri, Şizofrenide Yeni Ufuklar. N Dilbaz, G Bayam (Ed), Som Ofset Ltd. Şti. s.143-148.
- Güney M (1998) Kreatif tedaviler, *Psikiyatri Temel Kitabı*. C Güleç, E Köroğlu (Ed), 2. Cilt, 1. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, s.913-917.
- Güney M (1999) Gündüz hastanesinde etkileşimli art terapi gruplarından örnekler. *3P Dergisi*, 7:1;58-65.
- Güney M (2000) Nöropsikolojik açıdan sanatsal yaratıcılık, Bahar Sempozyumları 4, Sempozyum Kitabı. s.11-13.
- Güney M (2001) Şizofreni ve Sanat. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4:129-133.
- Hogg LI, Brooks N (1990) New chronoic schizophrenic patients: A comparison of day patients and inpatients. *Acta Psychiatr Scand*, 81:271-276.
- Kaplan, Sadock's (1998) Psychosocial treatment and rehabilitation, *Synopsis of Psychiatry*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Mass Publishing Co Egypt. s.924-931.
- Kats SE (1985) Partial hospitalization and comprehensive community services, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 4. Baskı, Williams and Wilkins U.S.A., s.1582-1588.
- Kendi M (2001) Gündüz Hastanesi İzlem Çalışması, Basılmamış Uzmanlık Tezi.
- Killick K, Schavarién J (1997) *Art Psychotherapy and Psychosis*, Routledge, 1. Baskı, London.
- Langsley DG (1985) Prevention in psyhiatry: tertiary prevention, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 4. Baskı, Williams and Wilkins, U.S.A., s.1887-1888.
- Liebmann M (1990) *Art therapy in practice*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Lieberman RP (1985) Schizophrenia psychosocial treatment, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 1. Cilt, 4. Baskı, Williams and Wilkins U.S.A., s.724-734.
- Lieberman RP, Evans CC (1985) Behavioral Rehabilitation for chronic mental patients. *J Clin Psychopharmacol*, 5:3;85-145.
- Lieberman RP, Kopelowicz A, Young AS (1994) Biobehavioral treatment of schizophrenia. *Behavior Therapy*, 25:89-107.
- Munich RL, Lang E (1993) The Boundaries of Psychiatric Rehabilitation *Hosp Community Psychiatry*, 44:7;661-665.
- Mc Creadie RG, Robinson AD, Wilson AO (1984) The scottish survey of chronic day patients. *Br J Psychiatry*, 45:626-630.
- Ogilvie RJ (1997) The state of supported housing for mental health consumers: A literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21:2;122-131.
- Pardes H ve ark. (1989) Federal and state Roles in Mental Health Psychiatry, Re. R Michels (Ed), Basic Books, New York, Inc. Publishers, s.3:4;1-18.
- Poldinger W, Krambeck K (1987) The Relevance of Creativity for Psychiatric Therapy and Rehabilitation. *Compr Psychiatry*, 28:5;384-388.
- Priebe S, Gruyters T (1994) Patients' and caregivers initial assessment of day-hospital treatment and course of symptoms. *Compr Psychiatry*, 35:3;234-238.
- Rosie JS (1987) Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry*, 38:1291-1299.
- Ünlüoğlu G, Sayıl I (1975) A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği, Psikotik Hastalarla Destekleyici Nitelikte Bir Grup Tedavi Uygulaması, A.Ü.T.F. Mec. XXVIII: 3-4;677-688.
- Waller D (1996) *Group Interactive Art Therapy* Routledge, 2. Baskı, London.

